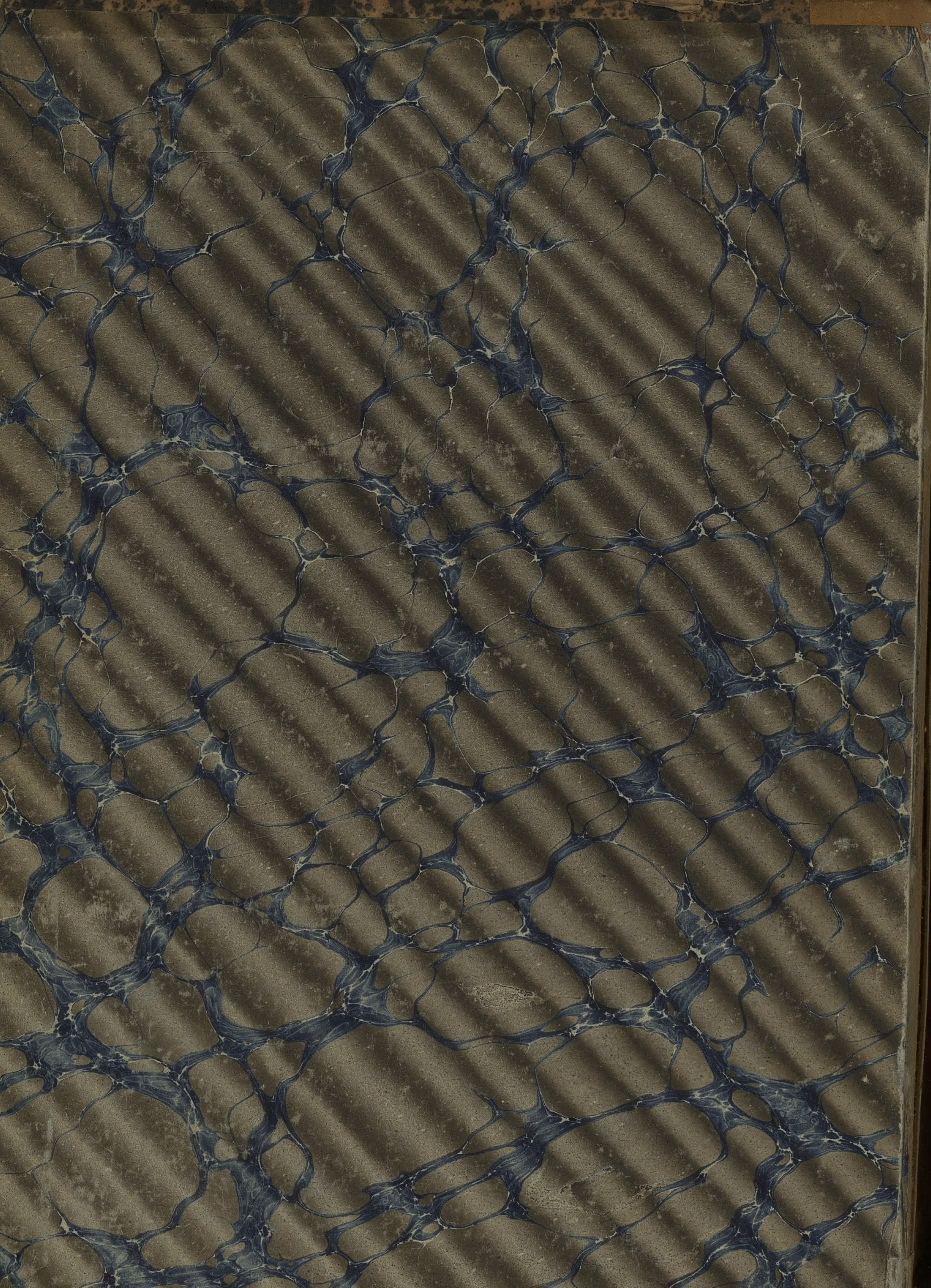
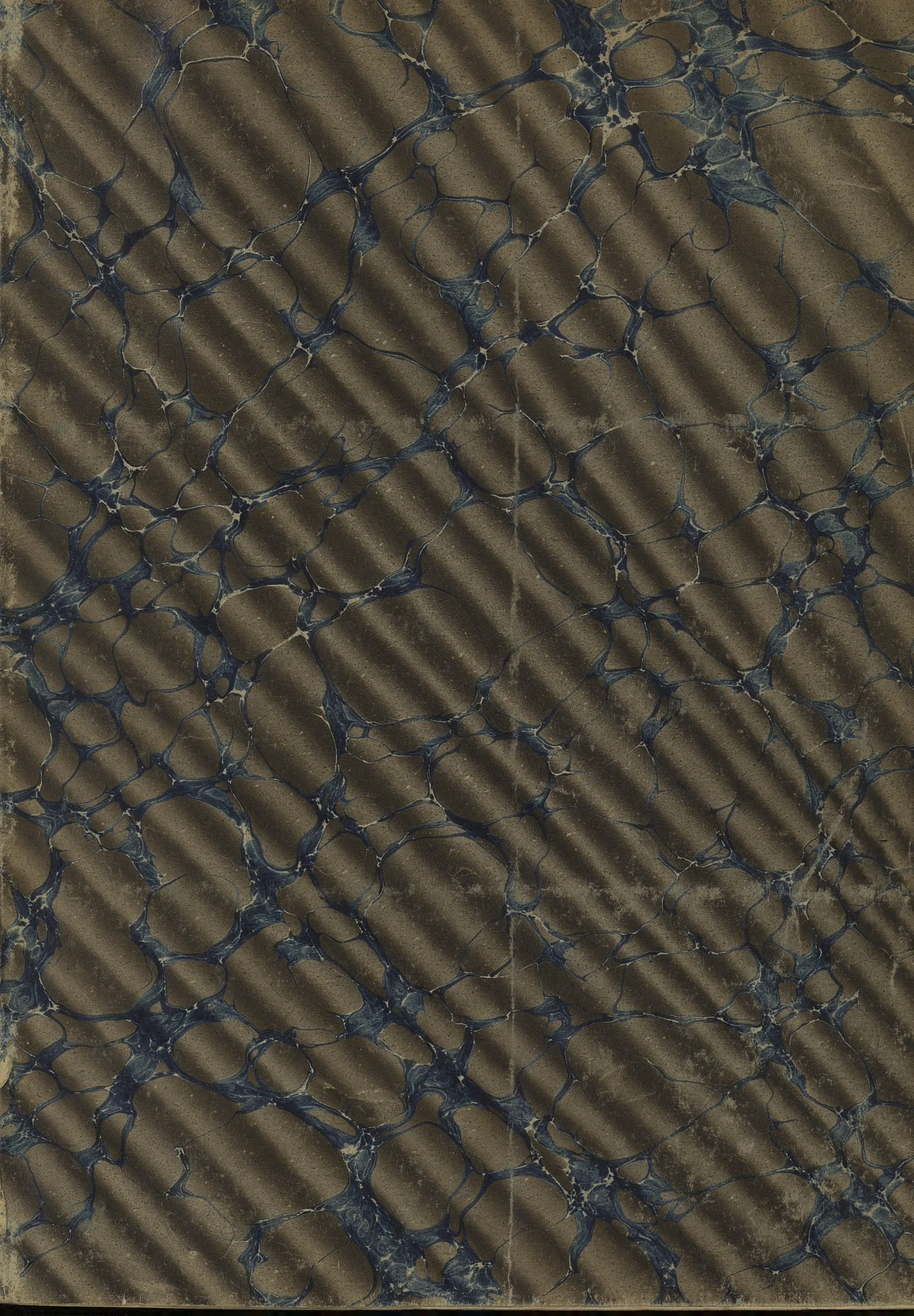

BIBLIOTHÈQUE
de la
FACULTÉ DE MÉDECINE
SR





LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS

IMPRIMERIE LEVÉ

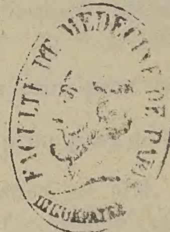
17, RUE CASSETTE, 17

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

JOURNAL PARAISSANT TROIS FOIS PAR SEMAINE



QUATRE-VINGT-SEPTIÈME ANNÉE

1914

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : 49, RUE SAINT-ANDRÉ-DES-ARTS (6e)

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1914

N° 1. — JEUDI 1er ET SAMEDI 3 JANV. 1914. 87e ANNÉE. JEUDI 1er ET SAMEDI 3 JANV. 1914. — N° 1.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 10 francs par an. Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Dans la séance du 20 décembre, anatomie, M. Levi-Alvarès a obtenu la note 9 et non la note 7 que nous lui avons attribuée par erreur.

— Un concours pour la nomination à deux places d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 9 février 1914, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49. Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration, du lundi 12 janvier au samedi 24 du même mois inclusivement, de dix heures à trois heures, dimanches et fêtes exceptés.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — M. le docteur Coudray, chef de clinique médicale, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1913-1914, des fonctions de chef des travaux de pathologie générale et microbiologie.

M. le docteur Pélissier, chef de clinique chirurgicale infantile et orthopédie, est nommé, pour l'année scolaire 1913-1914, chef des travaux d'anatomie pathologique.

— Bordeaux. — M. le docteur Lacoste, est chargé, pour l'année scolaire 1913-1914, des fonctions d'agrégé (section d'anatomie et d'embriologie).

— Nancy. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1913-1914, des cours complémentaires cliniques ci-après désignés :

MM. Froelich, agrégé libre : chirurgie infantile et orthopédie; Jacques, agrégé libre : oto-rhino-laryngologie; André, agrégé libre : voies urinaires; Guillot, agrégé : électrothérapie et radiologie.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Clermont. — M. Merle, docteur en médecine, est institué pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de la Guerre. — *Au grade de commandeur.* — MM. les médecins inspecteurs Hussenet et Polin.

Au grade d'officier. — M. le médecin inspecteur Wissemans.

MM. les médecins principaux de première classe Billet, Godet et Loup.

MM. les médecins principaux de deuxième classe Astier et Vallois.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Besse, Cadiot, Colomb, Drouineau, Gauthier, Labaste, Lévêque, Miramond de Laroquette, Monéger, Romary, Steinmetz, Védrines, Viguier et Henriot.

M. le médecin-major de deuxième classe Moulin.

(Troupes coloniales) :

Au grade d'officier. — M. le médecin principal de première classe Garnier.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Fraissinet, Letonturier, Lhomme, Marzin, Brachet, Cadet, Couderc, Renault, Sambuc et Sautarel.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Pouthiou-Lavielle et Rey.

— Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Bauer et Poliakov (de Saint-Pétersbourg).

Officiers d'Académie. — M. le docteur Servirog, du régiment de grenadiers à cheval de l'armée russe.

ACADÉMIE DES SCIENCES DE BORDEAUX. — MM. les docteurs Louis et Paul Murat viennent d'obtenir de l'Académie nationale des sciences, belles-lettres et arts de Bordeaux le grand prix quinquennal de philosophie (prix Lalande de 2000 francs) pour leurs deux volumes déjà parus sur *L'Idée de Dieu dans les sciences contemporaines* : *Les Merveilles du corps humain* (2e édition, 891 pages, 1913) et *Le Firmament, l'Atome, Le Monde végétal* (4e édition, 525 pages, 1913, Téqui, éditeur).

1er CONGRÈS ESPAGNOL DE PÉDIATRIE A PALMA DE MALLORCA (du 12 au 18 avril 1914). — Ce Congrès se réunira à Palma de Mallorca dans la semaine de Pâques. Il y aura quatre sections :

1° *Puériculture* ;
2° *Médecine infantile* ;
3° *Chirurgie infantile* ;
4° *Hygiène scolaire.*

La Commission d'organisation est ainsi composée : président : M. le docteur don Andrès Martinez Vargas, professeur de pédiatrie à l'Université de Barcelone ; vice-présidents :

M. le docteur don Antonio Gonzalez Prats, professeur à la Faculté de médecine de Barcelone; MM. les docteurs don Pedro Jaime y Matas, président de l'Académie royale de médecine de Palma; et don Jaime Font y Monteros, président du collège médico-pharmaceutique de Palma.

Nul doute que ce Congrès, organisé par une commission aussi active que compétente, aura un succès éclatant et contribuera à la vulgarisation de la science espagnole. Nous espérons que nos confrères français prendront part en grand nombre à cet intéressant Congrès, et que la beauté du pays où il aura lieu sera un attrait de plus pour eux.

COURS ET CONFÉRENCES

HOPITAL SAINT-ANTOINE (service de M. le docteur Alber Mathieu). — MM. les docteurs Albert Mathieu et Jean-Charle Roux recommenceront, le jeudi 8 janvier, la suite des leçons sur les maladies de l'estomac (et les continu·ront tous les jeudis à onze heures dans l'amphithéâtre de la Maternité de Saint-Antoine).

HOPITAL SAINT-LOUIS (service de M. le docteur Brocq). — Démonstrations de dermatologie pratique (sixième année). — Sous la direction de M. le docteur Brocq, avec sa participation effective et la collaboration de ses assistants, anciens internes et internes, MM. Pautrier, Belot, Civatte, Simon, Fernet, Lutembacher, Brac, Segard, Desaux et Maurel, 50 démonstrations pratiques de dermatologie auront lieu dans son service, du lundi 5 janvier au 17 mars.

Dix conférences portant sur l'examen et le traitement des malades seront faites par M. Brocq, le lundi matin à neuf heures. Elles seront consacrées à l'examen de malades se rapportant aux leçons qui auront été faites pendant la semaine. Le lundi matin, 5 janvier, M. Brocq fera la leçon d'ouverture.

Les 40 conférences de clinique et de thérapeutique seront toujours accompagnées de présentations de malades, de moulages, de photographies et de projections.

Les conférences de clinique dermatologique et syphiligraphique auront lieu les mardis, jeudis et samedis, à deux heures. Les conférences de thérapeutique dermatologique auront lieu le vendredi matin, à dix heures.

Ce cours est public et gratuit. Ceux qui désireraient prendre une part active aux conférences et avoir un certificat d'assiduité sont priés de s'inscrire le plus tôt possible, de neuf à onze heures du matin, au laboratoire du service du docteur Brocq. Ils auront à verser un droit d'inscription et de certificat de 20 francs.

Cours annexes. — I. Un cours annexe d'histologie pathologique et de bactériologie dermatologique, avec méthodes de laboratoire appliquées au diagnostic, sera organisé sous la direction de M. Pautrier dès que seront réunies huit inscriptions.

Droit d'inscription : 60 francs. Se faire inscrire spécialement au laboratoire, le matin de neuf à onze heures.

II. Un cours annexe de radiothérapie et d'électrothérapie dermatologiques, par le docteur Belot, sera organisé dès que seront réunies dix inscriptions, à partir du 15 janvier.

Droit d'inscription : 60 francs. Se faire inscrire au service de radiothérapie et d'électrothérapie.

Les élèves inscrits pourront prendre part aux applications des différents traitements qui ont lieu tous les matins dans le service. Chaque conférence sera suivie d'une démonstration pratique.

III. Cours pratique de thérapeutique dermatologique appliquée, par MM. Pautrier et Fernet.

Immédiatement après le cours complet, un cours pratique de thérapeutique dermatologique appliquée, en douze leçons, sera organisé. Les élèves seront exercés individuellement à la pratique de petites opérations : curettages, scarifications, piqûres, etc... Ils examineront individuellement les malades. Le nombre d'inscriptions est limité à dix.

Droit d'inscription : 50 francs. Se faire inscrire spécialement au laboratoire.

CONFÉRENCES DE GYNÉCOLOGIE. — M. le docteur Robert Proust, agrégé, reprendra ses conférences lundi 5 janvier, à cinq heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris.

HISTOLOGIE. — Enseignement technique, sous la direction de M. le professeur Prenant. — Un laboratoire de technique histologique est ouvert salle Ranvier, à partir du 5 janvier 1914, sous la direction de M. Mulon, agrégé.

Les élèves y accompliront des manipulations histologiques complémentaires de celles de première et de deuxième années, et pourront s'y familiariser avec les méthodes de recherches générales et spéciales (par exemple : méthodes histochimiques; mitochondries; système nerveux).

Ce laboratoire est ouvert tous les jours.

Le droit à verser est de 50 francs par trimestre.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit. MM. les étudiants devront produire, en outre, leur carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement, relatifs à ce cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis.

ÉCOLE PRATIQUE DES HAUTES ÉTUDES (section des sciences biologiques). — Institut d'hydrologie et de climatologie, rattaché au Collège de France par arrêté ministériel du 3 mars 1913.— *Programme des conférences* (premier semestre de l'année 1914). A. *Conférences scientifiques.* — M. d'Arsonval, membre de l'Institut, directeur du laboratoire de physique hydrologique, fera en février et mars des conférences qui auront lieu à l'*Amphithéâtre de médecine du Collège de France.*

M. Charles Mourieu, membre de l'Institut, directeur du laboratoire de chimie-physique hydrologique, fera en février et mars des conférences qui auront lieu à l'*Amphithéâtre sud de l'Ecole de Pharmacie.*

M. Georges Urbain, directeur du laboratoire de chimie analytique hydrologique, fera en février et mars des conférences qui auront lieu à l'*Amphithéâtre de chimie de la Faculté des Sciences.*

M. Bordas, directeur du laboratoire d'hygiène hydrologique, fera en février et mars des conférences qui auront lieu à l'*Amphithéâtre de médecine du Collège de France.*

B. *Cours et conférences d'hydrologie et de climatologie générales et appliquées.* — 1° M. Albert Robin, membre de l'Académie de médecine, directeur du laboratoire de clinique hydrologique, inaugurera, le jeudi 8 janvier, l'enseignement hydrologique destiné aux étudiants et aux docteurs en médecine qui se préparent à la pratique thermale. Les médications hydrominérales et climatiques feront régulièrement partie du programme développé par le professeur dans ses leçons du jeudi.

2° M. G. Bardet, directeur du laboratoire d'hydrologie générale, commencera, le samedi 10 janvier, à dix heures, un cours d'hydrologie et climatologie générales, qui sera continué tous les mardis jusqu'au 23 mai.

3° Tous les samedis auront lieu des conférences sur l'action thérapeutique et les indications des différentes stations, organisées par la *Société d'Hydrologie.*

Des affiches spéciales indiqueront ultérieurement les dates et les heures des *conférences scientifiques.*

Les cours et conférences d'*hydrologie et de climatologie générales et appliquées* auront lieu régulièrement, le matin à dix heures, tous les mardis, jeudis et samedis, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. le professeur Albert Robin.

Ultérieurement seront organisés des travaux et des démonstrations pratiques.

Les élèves et les auditeurs doivent se faire inscrire au secrétariat de l'Institut d'hydrologie et de climatologie, 21, rue du Cherche-Midi, les mardis et vendredis, de une heure à deux heures. — Les inscriptions sont gratuites.

REVUE GÉNÉRALE

SYPHILIS DE LA VESSIE

Par MM. A. LÉVY-BING,
Médecin de Saint-Lazare,
et L. DURŒUX,
Ancien interne de Saint-Lazare.

I

La syphilis, maladie constitutionnelle, ne respecte aucun tissu, aucun organe, et la muqueuse vésicale, au même titre que les autres muqueuses de l'économie, peut en être atteinte. Sa vascularisation si riche, sa congestion facile et fréquente permettent et favorisent la localisation et le développement du tréponème de Schaudin.

Cette notion était complètement ignorée, il y a quelques années; les urologistes de la fin du siècle dernier n'en faisaient même pas mention ; ils semblaient reconnaître à la vessie des propriétés particulières, qui la mettaient à l'abri de cette affection et, dans les descriptions des lésions syphilitiques des organes urinaires, ils passaient sans transition du rein et de l'uretère, à l'urètre et à la prostate.

La plupart des traités d'urologie et de syphiligraphie parus jusqu'à ce jour contiennent peu de renseignements précis sur ce sujet.

Guyon, dans la quatrième édition de ses *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*, nie la possibilité d'existence des lésions syphilitiques de la vessie : « L'appareil urinaire, dit-il, est regardé en général et avec raison comme échappant à l'action de la syphilis » ; et, après avoir signalé les troubles de la miction dus à un mécanisme plus complexe (lésions médullaires de la syphilis), il ajoute : « Quant aux lésions propres aux organes urinaires, le rein seul et peut-être l'urètre paraissent pouvoir être directement influencés par la vérole, mais cela paraît absolument exceptionnel. »

Dans la première édition de son remarquable *Traité de la syphilis*, Fournier passe complètement sous silence la question de la syphilis vésicale ; Noguès, dans l'édition de 1906, met en doute la valeur de presque toutes les observations publiées jusque-là.

Pour Desnos et Minet, l'existence des ulcérations syphilitiques de la vessie, est des plus douteuses.

Seuls, Hallopeau et Fouquet, dans leur *Traité de la syphilis*, Legueu, dans son *Traité d'urologie*, admettent l'existence de très rares lésions tertiaires et en signalent les caractères prédominants.

La littérature étrangère ne contient guère plus de documents. Proksch, dans sa bibliographie de la syphilis, passe en revue de nombreuses descriptions d'autopsie de cadavres de syphilitiques, recueillies çà et là dans la littérature médicale et relève un certain nombre de cas d'ulcérations de la vessie ; la plupart ne présentent aucun caractère spécifique, mais il en est quelques-uns qui offrent une valeur incontestable.

Kaposi admet que, dans des cas très rares, on puisse trouver, dans la partie profonde de l'urètre et dans la vessie, des ulcérations et des cicatrices qui sont vraisemblablement le reliquat de gommes ulcérées.

Finger, Joseph ne font que mentionner brièvement les lésions spécifiques de la vessie.

Casper ne connaît pas de cas où l'on ait, à l'aide du cystoscope, trouvé sur le vivant de lésions vésicales spécifiques.

Frisch et Zuckerkandl passent complètement sous silence cette question et Nitze lui-même, dans son *Traité de cystoscopie*, déclare que « jusqu'à maintenant (1907), la cystoscopie n'a pas permis de constater de processus syphilitiques de la vessie ».

Une semblable affirmation est difficilement admissible, car il existe, dans la littérature, des relations assez nombreuses de lésions vésicales, dont l'origine syphilitique ne peut être contestée.

Le diagnostic de ces lésions a passé depuis un siècle par différentes étapes qu'il est intéressant de relater.

Tout d'abord, à une époque où les notions de syphilis étaient encore bien erronées, et les moyens d'investigations bien précaires, on fait, sur la table d'autopsie, le diagnostic rétrospectif d'ulcérations, dont la nature avait été méconnue ; c'est le cas des observations de Morgagni, de Ricord, de Vidal de Cassis, de Tarnowsky.

Plus tard, le diagnostic porté in vivo, en se basant sur les données cliniques, sur les notions d'antécédents spécifiques et surtout sur la coexistence des processus gommeux des autres organes, est confirmé par l'épreuve du traitement mercuriel : cas de Neumann, de Grivzow, de Chrzelitzer.

Aujourd'hui, la méthode de l'endoscopie vésicale préconisée par Nitze se perfectionne et se vulgarise. Elle donne des renseignements d'une valeur incontestable sur l'état de la paroi, et du col vésical, sur les néoformations de la muqueuse ; elle permet de reconnaître, de décrire les ulcérations et les gommes et de suivre leur amélioration progressive et leur disparition sous l'influence de la médication antisyphilitique.

Enfin la réaction de Wassermann, qui se perfectionne chaque jour et donne des résultats de plus en plus précis et constants, permet, lorsqu'il y a le moindre doute, de confirmer le diagnostic.

Aussi les observations recueillies depuis quelques années présentent une valeur incontestable et l'on peut admettre sans réserves les cas de Franck, d'Engelmann, d'Asch, de Picot, etc.

Nous avons eu nous-mêmes l'occasion d'observer un cas de syphilis secondaire de la vessie ; et nous avons pu à l'examen cystoscopique constater l'amélioration progressive et la disparition des lésions sous l'influence du traitement mercuriel (l'observation en a été antérieurement publiée).

II

Etiologie. — L'âge et le sexe n'ont aucune influence sur l'apparition des lésions syphilitiques de la vessie.

Vidal de Cassis, se basant sur les théories de son

époque, avait admis la possibilité d'existence du chancre vésical. Une semblable éventualité est impossible. Même chez la femme, l'agent pathogène de la syphilis ne peut remonter jusqu'à la vessie en sens inverse du courant de l'urine ; il est vite arrêté dans sa marche ascendante et, en effet, il n'existe pas dans la science d'accident primitif urétral siégeant à plus de 5 ou 6 centimètres de l'orifice externe.

Jusqu'en ces dernières années, toutes les observations se rapportaient à des accidents de la période tertiaire, si bien que certains auteurs considèrent cette éventualité comme de beaucoup la plus fréquente. La syphilis vésicale secondaire, en effet, qui se traduit par de simples phénomènes de cystite, a été décrite pour la première fois en 1909 ; mais depuis cette époque, les cas se sont multipliés, et il est permis de prévoir qu'ils seront de plus en plus nombreux, à mesure que la notion de leur existence sera plus répandue.

Les lésions vésicales de la période secondaire et de la période tertiaire évoluent plus ou moins longtemps après le chancre ; on a signalé des cas de processus gommeux vingt ans après la contagion ; ces lésions peuvent exister seules ou s'accompagner de manifestations du côté de la peau, des muqueuses ou des autres organes.

III

Symptômes. — 1° SYPHILIS SECONDAIRE. — Les lésions syphilitiques secondaires de la vessie peuvent évoluer insidieusement, surtout si elles siègent au niveau des parois latérales ou de la partie postérieure du bas-fond vésical; elles ne se manifestent alors par aucun phénomène subjectif et ne peuvent être décelées qu'accidentellement au cours d'un examen cystoscopique.

Le plus souvent, elles se traduisent par des phénomènes de cystite aiguë ou chronique, plus ou moins intenses, qui appellent l'attention du côté de la vessie ; elles se manifestent alors par des troubles de la miction, des douleurs, de la pyurie ; ces symptômes, d'abord peu accentués, augmentent rapidement d'intensité.

Les troubles de la miction sont des plus variables ; les mictions, plus fréquentes que normalement, reviennent à intervalles plus ou moins rapprochés ; les besoins se font sentir toutes les heures, toutes les demi-heures, quelquefois toutes les dix minutes ; elles sont d'autant plus impérieuses que les lésions siègent au voisinage du col ; elles ne sont pas calmées par le repos au lit, et persistent aussi bien la nuit que le jour.

Les douleurs sont constantes, occupent la région de la vessie ou du périnée ; elles irradient le long du trajet du canal de l'urètre, arrivant parfois au méat ; d'autres fois elles irradient vers le rectum, la région lombaire ou vers la racine des cuisses. Leur intensité est variable ; dans l'intervalle des mictions la douleur est très atténuée ; elle consiste alors en une simple sensation de pesanteur à l'hypogastre, de gêne dans la marche ou dans la station assise, de brûlure au périnée ou à la vulve; pendant la miction, la douleur s'éveille, augmente d'intensité, devient des plus violentes ; vers la fin, elle peut s'associer à une sensation de ténesme, à un vif besoin d'uriner bien que la vessie soit vide.

Il s'installe quelquefois une rétention d'urine passagère et incomplète.

La capacité vésicale est plus ou moins diminuée suivant l'intensité de l'affection et souvent le malade ne peut supporter plus de 60, 80 ou 100 centimètres cubes d'eau, lorsqu'on remplit l'organe pour pratiquer la cystoscopie.

L'urine est généralement peu modifiée ; elle peut être un peu moins limpide que normalement ; elle est quelquefois légèrement teintée lorsque la miction se termine par l'émission de quelques gouttes de sang.

L'examen microscopique du culot de centrifugation décèle la présence de leucocytes en plus ou moins grand nombre au milieu desquels sont noyés des cellules épithéliales et des globules rouges ; pas de microbes ; l'existence du tréponème dans l'urine n'a pas été signalée.

Le plus souvent, l'état général est peu touché ; ce n'est que très rarement que l'on constate de l'amaigrissement, de l'anorexie, des céphalées et une légère ascension de la température.

L'examen du malade par les procédés ordinaires ne permet pas de soupçonner la nature de la lésion vésicale ; seule, la palpation combinée au toucher rectal chez l'homme, au toucher vaginal chez la femme, peut réveiller les phénomènes douloureux au niveau de la vessie.

L'examen cystoscopique donne des renseignements précis, sur le siège, le nombre, la dimension et la forme des lésions. Elles peuvent revêtir deux aspects différents : macules, ulcérations.

Les macules sont des taches d'un rouge sombre, analogues à des éléments de roséole, disséminées sur une muqueuse hyperémiée ; ces lésions passent inaperçues, car elles ne s'accompagnent d'aucun phénomène douloureux.

Les ulcérations de la muqueuse vésicale sont en nombre variable de 2 à 12 ; elles sont arrondies ou ovalaires et leurs dimensions varient de celles d'une lentille à celles d'un haricot. Elles siègent le plus souvent entre les orifices urétéraux, dans la région du trigone, mais on peut en rencontrer sur les autres parois de l'organe ; elles sont quelquefois disséminées ; généralement, elles se trouvent agglomérées, séparées par des interstices irréguliers ; leurs bords sont légèrement surélevés, leur fond est blanchâtre et elles reposent sur une muqueuse vésicale œdématiée, hyperémiée, d'une couleur rouge sombre, au niveau de laquelle les vaisseaux très dilatés forment une saillie appréciable.

Les orifices urétéraux sont normaux, le reste de la muqueuse est sain. L'examen des autres muqueuses et organes peut déceler la présence de lésions secondaires ; mais les lésions vésicales peuvent évoluer indépendemment de tout autre manifestation syphilitique.

2° SYPHILIS TERTIAIRE. — Les manifestations vésicales de la syphilis tertiaire ne présentent, elles

aussi, aucun caractère spécifique; elles évoluent comme toutes les tumeurs vésicales et le diagnostic de processus gommeux n'est possible que s'il existe des antécédents, et si l'examen cystoscopique décèle la présence de lésions particulières.

Le début est quelquefois insidieux; il se fait alors par des troubles légers de la miction, des douleurs fugaces et passagères, des modifications à peine sensibles de la coloration des urines; mais bien plus souvent que les phénomènes de cystite, l'hématurie inattendue et soudaine en est le premier signe révélateur.

L'hématurie peut être le seul symptôme pendant toute la durée de la maladie; c'est un phénomène pour ainsi dire constant. Elle présente certains caractères spéciaux; elle survient spontanément, le malade s'apercevant qu'il rend brusquement une urine rouge; la miction n'est ni difficile ni douloureuse; exceptionnellement un caillot obstruant le col peut amener une rétention d'urine complète et passagère. Ni le repos, ni la position couchée ne l'arrêtent ou ne l'atténuent; elle persiste pendant plusieurs jours, quelquefois plusieurs semaines, puis peu à peu l'urine s'éclaircit et tout rentre dans l'ordre.

Les hématuries reparaissent à intervalles plus ou moins rapprochés, tous les mois, tous les deux mois, et elles varient chaque fois en abondance: dans les cas graves l'urine ressemble à du sang pur et, par le repos, elle laisse reposer au fond du vase une épaisse couche brun noirâtre.

Les hématuries augmentent avec la durée de la maladie; les accès se rapprochent au fur et à mesure que la lésion s'aggrave et l'écoulement du sang peut devenir continu.

Les hématuries peuvent s'accompagner de pyurie, surtout dans les périodes avancées de l'affection; l'urine ne présente aucune modification dans sa constitution chimique, mais, en plus des globules rouges, elle renferme alors de nombreux leucocytes plus ou moins dégénérés, des cellules épithéliales, une quantité plus ou moins considérable de mucus: les microbes banaux qu'elle contient quelquefois sont le fait d'une infection secondaire.

La douleur est un phénomène inconstant; quand elle existe, elle présente les mêmes localisations et les mêmes irradiations que celle de la syphilis secondaire; elle peut être atroce, forçant le malade à s'agiter continuellement et à chercher une position qui puisse lui apporter un léger soulagement. Moins accentuée dans l'intervalle des mictions, elle redouble quand la miction touche à sa fin, surtout si la tumeur occupe la région du trigone et du col vésical et elle s'accompagne parfois d'envies impérieuses d'uriner, bien que la vessie soit vide.

L'introduction d'eau dans la vessie avant la cystoscopie peut être douloureuse au point d'empêcher tout examen, surtout si elle est faite brusquement et il est quelquefois nécessaire de faire auparavant une injection de morphine au malade.

L'atteinte de l'état général, plus ou moins prononcée, dépend de l'abondance de l'hémorragie, de la pyurie, du siège de la lésion, du nombre et de la dimension des néoformations. Quelquefois la perte de sang peut être telle que les malades arrivent en quelques semaines à un degré très avancé de pâleur, d'affaiblissement et de cachexie; mais, d'une façon générale, il y a un contraste frappant entre l'intensité des phénomènes vésicaux et la conservation de l'état général.

L'examen abdominal ne donne généralement pas de renseignements; dans le cas de gomme volumineuse du sommet et de la paroi antérieure de la vessie, il peut exister, au-dessus du pubis, une voussure plus ou moins prononcée qui s'affaisse après la miction.

De même, on peut reconnaître, par le toucher vaginal ou le toucher rectal, la présence d'une néoformation vésicale qui se traduit par des irrégularités, des changements de consistance, des modifications d'épaisseur de la paroi de l'organe.

L'examen cystoscopique donne quelquefois d'emblée peu de résultats, soit qu'une hémorragie tenace empêche la clarification de la cavité vésicale, soit qu'il existe des caillots abondants cachant les lésions de la muqueuse. Dans ce cas, il faut d'abord vider la vessie du sang et des caillots, et il est quelquefois nécessaire de faire deux ou trois tentatives pour obtenir des renseignements suffisants.

Les lésions vésicales de la syphilis tertiaire vues au cystoscope se présentent sous deux aspects différents:

Tantôt, et le plus souvent, ce sont des ulcérations résultant de la fonte centrale de gommes de la paroi;

Tantôt ce sont des lésions papillomateuses.

Les ulcérations présentent des caractères particuliers; leur nombre varie de une à trois; elles sont arrondies ou ovalaires, plus ou moins étendues, et certaines peuvent atteindre la dimension d'une pièce de 1 franc; elles sont surélevées sur la muqueuse et font saillie dans la cavité vésicale; les bords sont déchiquetés, taillés à pic, et le fond déprimé présente une teinte blanchâtre; sur ce fond, on voit quelquefois deux où trois petites saillies rouges à l'extrémité desquelles le sang s'écoule; d'autres fois, la surface en est entièrement recouverte d'une matière gommeuse adhérente; si l'on essaie de la détacher avec le bec du cystoscope on y arrive difficilement en provoquant presque toujours une petite hémorragie.

Autour de l'ulcération, la muqueuse hyperémiée et œdématiée présente une teinte rouge sombre, quelquefois livide, qui tranche sur la teinte rosée qui existe partout ailleurs et, à ce niveau, les vaisseaux injectés forment une forte saillie et décrivent des sinuosités plus nombreuses que normalement.

Les lésions papillomateuses de la syphilis tertiaire sont très rares; les tumeurs papillaires sont souvent au nombre de deux ou trois; elles ont le volume d'un pois ou d'une noisette et sont directement implantées sur la muqueuse; la surface en est lisse, gris rosé, parcourue de petits vaisseaux dilatés.

Les deux lésions, ulcération, tumeur papillaire, peuvent coexister; elles reposent dans ce cas l'une sur l'autre.

IV

Evolution. — Les lésions de la syphilis secondaire, abandonnées à elles-mêmes, évoluent lentement, sans tendance à la guérison ; elles sont et restent superficielles ; elles s'améliorent rapidement sous l'influence du traitement et les cicatrices blanchâtres disparaissent elles-mêmes au bout d'un mois ou deux.

Les lésions tertiaires ne présentent, elles aussi, aucune tendance spontanée à la cicatrisation ; elles peuvent s'étendre et gagner de plus en plus en surface ; en général, elles évoluent plutôt vers la profondeur, elles entament d'abord la musculeuse, puis la séreuse, et, si l'on n'intervient pas à temps, elles arrivent à perforer complètement la paroi vésicale. Du côté du péritoine, si le processus ulcératif a été rapide, des adhérences n'ont pas eu le temps de se former ; c'est la péritonite généralisée et la mort à brève échéance ; si la perforation s'est faite lentement, des phénomènes inflammatoires se sont produits ; l'intestin s'est fixé contre la vessie et on assiste alors à la formation d'une fistule vésico-intestinale.

Si la lésion siège à la face inférieure elle peut donner une fistule vésico-vaginale ou vésico-rectale.

Les fistules vésico-intestinales se traduisent par les phénomènes habituels : les mictions se font en partie par l'urètre, en partie par l'anus.

Lorsque le malade est soumis au traitement, les phénomènes vésicaux disparaissent, les hématuries sont de moins en moins abondantes, l'état général s'améliore rapidement, les forces reviennent et la pâleur des muqueuses s'atténue ; les lésions vésicales diminuent, les ulcérations se rétrécissent et se comblent, les tumeurs papillaires s'affaissent et se flétrissent et, au bout de quelques semaines, il ne reste plus que des cicatrices blanchâtres, rigides, tranchant sur la souplesse des parties saines de la muqueuse.

Ces cicatrices sont d'autant plus persistantes que les lésions étaient plus profondes et on a pu les retrouver six mois, un an après la guérison.

V

Diagnostic. — « Les affections syphilitiques des organes internes ne présentent rien de spécifique ; ce fait est cause qu'ils sont si souvent longuemeut examinés et on doit toujours avoir en vue l'hypothèse d'une affection syphilitique. » Cette proposition de Fournier s'applique à la vessie plus qu'à tout autre organe.

Les phénomènes subjectifs par lesquels la syphilis de la vessie se manifeste, pris séparément, sont insuffisants pour permettre le diagnostic ; en les groupant, ils forment au contraire un faisceau de présomptions et, pour poser le diagnostic de syphilis, il suffit généralement d'y penser.

Le diagnostic repose sur :

1° Les phénomènes subjectifs : douleurs, hématuries, pyurie ;

2° Le caractère des lésions de la muqueuse ;

3° Les modifications insignifiantes des urines et, surtout, l'absence complète de microbes (on n'a jamais signalé la présence du tréponème dans l'urine) ;

4° L'état général relativement satisfaisant ne concordant pas avec les phénomènes locaux plus ou moins graves ;

5° La connaissance d'antécédents de syphilis ;

6° La coïncidence de lésions spécifiques d'autres organes.

Quand ces deux dernières manquent on doit confirmer le diagnostic par la réaction de Wassermann et l'épreuve du traitement mercuriel.

Les lésions syphilitiques secondaires de la vessie peuvent quelquefois être difficilement distinguées des cystistes aiguës ou chroniques dont elles présentent les symptômes.

La cystite aiguë se traduit, à l'examen cystoscopique, par des plaques irrégulières d'un rouge sombre dans lesquelles on ne peut plus distinguer les vaisseaux sanguins qui, à leur périphérie, apparaissent fortement dilatés ; ces plaques, qui tranchent sur le fond blanc rosé des parties restées saines, peuvent s'étendre à toute la vessie, ou rester localisées de préférence autour du col et du bas-fond ; sur elles, on aperçoit des grumeaux blanchâtres, en partie adhérents à la muqueuse, en partie libres et nageant dans le liquide ; ce sont les produits de suppuration et de desquamation de la paroi.

Dans la cystite chronique les ulcérations siègent surtout au niveau du col ; partout ailleurs, la paroi est parsemée de taches violacées, noirâtres, ecchymotiques, reposant sur une muqueuse d'un gris ardoisé, livide en certains points et recouverte d'un magma purulent jaunâtre ou verdâtre.

Dans les différentes cystites, les urines contiennent une grande quantité de microbes : microbes banaux, staphylocoques, gonocoques, coli-bacilles.

Les phénomènes subjectifs, douleurs, modifications des mictions, hématuries, provoqués par les lésions tertiaires de la vessie, ont pu être pris pour des symptômes de prostatite compliquée de cystite ; certaines formes d'hypertrophie de la prostate peuvent donner les mêmes réactions ; il suffit d'un examen attentif (toucher rectal, cathétérisme) pour éliminer ces affections.

Le diagnostic des ulcérations syphilitiques tertiaires est surtout à faire avec les ulcérations de la tuberculose et avec certaines formes de lésions malignes ; celui de tumeur papillaire avec les papillomes banaux.

Les ulcérations tuberculeuses, tantôt uniques et larges, tantôt multiples et petites, ont des bords irréguliers et découpés ; leur fond est gris verdâtre, couvert d'une couche purulente et elles s'accompagnent de cystite plus ou moins tardivement. De plus, l'hématurie n'est jamais très abondante ; les urines contiennent des bacilles de Koch dont on peut décéler la présence, soit par l'examen microscopique, soit par la méthode expérimentale, et il coexiste le plus souvent des lésions bacillaires du rein, des vésicules séminales ou d'un organe voisin.

Les ulcérations néoplasiques sont rarement localisées et, tout autour, la paroi vésicale est infiltrée et indurée ; les lésions sont beaucoup moins régulières ;

l'atteinte de l'état général est beaucoup plus forte, l'évolution plus rapide, la cachexie plus précoce.

Enfin les papillomes ne présentent macroscopiquement aucun caractère distinctif des tumeurs papillaires d'origine syphilitique. Seuls les antécédents du malade, la réaction de Wassermann et l'épreuve du traitement mercuriel permettent le diagnostic.

VI

Traitement. — Les lésions syphilitiques de la vessie ne se laissent pas influencer par les différents traitements que l'on a coutume d'employer pour combattre les affections locales et banales de cet organe.

Les douleurs de la syphilis vésicale sont tenaces, et les injections de morphine ne les calment que momentanément; elles reparaissent aussi violentes dès que l'influence du médicament ne se fait plus sentir. Les bains chauds ne les atténuent pas. Les hématuries sont rebelles; elles ne sont pas influencées par les injections d'ergotine.

Le traitement général, diète lactée, urotropine, bleu de méthylène, et le traitement local, cathétérisme, lavages de la vessie avec des solutions faibles de nitrate d'argent ou avec de l'eau boriquée à 4 p. 100 ne procurent aucune amélioration.

Le traitement de la syphilis vésicale est le traitement mercuriel.

Les frictions mercurielles sont très en faveur en Allemagne; il est préférable de recourir aux injections de sels mercuriels solubles (biiodure ou benzoate d'Hg) dout l'action est beaucoup plus rapide et qui sont plus maniables. C'est au traitement mixte, mercure et iodure, que l'on doit recourir pour combattre les processus gommeux de la paroi vésicale. Dans tous les cas les résultats sont merveilleux; les ulcérations secondaires superficielles disparaissent en huit à quinze jours; les lésions gommeuses mettent plus longtemps à se combler, mais il est rare qu'au bout d'un mois elles n'aient pas complètement disparu.

On ne doit y adjoindre le traitement local (lavages) que dans les cas longtemps méconnus où une infection secondaire est venue se surajouter aux lésions primitives.

Dans le cas que nous avons observé, nous avons eu recours au traitement mercuriel; il est évident que les injections intraveineuses de salvarsan ou de néosalvarsan donneraient des résultats encore plus rapides, surtout dans les cas de lésions ulcéreuses de la vessie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Asch. Die Syphilitischen Erkrankungen der Harnblase, *Zeit. f. Urol.*, 1911, sieb. Heft.
2. Casper. Lehrbuch der Urologie, *Berl. Wien.*, 1903, s. 223.
3. Chrzelitzer. Ein Fall von Cystitis luetica, *Centralbl. f. d. Krank. d. Harn u. Sexual-organe*, 1901, s. 6.
4. Cruger. *De Mictione in somno, syphilide atque ulceribus*, Dresde 1712.
5. Desnos et Minet. *Traité des maladies des voies urinaires*, 1909, 3e partie, chap. x, p. 723.
6. Dreyer. Zur Klinik der Blasensyphilis, *Dermat. Zeit.*, Bd XX, Heft 6, juin 1913.
7. L. Durœux. *Syphilis de la vessie*, Th. de Paris, 1913.
8. Engelmann. Ueber drei Faelle von cystoskopisch diagnostizierten syphilitischen Harnblasen geschwülsten, *LXXXIIen Versam. Deut. Natur. und Aertze in Kœnig.*, in Pr. 18-24 sept. 1910; M. F. P. D., 15 oct. 1910, p. 355; — Syphilis de la vessie, *Derm. Zeit.*, nov. 1910, n° 11, p. 820; — Mémoire sur la syphilis de la vessie, *Folia Urologica*, 1911, Bd V, n° 7.
9. Fenwick. In Casper. *Hand. der Cyst.*
10. Finger. *Die Syphilis und die Venerischen Krankheiten*, Leipzig 1901, s. 146.
11. Fiorani. Sopra alcune forme morbose della vesica, *Giorn. ital. d. mal. vener.*, Milano 1888, n° 1.
12. Follin. Productions morbides observées sur la muqueuse d'une femme syphilitique, *Soc. de biol.*, avril 1849; *Gaz. méd. de Paris*, 1849, p. 492.
13. Fournier. *Traité sur la syphilis*, 1re édition, Paris 1899; 2e édition, t II, p. 662, Paris 1906.
14. Frank. Demonstration cystoskopicher Bilder von Blasensyphilis; *Verhandl. des IIen Deut. Urol.*, Berlin 1909, s. 356.
15. Frisch-Zuckerkandl *Hand. der Urol.*, 1904-1906.
16. Graff. *Ein Fall von Gumma des Harnblase Beitrage z. Kenntnis der Blasensyphilis*, Inaug. diss. Freiburg i. Br. 1906, vgl auch Kraske, Chirurgenkongress 1904.
17. Griwzow. Beitrag z Kasuistik v. aussergenvöhnlichen Lokalisationen der allgemeinen Syphilis. zwei Faelle syphilitischer Cystitis, *Monat. f. Krank. der Harn und Sexualorgane*, 1899, s. 449.
18. Guyon. *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*, 1903, 4e édition, t. I, p. 21.
19. Haberern. Cystoskopische, *Centralbl. f. Chir.*, Leipzig 1911, t. XXXVIII.
20. Hallopeau et Fouquet. *Traité de la syphilis*, 1911, p. 281.
21. Hinder. A case of syphilitic of the urinary bladder with marked hœmaturia, *Australiasan med. Gaz.*, 1901, p. 92.
22. Joseph. *Lehrb. der Haut und Gesch.*, Leipzig 1909.
23. Kaposi. Path. und Therapie der Syphilis, *Deut. Chir.*, Stuttgard 1881, s. 293.
24. Kummel. Ueber Geschwüre der Harnblase (ihre Prog. und Therapie), *Berl. Klin.*, 1893, Bd LIX, p. 1-49
25. Lang. *Vorl. ueber Pathol. und Therapie der Syphilis*, Wiesbaden 1884, s. 327.
26. Le Fur. Ulcération syphilitique de la vessie, *Assoc. franç. d'urol.*, 1902; — *Ann. gén.-urin.*, 1902, p. 1519.
27. Legueu. *Traité d'urologie*, 1910, p. 689.
28. Lenehan. Syphilitic gumma of the bladder, *Southern med. Journ.*, Nashville, sept. 1910.
29. Lévy-Bing et Durœux. Syphilis de la vessie, *Ann. des mal. vénér.*, n° 4, avril 1913.
30. Mac Gowan. A case of gummatous ulcer of the bladder, *Journ. of cutanous and gen.-urin. diseases*, 1901.
31. Matzenauer. Gumma urethrae et vesicae, *Verhandl. d. Wiener dermat. Gesell.*, Sitzung, marz 1900, vol. VII; — *Arch. f. Dermat. und Syphilis*, 1900, s. 112.
32. Margouliès. Syphilis de la vessie, *Ann. gén.-urinaires*, 1902, p. 384.
33. Michailoff. Syphilis der Harnblase und der oberen Harnwege, *Zeit. f. Urol.*, Bd IV, 1912, drittes Heft.
34. Morgagni. *De Sedibus et causis morborum per anatonem indagatis*, Lovanni 1767.
35. Morris. Gumma of the bladder, *Indiana med. Journ.*, Indianopolis 1897-1898, t. XVI, p. 5.
36. Mucharinsky Zur Frage der Harnblasensyphilis, *Zeit. f. Urol.*, Berlin 1912, p. 376-378.
37. Neumann. *Syphilis*, IIen Aufl., Wien 1899, Bd XXII, von *Noth. spez. Pathol. und Therapie*, s. 683.
38. Nitze. *Lehrb. d. Cyst.*, Ien Aufl. 1889, Wiesbaden, IIen Aufl., 1907.
39. Nin Posadas. Contribucion al studio de la syphilis vesical, *Rev. de la Soc. med. argentina*, déc. 1911, vol. XIX, n° 3.
40. Pereschiwkin. Zur Frage der Syphilis der Blase, *Zeit. f. Urol.*, 1911, Bd V, siebentes Heft.
41. Picker. Ein Fall von Syphilis der Blase, *Zeit. f. Urol.*, 1913, Bd VII, drittes Heft.
42. Picot. Un cas de syphilis vésicale et uréthrale, *Journ. d'urol.*, 15 nov. 1912, t. II, n° 5.

43. Proksch. Zur Geschichte und Pathologie der syphilitischen Ulzerationen der Harnblase, *Viert. f. Dermat. und Syphilis*, 1879, s. 555.
44. Rapot. *Path. und Therapie der Syphilis*, Stuttgart 1891, p. 293.
45. Ricord. *Traité complet des maladies vénériennes*, Clinique iconographique de l'hôpital des vénériens, Paris 1851; pl. 8.
46. Tarnowsky. *Vort. über vener. Krank.*, Berlin 1872, s. 199.
47. Thruster. The chronic perforating ulcer of the bladder, *Texas courrier Record of med.*, Dallas 1887-1888, t. V, p. 335.
48. Towbien. Ueber einen fall von Mutmasslicher syphilitischer Affektion der Harnblase, *Wrat. Gaz.*, 1904, n° 9.
49. Uva. Sopra un caso de syphilide cerebro-spinale con fistola retto-vesicale per gumma suppurate in vesica, *Revista clin.*, Napoli 1882, t. IV, p. 250.
50. Vidal de Cassis. *Traité des maladies vénériennes*, Paris 1853, p. 169.
51. Virchow. Zur Pathologisch anatomischen Kasuistik, *Verhandl. d. Phys. med. Gesell. u. Wurzburg*, 1852, Bd III, s. 366.
52. Wyeth. Perforating über of the bladder, *New-York med. Journ.*, 1892, p. 582.
53. Zeyssl. Die luetischen Erkrankungen des Urogenital apparaten und ihre Behandlung, *Wiener und Presse*, 1906, n° 2.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 22 décembre 1913)

Les grandes destructions cérébrales en contraste avec la doctrine des localisations. — M. R. Robinson. A la suite d'une blessure légère de la région occipitale, un homme de soixante-deux ans présenta quelques troubles visuels d'abord, du langage ensuite. L'examen ophtalmoscopique montra une stase plus prononcée à gauche dans les papilles. Le malade survécut pendant un an sans aucune souffrance; au contraire, il paraissait béat et satisfait et on le surprit plusieurs fois en train de se masturber. C'était un homme pudique et chaste depuis qu'il était veuf (vingt-cinq ans) il n'avait eu aucun rapport sexuel. Il était en outre hémophile.

M. Robinson le vit plusieurs fois avec feu Zambaco pacha, et il put faire l'autopsie, sur le désir de la famille, en présence de plusieurs confrères. Le patient avait été emporté par une crise épileptiforme. Tout l'encéphale, excepté l'écorce, ne formait qu'un abcès colossal. Le pus était fétide et contenait des anaérobies Le cervelet, le bulbe, la protubérance, etc., étaient indemnes.

En rapprochant ce fait des cas récemment publiés par van Gehuchten et de l'absence de lésions dans la circonvolution de Braca constatée par M. Pierre Marie, M. Robinson se demande si la doctrine des localisations, telle qu'elle est affirmée, ne doit subir une revision complète. Il serait intéressant de savoir si les portions non touchées du cerveau subissent des modifications compensatrices chimiques et histologiques.

Contribution à l'étude de l'action des matières colorantes sur le cœur et la pression. — MM. L.-G. Garfounkel et J. Gautrelet.

Les lois d'absorption de l'oxyde de carbone par le sang in vitro. — M. Maurice Nicloux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 30 décembre 1913)

Pathogénie du cancer. — M. le professeur Pozzi a communiqué les résultats des expériences du docteur Champy qui, cultivant divers tissus en dehors de l'organisme selon la méthode de Carrel, a vu ces tissus retourner à l'état embryonnaire et leurs éléments prendre l'aspect de ceux des tumeurs malignes.

Non seulement, les tissus d'embryons ont végété en prenant un aspect qui mime celui de l'épithéliome ou du sarcome, mais dans les cultures de tissus pris sur des animaux adultes ou âgés, s'est produit une sorte de renouveau de la multiplication cellulaire. Ainsi, le muscle lisse, le tissu névroglique qui ne se multiplient plus chez l'animal adulte recommencent à proliférer dans les cultures en même temps que les cellules retournent à l'état embryonnaire.

Ces faits montrent que les cellules de l'organisme peuvent se multiplier anormalement vite et devenir atypiques sous l'influence d'irritations aseptiques et qu'il n'est point nécessaire d'invoquer la présence d'un parasite pour expliquer la genèse des tumeurs.

Diabète sucré. — M. Robin fait un rapport sur une note de M. Dinguezli sur le diabète sucré et son traitement, sans régime, inspiré par les auteurs arabes anciens.

Vente des substances vénéneuses. — L'Académie poursuit la discussion du rapport de M. Lucet sur l'emploi des substances vénéneuses.

Elections. — L'Académie procède au renouvellement partiel des commissions :

Membres nouveaux. — 1° Des commissions des correspondants nationaux et étrangers : première division, MM. Netter et Achard; deuxième division, MM. Reclus et Delorme; quatrième division : MM. Gautier et Robin.

2° De la commission des associés nationaux et étrangers : MM. Chauffard, Laveran, Schwartz, Jalaguier, Lucet, Weiss, Pouchet.

3° Des commissions permanentes : épidémies, MM. Widal et Thoinot; eaux minérales, MM. Léger, Troisier et Meillère; remèdes secrets, MM. Magnan et Porak; vaccine, MM. Kaufmann et Bar; hygiène de l'enfance, MM. Guéniot, Champetier de Ribes; tuberculose, MM. Cadiot, Bazy et Vincent.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 26 décembre 1913)

Dilatation des bronches d'origine congénitale. — M. Garnier rapporte l'observation d'une femme de trente-huit ans à l'autopsie de laquelle il trouva une dilatation bronchique limitée au lobe supérieur du poumon droit. Cette limitation exacte de la malformation, l'absence complète d'autre lésion à son niveau permettait d'affirmer l'origine congénitale de la lésion. Pendant la vie la malade avait présenté des poussées fréquentes de bronchite avec expectoration purulente; au sommet droit on trouvait un souffle tubaire et de gros râles sous-crépitants humides; l'association de ces deux symptômes, l'absence de matité absolue et d'opacité à la radiographie, le bon état général de la malade avait fait rejeter le diagnostic de caverne. L'examen des crachats, négatif au point de vue de la recherche du bacille de Koch et de l'oospora pulmonalis, le résultat négatif de la réaction de Wassermann avaient fait rejeter successivement le diagnostic de tuberculose, celui d'oosporose et celui de syphilis pulmonaire. On avait pensé

à la dilatation bronchique, cette hypothèse fut confirmée par l'autopsie.

L'examen histologique permit de reconnaître une transformation épithéliomateuse des cellules avec prolifération dans la profondeur du tissu. L'hyperplasie épithéliale constatée dans le cas de dilatation bronchique congénitale observée chez le nouveau-né ou le fœtus affecte le type d'adénome; on comprend, étant donnés l'âge de la malade, l'influence d'une inflammation de longue durée, que les cellules aient été dérivées de leur type normal et aient commencé une évolution cancéreuse.

Un cas d'épendymite subaiguë latente, séquelle de méningite cérébro-spinale à méningocoques. — M. J. Rieux (du Val-de-Grâce). Relation d'un cas, assez exactement superposable à celui décrit par M. Lagane dans la séance du 19 décembre 1913, de collection séreuse enkystée des cavités ventriculaires de l'encéphale. Le malade avait eu la méningite cérébro-spinale aiguë à méningocoques dix mois auparavant. La mort est survenue brusquement par syncope. Les ventricules cérébraux transformés en cavité close contenaient une quantité considérable de liquide séreux. Une thérapeutique est à établir pour ces séquelles, d'ailleurs rares, de méningite cérébro-spinale.

Deux cas de tétanos grave. Sérothérapie sous-cutanée intensive. Guérison. — MM. O. Josué, H. Godlewski et F. Belloir ont traité avec succès deux cas de tétanos grave par l'injection sous la peau de quantités considérables de sérum antitétanique. Un de leurs malades a reçu 980 centimètres cubes de sérum répartis en 21 injections, et l'autre, 850 centimètres cubes en 27 injections.

La dose quotidienne a été d'abord de 50 centimètres cubes en une seule fois. Ils n'ont diminué les doses que lorsqu'ils ont été sûrs de l'amélioration.

L'injection sous-cutanée est préférable à l'injection intraveineuse. L'injection intrarachidienne est malaisée à cause de la contracture; elle détermine de plus des crises de contractures qu'il faut éviter car elles aggravent l'évolution.

Sous l'influence de ce traitement, les crises de contracture s'espacent, puis disparaissent, les contractures permanentes cèdent, la température s'abaisse, le pouls se ralentit, les urines augmentent.

Il faut appliquer en même temps le traitement habituel : chloral à hautes doses, isolement dans le calme et le silence.

Un de leurs malades a présenté le phénomène d'arthus : gonflement douloureux avec rougeur aux points d'infection, ce qui ne les a pas empêchés de continuer le traitement. Il ne faut pas se laisser arrêter, en effet, par la crainte des accidents sériques. En face du danger imminent, il y a lieu de faire le traitement intensif et de continuer les injections tant que le malade présente des manifestations tétaniques si légères soient-elles. On sait, en effet, que les retours offensifs avec aggravation rapide sont toujours à redouter tant que la guérison n'est pas complète.

Tuberculose cavitaire du jeune âge. — M. Ribadeau-Dumas. Dans le premier âge de la vie, chez des enfants d'un à vingt-quatre mois, l'ulcération des tubercules pulmonaires se rencontre dans une grande proportion des cas, 36 à 37 p. 100 environ. Les grandes cavernes se rencontrent une fois sur six et se produisent aux dépens des blocs pneumoniques caséeux. Ce qu'il y a de plus frappant dans l'histoire de ces cavités, c'est que très généralement on n'observe aucun signe clinique susceptible d'en faciliter le diagnostic. En réalité, qu'il s'agisse de lésions tuberculeuses ulcérées, ou de tubercules intrapulmonaires, chez le nourrisson, le diagnostic ne peut guère se faire que par les rayons X. Ceux-ci permettent la localisation exacte des cavernes et font suivre pas à pas la marche des lésions.

Dissociations et instabilité pilaires par dysendocrisie. — M. Léopold-Lévi étudie :

Chez l'homme, l'instabilité pilaire (absence de poils du corps, gigantisme capillaire : type féminin; hisurtie du corps avec calvitie : type viril);

Chez la femme, l'instabilité à type masculin, le type féminin précoce.

Il conclut de ses recherches que, à côté de l'action directe et essentielle du corps thyroïde sur la chevelure, une part revient au testicule dont l'action frénatrice explique le gigantisme capillaire de l'insuffisance testiculaire, et l'action excitatrice explique l'alopécie par surfonction pilaire.

Le masculisme met en évidence la perte de fonctions féminogènes de l'ovaire avec apparition de fonctions virilogènes d'où dépend le développement des poils du corps et parfois la calvitie à type masculin.

Anémie pernicieuse et néphrite chronique. — MM. L. Lortat-Jacob et Gassier. Ce nouveau cas vient à l'appui des faits que MM. Lortat Jacob et Labbé ont étudié en 1903. L'existence d'une néphrite scléreuse, vérifiée à l'autopsie, s'accompagnait pendant la vie d'une anémie intense, 600 000 globules rouges et 2 500 globules blancs.

La pathogénie de ces anémies des néphrites demeure encore obscure. Il ne faut pas attribuer à la dilution sanguine transitoire un rôle qui ne suffirait pas à expliquer les lésions permanentes du sang. De même si l'anémie fait partie du cortège symptomatique de l'azotémie, celle-ci n'est pas constante dans l'anémie des néphrites. Dans le cas présent il n'y avait aucune rétention azotée. La cholestérine dans le sang ne dépassait pas 1,22.

Ce cas montre encore que l'on ne peut faire jouer aux hémolysines un rôle absolu. Elles manquaient chez le malade.

Si la destruction sanguine est un facteur très important, il semble qu'on doive aussi reconnaître que certaines scléroses rénales peuvent s'accompagner d'un arrêt de la fonction hématopoïétique. Faut-il faire dépendre les lésions du sang de la lésion rénale ou admettre que la même cause a produit les deux lésions concomitantes? Le cas présent démontre l'ancienneté de la lésion rénale et au contraire l'évolution relativement récente et rapide de l'anémie. Mais les examens microscopiques dénotent l'association d'une sclérose rénale et d'une sclérose splénique très intense réalisant un syndrome anatomique splénique et rénal de date probablement ancienne.

La réaction d'Abderhalden chez les épileptiques. — MM. André Léri et Cl. Vurpas ont cherché, par la méthode d'Abderhalden, les ferments destructeurs de l'albumine cérébrale dans le sérum de vingt-cinq épileptiques. Ils en ont constaté la présence dans 60 p. 100 des cas (15 cas positifs, 10 négatifs). Ce pourcentage est exactement celui qui a été obtenu tout récemment par Binswanger. Il existe donc très fréquemment des ferments anticerveau dans le sérum des épileptiques.

Mais il n'est pas possible d'établir une relation entre la présence de ces ferments d'une part et la proximité d'une crise ou la ténacité de l'affection d'autre part.

Binswanger croyait que le résultat de la réaction était toujours positif dans les quelques jours qui avoisinent une crise; les auteurs ont pu s'assurer que ce résultat est sans rapport avec la date de la dernière crise; il est d'ailleurs aussi sans rapport avec la préparation de la crise, c'est-à-dire avec la date de la crise suivante.

Binswanger pensait que, à distance d'une crise, la réaction était généralement négative dans l'épilepsie « dynamique constitutionnelle » peu grave, positive dans l'épilepsie « organique » grave; d'après les observations, les résultats de la réaction sont sans rapport avec le nombre et l'intensité des crises, comme avec l'âge du malade, la date du début et l'ancienneté de la maladie. Des troubles mentaux graves, soit

congénitaux (débiles et imbéciles), soit acquis (déments et affaiblis évoluant vers la démence), s'observent soit avec une réaction positive, soit avec une réaction négative; ils sont seulement notablement plus fréquents dans les cas où la réaction est positive; à ce point de vue seulement cette réaction aurait peut-être une certaine valeur pronostique.

La recherche des ferments d'Abderhalden paraît intéressante, même s'ils n'ont pas une spécificité absolue; or, malgré 170 réactions faites avec différents organes au moyen du sérum de 60 malades divers, il paraît encore impossible d'affirmer cette absolue spécificité.

Importance de la notion de méningite pour la conduite du traitement de la syphilis. — MM. Jeanselme, Vernes et Marcel Bloch insistent sur l'importance qu'il faut attribuer aux réactions méningées pour la conduite du traitement de la syphilis. L'existence de modifications du liquide céphalo-rachidien (leucocytose, albumine, réaction de Wassermann) indique l'existence de foyers virulents sur les centres méningo-nerveux. Le traitement de tout syphilitique doit être poursuivi sans relâche jusqu'à extinction complète de ces foyers, c'est-à-dire jusqu'à disparition persistante de la réaction de Wassermann du sang, de la réaction de Wassermann du liquide céphalo-rachidien, de la lymphocytose et de l'albumine.

La résistance de ces foyers méningo-nerveux au traitement arsenical intraveineux peut être extrêmement considérable. A titre d'exemple, les auteurs citent des observations de méningites syphilitiques où les injections intraveineuses de salvarsan n'ont pu amener la disparition des réactions méningées qu'au bout de deux ans, deux ans et demi; dans un cas cinquante injections ont été nécessaires avec un total de 20 grammes de salvarsan. La médication sous-arachnoïdienne abrégerait peut-être la durée du traitement.

Par opposition, les auteurs montrent le danger des méningites négligées par l'exemple de cette malade qui, quatre ans et demi après le chancre et la méningite secondaire, fait une paralysie générale confirmée.

Elections. — La Société procède à l'élection de son bureau pour 1914. Sont nommés :

Président : M. Comby; vice-président : M. Chantemesse; secrétaire général : M. Siredey; trésorier : M. de Massary; secrétaires des séances : MM. Ribadeau-Dumas et Babonneix.

— Prochaine séance, vendredi 9 janvier.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1913)

Origine pneumonique inflammatoire des lésions nodulaires de la tuberculose pulmonaire. — MM. L. Rénon et Géraudel. A la conception classique des lésions tuberculeuses pulmonaires folliculaires et non folliculaires, il faut substituer la notion de l'origine exclusivement pneumonique inflammatoire de toutes les lésions tuberculeuses du poumon.

L'emploi des réactifs qui, comme la fuschiline de Weigert, mettent en relief l'armature élastique, alvéolaire et vasculaire du poumon, permettent de voir que les granulations et les tubercules, figures macroscopiques, sont constitués par des foyers de pneumonie bacillaire et non par des agglomérats plus ou moins complets de follicules tuberculeux. Ces foyers pneumoniques sont d'étendue variable et présentent des modalités diverses avec tous les intermédiaires, depuis la pneumonie suraiguë, nécrosante et thrombosante jusqu'à la pneumonie chronique sclérosante. L'ensemble des images anatomiques de pneumonie existant dans le poumon tuberculeux représente l'ensemble des processus pneumoniques successifs dont se compose l'histoire clinique de toute tuberculose pulmonaire.

D'un rapport entre la tension artérielle et le nombre des plaquettes du sang chez l'homme. — MM. L. Le Sourd et Ph. Pagniez ont, chez trente malades exempts d'infections aiguës, déterminé la tension par l'oscillomètre de Pachon et le chiffre des plaquettes par le procédé de M. Aynaud. Chez dix de ces sujets ayant une tension artérielle minima normale de 8,5 à 10, le chiffre moyen des plaquettes est de 314000. Chez dix autres ayant une tension minima de 11 à 15, le chiffre moyen des plaquettes est de 236000. Enfin, chez dix sujets ayant une tension minima de 6,8, le nombre moyen des plaquettes est de 420000. Par conséquent, entre le chiffre des hypertendus et celui des hypotendus, il y a une différence considérable. Il n'existe aucun rapport de même ordre pour les leucocytes ou les hématies. Il est donc peu probable qu'il s'agisse d'une simple coïncidence, mais de nouvelles recherches seront nécessaires pour préciser la fréquence et la signification du rapport constaté.

Présentation d'un nouveau flacon pour doser l'oxygène et l'anhydride carbonique du sang. — L'appareil préconisé par MM. Haldane et Barcroft pour doser l'oxygène et l'anhydride carbonique dans le sang au moyen du ferricyanure de potassium et de l'acide tartrique se compose d'un flacon relié à un manomètre à air libre. Ce flacon présente des inconvénients dus à ce que le bouchon amovible est placé à sa partie supérieure, ce qui laisse le flacon tomber parfois pendant les expériences.

A la suite d'expériences faites au mont Blanc en 1913, avec M. Paul Chevallier, où ces inconvénients se sont présentés, M. Bayeux a fait construire un nouveau flacon qui permet de les éviter; le bouchon, placé horizontalement sur le flanc latéral du flacon, porte une cupule qui pivote par une rotation de 180 degrés sans toucher au flacon lui-même, et laisse ainsi tomber les réactifs dans le sang à analyser. L'agitation de la masse liquide peut se faire sans sortir le flacon du bain stabilisateur de température.

Reproduction expérimentale de la dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien. — MM. H. Salin et J. Reilly. En provoquant expérimentalement chez le chien une compression médullaire par pachyméningite tuberculeuse on reproduit le syndrome de dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien : albumine très augmentée, pas d'éléments cellulaires.

Le taux de l'albumine varie suivant le lieu où l'on fait la ponction, peu d'hyperalbuminose par ponction atloïdo-occipitale, albumine très abondante par ponction lombaire ou sacrée.

L'apparition des anticorps tuberculeux, déjà constatée dans le sérum, coïncide dans le liquide avec l'augmentation du taux de l'albumine.

Cette notion de la dissociation albumino-cytologique a donc une réelle importance doctrinale puisqu'elle permet de comprendre à la faveur de quelles substances les anticorps passent du plasma dans le liquide céphalo-rachidien.

Note sur des conditions différentes de formation des bruits et des sons (deuxième note). — MM. Gilbert, Gutmann et Tzanck, comme suite à leurs expériences relatives aux différences entre les bruits et les sons, étudient par l'inscription photographique des vibrations les phénomènes différents produits par la percussion de cavités ouvertes et fermées. Dans le premier cas on a des sons variables avec la hauteur de la colonne d'air vibrante; dans le second cas, des bruits sans tonalité, quelle que soit cette hauteur. Les déductions des auteurs qui ont appliqué les lois de Wintrich à l'étude du tympanisme sont donc susceptibles de revision.

Election. — M. Piéron est élu membre titulaire.

CHRONIQUE

LE CENTENAIRE DE CLAUDE BERNARD AU COLLÈGE DE FRANCE

Une impressionnante cérémonie, où presque tout fut digne du grand savant que l'on voulait honorer, a eu lieu mardi dernier au Collège de France pour le centenaire de Claude Bernard.

Voulant honorer cette grande mémoire, M. Raymond Poincaré est venu se placer au premier rang des auditeurs, entouré de MM. Ribot, Doumer, Deschanel et de plusieurs autres hommes politiques. Dans l'assistance, fort nombreuse, on remarquait de nombreuses personnalités universitaires, ou scientifiques, et parmi les médecins présents nous avons aperçu les professeurs Chauffard et Chantemesse, et M. Roux, directeur de l'Institut Pasteur. M. René Viviani, ministre de l'Instruction publique, présidait, ayant à ses côtés MM. Croizet, administrateur du Collège de France, d'Arsonval, Dastre, Henneguy et Bergson.

C'est dans la salle même où Claude Bernard professa pendant tant d'années qu'avait lieu la cérémonie, et, comme l'a dit en termes excellents M. d'Arsonval, « Claude Bernard n'aimait ni la pompe, ni la louange, C'est pour cette raison que, d'accord avec mon cher administrateur, cette cérémonie a lieu dans le local modeste où il a tant travaillé et d'où il a fait sortir, comme le disait Renan, les vérités qui ont ébloui le monde ».

Outre M. d'Arsonval, qui, ancien élève et préparateur de Claude Bernard, a parlé au nom des disciples de ce maître et s'est attaché à montrer ce qu'était l'homme dans une série de traits et d'anecdotes caractéristiques, plusieurs orateurs ont pris la parole pour retracer l'œuvre scientifique du grand physiologique. M. Dastre, qui fut lui aussi parmi les élèves immédiats de Claude Bernard, a passé rapidement en revue les points principaux de son œuvre immense et féconde. « L'œuvre du maître, a-t-il dit en terminant, n'a pas été atteinte. Deux générations ont passé, deux révolutions se sont accomplies qui ont changé la face des sciences biologiques et que résument les noms illustres de Darwin et de Pasteur. Ce long espace de temps et ces grands changements ont détourné vers d'autres problèmes l'attention du grand public et peut-être du public médical. Ils n'ont en rien altéré l'œuvre du maître; la doctrine subsiste, vérifiée et confirmée. L'édifice est debout, intact. La faveur lui reviendra. La mémoire de Claude Bernard peut attendre. Elle n'en est pas à un centenaire près. »

M. Henneguy a étudié l'influence de Claude Bernard sur l'évolution de l'embryogénie, et il a notamment protesté contre le reproche adressé parfois au maître d'avoir été trop exclusivement physiologiste. Il suffit pour démontrer l'inanité de ce reproche de rappeler cette déclaration de la *Physiologie générale* : « L'anatomie seule peut rendre compte des manifestations physiologiques parce qu'elles sont l'expression directe des propriétés de la matière organisée et de la contexture plus ou moins complexe des organismes vivants. »

Nous voudrions, si la place ne nous manquait malheureusement, reproduire en entier le merveilleux discours où M. Henri Bergson a exposé l'influence de Claude Bernard sur les tendances intellectuelles de son époque; nous nous bornerons donc à en citer l'important passage suivant, combien suggestif! « Il s'en faut que, même aujourd'hui, la méthode de Claude Bernard soit toujours comprise et pratiquée comme elle devait l'être. Cinquante ans ont passé sur son œuvre; nous n'avons jamais cessé de la lire et de l'admirer : avons-nous tiré d'elle tout l'enseignement qu'elle contient?

Un des résultats les plus clairs de cette analyse devrait être de nous apprendre qu'il n'y a pas de différence entre une observation bien prise et une généralisation bien fondée. Trop souvent nous nous représentons l'expérience comme destinée à nous apporter des faits bruts : l'intelligence s'emparant de ces faits, les rapprochant les uns des autres, s'élèverait ainsi à des lois de plus en plus hautes. Généraliser serait donc une fonction, observer en serait une autre. Rien de plus faux que cette conception du travail de synthèse, rien de plus dangereux pour la science et pour la philosophie. Elle a conduit à croire qu'il y avait un intérêt scientifique à assembler des faits pour rien, pour le plaisir, à les noter paresseusement et même passivement, en attendant la venue d'un esprit capable de les dominer et de les soumettre à des lois. Comme si une observation scientifique n'était pas toujours la réponse à une question, distincte ou confuse! Comme si des observations notées passivement à la suite les unes des autres étaient autre chose que des réponses décousues à des questions posées au hasard! Comme si le travail de généralisation consistait à venir, après coup, trouver un sens plausible à ce discours incohérent! La vérité est que le discours doit avoir un sens tout de suite ou bien alors il n'en aura jamais. La signification pourra changer à mesure qu'on approfondira davantage les faits, mais il faut qu'il en ait une d'abord. Généraliser n'est pas utiliser, pour je ne sais quel travail de condensation, des faits déjà recueillis, déjà notés. La synthèse est tout autre chose. C'est moins une opération spéciale qu'une certaine force de pensée, la capacité de pénétrer à l'intérieur d'un fait qu'on devine significatif et où l'on trouvera l'explication de beaucoup d'autres. Bref, l'esprit de synthèse n'est qu'une plus haute puissance de l'esprit d'analyse.

Cette conception de la recherche scientifique diminue singulièrement la distance que nous avons coutume de nous représenter entre le maître et l'apprenti. Elle ne nous permettra plus de distinguer deux catégories de chercheurs, dont les uns ne seraient que des manœuvres tandis que les autres auraient pour mission d inventer. L'invention devra être partout, jusque dans la plus humble recherche de fait, jusque dans l'expérience la plus simple. Là où il n'y a pas un effort personnel, et même original, il n'y a même pas un commencement de science. Telle est la grande maxime pédagogique qui se dégage de l'œuvre de Claude Bernard. »

La cérémonie de mardi a été, nous le répétons, vraiment belle, et telle que le grand esprit auquel elle était consacrée eût pu la souhaiter.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de pathologie interne (1), par MM. DEBOVE, doyen honoraire de la Faculté de médecine, et A. SALLARD, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Cette seconde édition du *Précis de pathologie interne* de MM. Debove et Sallard nous paraît réaliser sur la première un très grand progrès. Comme le fait se produit fréquemment, la complexité croissante des questions médicales ont contraint les auteurs à transformer l'unique petit volume primitif en deux volumes assez copieux (945 et 1025 pages) mais extrêmement substantiels. Grâce à une concision rigoureuse mais ne nuisant jamais à la clarté, ils renferment, en raccourci, toutes les notions essentielles qui doivent meubler la mémoire de l'étudiant et rafraîchir celle du praticien. Nous y avons trouvé la claire mise au point des chapitres très divers que

(1) Deuxième édition entièrement refondue. 2 forts in-18 colombier d'ensemble 2000 pages, contenant de nombreuses figures dans le texte et 4 planches en chromolithographie hors texte. — Prix : 24 francs. — Paris, J. Lamarre et Cie.

les recherches de ces dernières années ont plus ou moins profondément remaniés, tels que : l'aphasie, la paralysie infantile (maladie de Heine-Medin), les méningites, l'hystérie, les arythmies cardiaques, l'exploration de l'estomac (radioscopie), les cirrhoses et les néphrites (nouvelle classification), l'insuffisance surrénale (insuffisance aiguë), la syphilis (traitement moderne), etc., etc. Enfin des maladies rares comme la fièvre de Malte, la maladie du sommeil, mais, ayant du fait de l'actualité, spécialement attiré l'attention du monde médical, ont fait l'objet de descriptions aussi détaillées que le permet le cadre d'un ouvrage élémentaire. La thérapeutique de chaque maladie est esquissée en quelques traits assez précis pour que le praticien y puisse trouver les renseignements essentiels.

Ce livre par sa clarté, sa méthode et sa précision, est donc appelé à rendre les plus grands services.

COURTOIS-SUFFIT.

La Vie d'étudiant (1), par le docteur CABANÈS.

Dans une quatrième série des mœurs intimes du passé, le docteur Cabanès consacre un volume à la *Vie d'étudiant*, depuis les origines remontant au moyen âge jusqu'à nos jours. C'est un tableau pittoresque, mouvementé, de la vie de ces jeunes gens, c'est un récit fortement documenté de l'existence corporative et surtout individuelle des escholiers, de leurs coutumes, de leur genre de vie, de leur travail, de leur façon de se loger, de s'habiller, de leurs jeux et divertissements.

Nous y voyons passer successivement les étudiants du moyen âge, de la Renaissance, ceux qui vivaient au temps de Molière, au temps de Voltaire, les étudiants à la fin du règne de Louis XV. M. Cabanès, au cours de cette étude, nous décrit les premiers musées anatomiques, nous parle des femmes du monde aux cours de médecine, des succès du fameux baquet de Mesmer.

Puis viennent les étudiants du premier Empire, sous la Restauration, en 1830, et enfin la vie d'étudiant de Murger à nos jours.

Pour les étudiants de nos jours, comme nous partageons l'avis de notre ami Cabanès, quand, après avoir parlé des associations de la jeunesse, de l'union française, des syndicats, etc., il nous dit :

« L'étudiant actuel est dépourvu, il faut bien le dire, d'originalité, d'individualité; la jeunesse des écoles n'est plus révolutionnaire, elle est syndicaliste ou plutôt syndiquée pour la défense de ses intérêts corporatifs. Où sont les temps héroïques! Groupés dans une association générale qui fonctionne aussi régulièrement qu'une chambre de notaires ou d'avoués, nos étudiants ont des ambitions politiques et traitent d'égal à égal avec les pouvoirs publics... Ce sont là, ajoute M. Cabanès, des symptômes de bon augure. Le retour de la jeunesse à une conception plus réaliste, plus sérieuse de la vie n'est pas pour nous déplaire. Cette sagesse réfléchie est évidemment préférable à une dissipation joyeuse; et cependant, au risque de passer pour un impénitent *laudator temporis acti*, nous regrettons le temps où, moins disciplinée, plus ardente, plus généreuse, la jeunesse se passionnait pour les nobles causes de la littérature ou de l'art, sans souci des conséquences qu'aurait pour son avenir une intempérance de langage ou une exubérance d'action, le temps où elle avait d'autres horizons que ceux d'une charge à occuper ou d'une fonction à remplir. »

Où est le temps où nous nous passionnions pour Hugo, Musset, pour la Pologne ? C'était un bien bon temps. Les étudiants d'aujourd'hui, dans une quarantaine d'années, en diront-ils autant de l'époque actuelle ? A. BROCHIN.

(1) Paris, Albin.

Traité médico-légal des accidents du travail [2e édition] (1), par les docteurs OLLIVE et LE MEIGNEN.

Bien qu'en vigueur depuis quinze ans, la loi de 1898 sur les accidents du travail rencontre encore, chaque jour, dans son application, de nombreuses difficultés, tant médicales que juridiques.

La tarification légale de l'indemnité reposant sur une classification des accidents d'après leur nature, les contestations qui résultent de l'application de la loi revêtent fréquemment, de ce fait, un caractère bien plus médical que juridique, et c'est du médecin chargé d'éclairer le tribunal que dépend souvent, autant et plus que de la loi, le gain ou la perte du procès. Nul ne peut donc vraiment s'occuper en pratique d'accidents du travail s'il n'est très au courant des notions médicales et juridiques soulevées par les différents problèmes qui pourront se présenter à son examen.

MM. Ollive et Le Meignen ont été les premiers à donner aux médecins un traité contenant à la fois ces deux notions indispensables. Le succès de la première édition de leur ouvrage en a attesté la grande utilité. Dans cette deuxième édition, dont la riche documentation s'est encore augmentée des travaux et des jugements les plus récents, les auteurs étudient en trois parties l'accident et ses suites immédiates ; ses suites plus éloignées : les complications des traumatismes et, enfin, le résultat définitif de l'accident.

Dans la première partie sont envisagés les faits visés par la loi, les limites de la loi du 9 avril 1898, la discussion de faits d'interprétation difficile, la déclaration de l'accident, l'établissement du premier certificat, la mort dans le travail.

Dans la deuxième partie sont étudiés l'influence de l'état antérieur de la victime, les états pathologiques posttraumatiques, les relations des traumatismes avec les infections, les tumeurs, l'influence des accidents sur les divers appareils respiratoire, digestif, circulatoire, génito-urinaire, nerveux, sur les os et les articulations, etc.

Le rôle du médecin, sa responsabilité, le tarif des honoraires médicaux y sont également exposés. La troisième partie traite de la consolidation de la blessure, de l'expertise médico-légale, de la simulation, de l'incapacité permanente, de son évolution, de la revision, enfin, des accidents oculaires.

L'ouvrage se termine par l'énoncé des lois du 9 avril 1898, du 30 juin 1899, de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

On comprend par cette énumération quelle est l'importance de l'ouvrage que nous offrent MM. Ollive et Le Meignen et quelle documentation il comporte. COURTOIS-SUFFIT.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Endoscopie recto-colique. Rectoscopie, sigmoïdoscopie, par R. BENSAUDE, médecin des hôpitaux de Paris. Monographie n° 73 de l'*Œuvre médico-chirurgical*. Une broch. gr. in-8 de 42 pages, avec 43 fig dans le texte. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

Le Développement physique de l'enfant. Etude sommaire des principaux éléments de la croissance normale du corps de l'enfant, par le docteur Lucien MAYET, chargé du cours d'anthropologie à l'Université de Lyon. Deuxième édition. In-8 de 40 pages avec 12 fig. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, A. Poinat.

(1) In-8° de 628 pages. — Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (25 nov. 1913.) Numéro consacré à la mémoire de Just Lucas-Championnière.

Marseille médical. — (N° 22, 15 nov. 1913.) J. PLANCHE : La formule hémoleucocytaire et la rate au point de vue expérimental. — ANASTAY : Le pain des diabétiques.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 46, 18 nov. 1913.) WEBER : Sur l'enregistrement de la pression de l'oreillette droite, et sur la valeur du cardiogramme œsophagien pour l'explication du pouls jugulaire. — ANITSCHKOW : Sur le dépôt expérimental de cholestérine et les amas de cellules xanthomateuses dans le tissu conjonctif sous-cutané du lapin. — EICHHOLZ : Nouveau procédé prophylactique contre l'anaphylaxie. — VEILL : Contribution à l'étude de l'artérite oblitérante. — PAGENSTECHER : Sur l'identité pratique du radium et des rayons X. — SALIS : Traitement heureux par l'adrénaline de l'ostéomalacie récidivante. — TRÜMMER : Sur l'ortizon. — MAGNUS et DE KLEIJN : Un nouveau cas de réflexe tonique du cou chez l'homme. — GULAT-WELLENBURG : Un cas extraordinaire de rumination humaine. — DÖLLNER : Un nouveau tableau pour l'estimation de l'acuité visuelle et la réfraction des analphabets. — FRIEDRICH : Dans les hôpitaux militaires grecs à Salonique et Athènes après la deuxième guerre balkanique. — HERXHEIMER : Sur la leucémie à lymphoblastes et à myéloblastes. — (N° 47, 25 nov.) PAYR : Sur la prophylaxie et le traitement des adhérences péritonéales. — PÄSSLER : Les diathèses sont-elles des anomalies constitutionnelles ? — OPENCHOWSKI : Sur le diagnostic de la localisation du cancer de l'estomac. — SCHICK : La réaction cutanée à la toxine diphtérique de l'homme comme moyen d'épreuve du traitement prophylactique par l'injection de sérum antidiphtérique. — FRITSCH : Traitement radioscopique des lymphomes tuberculeux du cou. — KOCH : Sur le sérum des convalescents de scarlatine. — FUNK : Diète et traitement par la diète au point de vue de la doctrine de la vitamine. — DUNZELT : Numération différentielle des globules blancs dans la chambre de l'hématimètre. — HEINZ : Le diogénal, un dérivé bromuré du véronal. — BOAS : Deux cas de réinfection après le traitement par le salvarsan et le mercure. — BAEYER : Traitement mécanique de l'ataxie tabétique. — BARDACH : Sur l'emploi thérapeutique d'injections intraveineuses d'arthigon. — BUFE : Expériences avec l'uréabromin dans la déalcoolisation. — FRANKHAUSER : Traitement d'une brûlure étendue par l'air chaud. — BACHEM : Un succédané conservable de la teinture d'iode, sous forme solide. — CIMBAL : Prophylaxie des intoxications par les hypnotiques.

Presse médicale. — (N° 92, 12 nov. 1913.) H. ROGER : Quelques considérations sur les bactéries de l'intestin. — Paul GALLOIS : Le traitement prophylactique local de la tuberculose. — GUICHEMERRE : Urétrite chimique compliquée de cystite et d'épididymite double. — (N° 93, 15 nov.) A. CHAUFFARD : Pathogénie de la lithiase biliaire. Rôle de l'hypercholestérinémie. — Ch. NICOLLE, A. CONOR et E. CONSEIL : Les méthodes de vaccination antityphoïdique de l'Institut Pasteur de Tunis. — (N° 94, 19 nov.) L. LANDOUZY : Erythème noueux et septicémie à bacilles de Koch. — P. LECÈNE : Volumineuse hernie inguinale irréductible avec sténose de l'intestin grêle et kyste du mésentère. — (N° 95, 22 nov.) Auguste BROCA : Coxa vara de l'adolescence. — R. DEBRÉ et Jean PARAF : Coagulation massive du liquide céphalo-rachidien déterminé par une méningite bacillaire. — H. ROZIÈS : Le traitement des plaies suppurantes par la douche à air chaud. — (N° 96, 26 nov.) J. BOSC : Les protozoaires du cancer et leur culture. — (N° 97, 29 nov.) G. MAHU : Traitement des mastoïdites aiguës. Trépanation mastoïdienne.

Progrès médical. — (N° 47, 22 nov. 1913.) A. BERGÉ et Paul PERNET : Urémie à forme tétanique. — LIAN : De la tachycardie par hypertension. — (N° 47 *bis*, 27 nov.) LŒPER : Sialorrhée et ptyalomanie chez les gastropathes. — F. RAMOND et Jacques DURAND : Les névralgies du plexus brachial. — (N° 48, 29 nov.) Ch. ROUBIER : Les médications coagulantes.

Province médicale. — (N° 46, 15 nov. 1913.) R. PIERRET (de Lille) : Les glycosuries symptomatiques. — L. JAUBERT : La cure solaire et marine de la péritonite tuberculeuse. — (N° 47, 22 nov.) BRAU-TAPIE (de Pau) : La méthode de Bülau appliquée au traitement des pleurésies purulentes. — (N° 48, 29 nov.) Pierre MERLE (d'Amiens) : Ataxie aiguë à guérison rapide (magma albumineux d'origine cytolytique obtenu par ponction lombaire). — MAUREL (de Toulouse) : Influence comparée du père et de la mère sur le nouveau-né. Angelo DE DOMINICIS (de Milan) : Quelques expériences de reviviscence.

Revue de chirurgie. — (N° 11, 10 nov. 1913.) BROCQ : Le traitement sanglant des ankylomes vicieuses du genou (5 fig., *fin*). — BOURCART : Estomac biloculaire avec torsion de la poche musculaire (9 fig.).

Revue de médecine. — (N° 11, 10 nov. 1913.) BRET et BLANC-PERDUCET : La tuberculose rénale fermée à forme de mal de Bright. — S. BONNAMOUR et A. BADOLLE : Le syndrome ostéomalacique. Ses différentes causes. — F.-F. MARTINEZ : Un cas de pneumothorax tuberculeux bilatéral.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 4., 1er nov. 1913.) LE MÉE : Un cas de myome intra-sinusal du maxillaire supérieur. — HALPHEN : Quelques considérations sur les tumeurs du nerf auditif. — (N° 45, 8 nov.) Robert FOY : Le bégaiement ; nouveaux essais pathogéniques et thérapeutiques — (N° 46, 15 nov.) Robert FOY : Le bégaiement ; nouveaux essais pathogéniques et thérapeutiques (*suite*). — (N° 47, 22 nov.) Robert FOY : Le bégaiement ; nouveaux essais pathogéniques et thérapeutiques (*fin*).

Revue médicale de l'Est. — (N° 21, 1er nov. 1913.) S. RÉMY : L'accouchement prématuré doit-il être conservé dans la thérapeutique des bassins rétrécis ? — G. THIRY : Règles essentielles d'hygiène auxquelles il convient de soumettre l'autorisation de construction et de fonctionnement d'une usine d'incinération des ordures ménagères (*fin*).

Revue neurologique. — (N° 21, 15 nov. 1913.) Mariano R. CASTEX : Un nouveau réflexe chez un sujet présentant un syndrome cérébelleux. — LANGELAAN : Sur un cas d'hémiatrophie faciale avec signe d'Argyll-Robertson contralatéral. — PERELMANN : Procédé rapide pour la coloration combinée des fibres à myéline et des cellules nerveuses.

Semaine médicale. — (N° 45, 5 nov. 1913.) R. DE BOVIS : Le concept des endométrites chroniques et le curettage. — (N° 46, 12 nov.) L. CHEINISSE : Le gastrospasme. — (N° 47, 19 nov.) Marcel BAUDOUIN : Un nouveau craniopage vivant, Emi-Lisa-Stoll. — (N° 48, 26 nov.) F. LEJARS : Les fausses lithiases biliaires.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 21, 15 nov. 1913.) COLLEVILLE : Sur un cas de purpura primitif.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 49, 4 déc. 1913.) PRIBRAM et STEIN : Sur la réaction aux infections des organes leucopoïétiques des lymphatiques. — KREIBICH : Iritis et Arthigon. — SACHE : Sur l'emploi de l'urotropine en dermatologie. — KRAUS : Fièvre, seul symptôme de syphilis latente. — HERTZ et BROKMAN : Sur la présence de ferments hépatolytiques au cours des infections hépatiques. — DORI : Recherches sur les échanges dans une leucémie myéloïde chronique traitée par le benzol. — ORTHNER : Traitement postopératoire par l'air chaud.

Le Directeur-gerant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 10 francs par an.
Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Fondation Paul Segond. — Extrait du procès-verbal de la séance du 11 décembre 1913 du conseil de la Faculté :

M. le doyen lit la lettre par laquelle le notaire de la Faculté annonce la donation faite à la Faculté en souvenir de M. le professeur Paul Segond.

M. le secrétaire donne lecture de l'acte de donation.

M. le doyen demande le vote d'acceptation provisoire (adopté à l'unanimité) et propose d'adresser les remerciements du conseil à Mme Paul Segond et aux souscripteurs.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — Un congé, du 1er décembre 1913 au 28 février 1914, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Testut, professeur d'anatomie.

— Nancy. — M. Gross, doyen, est nommé doyen honoraire.

M. Meyer, professeur de physiologie, est nommé doyen pour trois ans, à partir du 22 novembre 1913.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — M. Boutron, professeur de pharmacie, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1913-1914, des fonctions de chef de travaux de chimie, en remplacement de M. Veillon, démissionnaire.

— Poitiers. — M. Boucheric, docteur en médecine, licencié ès sciences, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de la Marine. — *Au grade de commandeur.* — M. le médecin général de deuxième classe Couteaud.

Au grade d'officier. — MM. les médecins en chef de deuxième classe Plagneux et Arène.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de première classe Carrère, Denier, Balcam, Robin, Gachet, Chemin, Ségalen et Maninc-Hitou.

Grande chancellerie. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Branthomme, médecin de la maison d'éducation de la Légion d'honneur à Ecouen, et Dubourg, chirurgien honoraire des hôpitaux de Bordeaux.

HOPITAL CIVIL DE PHILIPPEVILLE. — Un concours sera ouvert à Alger, le 15 juin 1914, pour une place de chirurgien adjoint à l'hôpital civil de Philippeville.

Les candidats devront se faire inscrire, à la préfecture de Constantine, avant le 15 mai 1914.

LONGÉVITÉ DES MÉDECINS. — Sur 1 732 médecins célèbres, de l'antiquité à nos jours, dont il a été possible de relever exactement les dates des naissances et de décès, il a en effet été trouvé :

Décès à l'âge de	25 à 35 ans,	88,	soit environ	5	p. 100.
—	35 à 45 —	122,	—	7	—
—	45 à 55 —	270,	—	15,6	—
—	55 à 60 —	173,	—	10	—
—	60 à 65 —	199,	—	11,5	—
—	65 à 70 —	229,	—	13,2	—
—	70 à 80 —	426,	—	24,6	—
—	80 à 90 —	205,	—	11,9	—
	au-dessus de 90 —	20,	—	11,8	—

Ainsi, il y a environ 37 p. 100 (plus du tiers des médecins), morts après soixante-dix ans. On peut donc en conclure, dit la *Gazette médicale de Paris* qui publie cette curieuse statistique, que l'activité cérébrale est en proportion de la vitalité physique du corps; qu'il y a rapport direct entre le physique et le moral. On ne peut admettre que c'est parce que ces hommes ont vécu longtemps, qu'ils ont produit et par suite ont eu plus de chances de passer à la postérité; en effet, pour la grande majorité, la réputation était faite de quarante à soixante ans (un tiers mourut avant cette limite).

La même recherche effectuée pour 472 médecins apparte-

nant à la période s'étendant de 1820 à notre époque a donné des résultats analogues comme le montre le tableau suivant :

De 35 à 45 ans,	15,	soit environ	3,1 p. 100
45 à 55 —	62,	—	13,1 —
55 à 60 —	50,	—	10,6 —
60 à 65 —	65,	—	13,7 —
65 à 70 —	75,	—	15,8 —
70 à 80 —	133,	—	28 —
80 à 90 —	67,	—	13,8 —
au-dessus de 90 —	5,	—	10,5 —

Donc, plus de 42 p. 100 au-dessus de soixante-dix ans.

Il est à noter que les longévités sont à peu près les mêmes dans toutes les nations.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Eugène Guillet, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Caen, membre correspondant de la Société de chirurgie, chevalier de la Légion d'honneur. Nous adressons nos bien vives condoléances à son fils, M. Pierre Guillet, externe des hôpitaux de Paris. — de M. le docteur Biaute, médecin en chef de l'asile départemental de Nantes.

CONGRÈS

CONGRÈS DES PRATICIENS (PARIS, PAQUES 1914). — Le Comité de vigilance, issu des précédents congrès, a décidé, de concert avec l'Union des Syndicats médicaux, qu'une nouvelle assemblée nationale des médecins praticiens de France se tiendrait à Paris en avril 1914.

Il explique dans un manifeste les motifs de cette décision :

« ...De même qu'en 1907, les praticiens menacés dans leurs droits par la création du certificat d'études médicales supérieures, se levèrent en masse et firent une manifestation éclatante, de même, cette année, devant le danger d'une fonctionnarisation qui serait la fin de la profession médicale, nous devons prendre les mesures de résistance.

C'est le but du Congrès auquel nous vous invitons à prendre part... »

« ...Depuis des années, lentement mais continuement, en matière de médecine sociale et d'hygiène publique, l'Etat, la mutualité, les grandes collectivités, marchent dans une voie qui aboutit cette fois au fonctionnariat et au salariat médical.

Un récent décret (1er juillet 1913), édicté à la suite de débats parlementaires qui le commentent, ne laisse aucun doute sur les intentions des pouvoirs publics. Ce décret institue une commission pour tarifier les honoraires médicaux dans la mutualité, les assurances, l'assurance médicale gratuite. On parle déjà de médecins « agréés ».

La tentative est donc précise. Elle marque la volonté d'engager notre profession vers la médecine d'Etat, d'un Etat dont nous serions les agents.

S'opposer à la réalisation de pareilles tentatives, voilà aussi le but du Congrès... »

« ... Besogne de protestation : critique des institutions actuelles; besogne positive d'organisation de l'hygiène publique avec la collaboration des groupements médicaux, c'est-à-dire de tous les médecins, voilà l'objet du Congrès... »

La cotisation est portée à dix francs. Adresser les souscriptions au docteur Quidet, trésorier, 54, rue Bonaparte.

COURS ET CONFÉRENCES

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — LEÇONS SUR LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. — M. le docteur Henri Claude, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera ses leçons sur les maladies du système nerveux, avec présentation de malades, le dimanche 11 janvier 1914 à dix heures, et les continuera les dimanches suivants à la même heure à l'amphithéâtre de la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine (rue de Chaligny).

HOPITAL LAENNEC. — SERVICE DE TUBERCULEUX. — M. le docteur Léon Bernard, agrégé, fera à l'amphithéâtre de la clinique médicale une série de douze leçons sur *les bacilloses atypiques des organes respiratoires.*

Les leçons auront lieu le lundi, à dix heures, à partir du lundi 12 janvier 1914.

Programme des leçons. — 1. Les processus généraux de la bacillose de Koch (lésions folliculaires et non folliculaires; formes typiques et atypiques. — 2. Asthme. — 3. Emphysème. — 4. Bronchite chronique et bronchectasie. — 5. Congestions pleuro-pulmonaires, — 6. Pneumonies et bronchopneumonies. — 7 et 8. Pleurésies. — 9. Adénopathie trachéo-bronchique. — 10. Diagnostic et pronostic généraux des formes atypiques de la bacillose des organes respiratoires. — 11. Les étapes de l'infection bacillaire des organes respiratoires. — 12. Conclusions générales de prophylaxie et de thérapeutique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONFÉRENCES DE MÉDECINE LÉGALE. — M. Paul Ribierre, agrégé, commencera ses conférences le mardi 6 janvier 1914, à six heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera tous les jours suivants, à la même heure (jeudis exceptés).

Sujet du cours. — Mariage, impuissance, grossesse, accouchement, avortement criminel, attentats aux mœurs, principaux empoisonnements, gaz toxiques, anesthésiques.

CONFÉRENCES SUR LA PHYSIOLOGIE DU TRAVAIL. — M. le docteur J.-P. Langlois, agrégé, commencera une série de conférences sur la physiologie normale et pathologique du travail le mercredi 7 janvier 1914, à cinq heures, à l'amphithéâtre du laboratoire des travaux pratiques de physiologie, et la continuera les mercredis et vendredis suivants.

Des démonstrations pratiques seront faites à l'occasion des conférences.

Sujet des conférences. — Fonctionnement normal du moteur animé. — Etude des causes perturbatrices de ce fonctionnement.

Causes extérieures; modifications physiques du milieu ambiant; chaleur, humidité, pression; modifications chimiques du milieu ambiant : air confiné, vapeurs et gaz toxiques.

Causes intérieures; modifications physiologiques : âge, grossesse, allaitement; modifications pathologiques : affections chroniques, tuberculose, arthritisme, cardiopathie, misère physiologique.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — CONFÉRENCES PRATIQUES D'OPHTALMOLOGIE. — Le docteur Poulard commencera la première série de ses conférences d'ophtalmologie pratique le lundi 19 janvier 1914, à trois heures, et les continuera les mercredi, vendredi et lundi de chaque semaine, à la même heure, dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital Necker-Enfants-Malades.

Ces conférences sont destinées aux étudiants et aux médecins praticiens. Elles portent sur les maladies des yeux que tout médecin doit connaître et sur les soins d'urgence.

Elles sont gratuites.

Pour faciliter l'organisation de ces conférences, il est préférable de s'inscrire auprès du docteur Offret, assistant du service.

CLINIQUE NATIONALE OPHTALMOLOGIQUE DES QUINZE-VINGTS. — CONFÉRENCES D'OPHTALMOLOGIE. — Les médecins de la Clinique nationale des Quinze-Vingts commenceront le mardi 13 janvier 1914 des leçons cliniques qui se poursuivront pendant la période scolaire.

Les leçons seront faites successivement tous les mardis, à une heure et demie, par les quatre médecins de la Clinique, les docteurs Chevallereau, Vatude, Kalt et Chaillous.

Consultations et opérations tous les jours, à une heure.

LA SÉROTHÉRAPIE DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

Par M. A. RODET,
Professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* connaissent par un article de M. Vincent (21 oct. 1913) la « vaccinothérapie » de la fièvre typhoïde. Il me paraît nécessaire de leur rappeler qu'il existe un autre traitement spécifique, et que la fièvre typhoïde est justiciable aussi de la méthode qui a donné de si brillants résultats dans la diphtérie et la méningite cérébro-spinale, c'est-à-dire de la sérothérapie. En principe, ne doit-on pas plus attendre du traitement par un sérum que de cette méthode un peu paradoxale qu'est la vaccinothérapie ? N'est-il pas plus sage de fournir au malade, sous la forme de sérum, des produits réactionnels de divers ordres, antibacillaires ou antitoxiques, empruntés à un sujet immunisé, que d'introduire, dans cet organisme déjà envahi par le bacille d'Eberth et ses produits toxiques, un surcroît de bacilles ou de principes bacillaires? M. Vincent lui-même s'exprime ainsi dans son article : « Il peut paraître paradoxal de soigner une maladie infectieuse par l'inoculation du microbe lui-même de cette affection » ; et plus loin : « Il est bien évident que cette méthode thérapeutique (*vaccinothérapie*) n'offre pas l'efficacité ni même la sécurité que donnerait une sérothérapie rationnelle » (la plume de M. Vincent a très certainement dépassé sa pensée lorsqu'il a ajouté : « si celle-ci existait »). La théorie doit, il est vrai, céder devant les faits ; or, en fait, les résultats de la vaccinothérapie ne sont pas tels qu'on soit autorisé à y voir le traitement spécifique définitif de la fièvre typhoïde. Les jugements de ceux qui l'ont pratiquée sont discordants, et certains de ses partisans eux-mêmes font maintenant d'expresses réserves. La vaccinothérapie ne mérite donc pas d'absorber l'attention au détriment de la sérothérapie. Des recherches expérimentales, commencées depuis de longues années, poursuivies avec la collaboration de Lagriffoul, complétées par des essais thérapeutiques, m'ont amené à être un partisan convaincu du traitement de la fièvre typhoïde par le sérum spécifique.

Le problème a été abordé par quelques autres. On sait que Chantemesse, le promoteur de la méthode, avait jadis annoncé des résultats favorables ; on sait aussi qu'il paraît avoir abandonné cette voie, laissant le sérum pour le vaccin. Je dois citer encore, comme s'étant occupés plus récemment de cette question : en France, Besredka ; à l'étranger, Kraus et Stenitzer à Vienne, Mac Fadyean en Angleterre. Mais je veux surtout insister sur les faits qui me sont personnels.

Les modes de préparation du sérum antityphique ont été beaucoup variés. Cependant, on peut dire que l'objectif général a été de chercher à obtenir un sérum autant que possible antitoxique. Pour des raisons diverses, qu'il serait trop long d'exposer ici, on a pensé que c'était plus une action antitoxique qu'une action antiinfectieuse qu'il fallait demander à un sérum antityphique. On s'est heurté là à une grosse difficulté. On a vu, dès les premiers essais, qu'il était fort difficile de préparer avec le bacille d'Eberth un sérum antitoxique : l'école de Pfeiffer a même soutenu que le poison typhique (d'après elle, une endotoxine et non une toxine) était hors d'état de provoquer dans l'organisme animal la formation d'une antitoxine. Cependant, un certain nombre d'expérimentateurs ont affirmé qu'il était possible d'obtenir un sérum capable de neutraliser, au moins partiellement, les poisons du bacille d'Eberth ; c'est aussi la thèse que j'ai défendue avec Lagriffoul. Pfeiffer lui-même a dû reconnaître, d'après des expériences personnelles de contrôle faites avec le sérum de Besredka, que celui-ci était apte à protéger le cobaye, dans une assez large mesure, contre l'intoxication typhique expérimentale.

Le sérum que je préconise est fourni par des chevaux immunisés au moyen d'injections intraveineuses de cultures vivantes de bacille d'Eberth. Je n'insiste pas sur le détail de cette immunisation ; je dirai seulement que le traitement est délicat à conduire, qu'il ne doit pécher, ni par défaut, au risque de donner un sérum trop faible, ni par excès, au risque de vaincre la tolérance de l'animal ou même de faire baisser la qualité du sérum en y faisant apparaître des propriétés nuisibles : le traitement doit être, pour ainsi dire, « à point ».

A un certain stade de l'immunisation, les chevaux fournissent un sérum efficace. Je cherche le critérium expérimental de son efficacité dans une épreuve pratiquée sur le cobaye de la manière suivante : le sérum est injecté sous la peau ; puis, le lendemain, ou après quelques heures, les sujets reçoivent dans les veines (ou dans le cœur) une dose plus que mortelle de bacilles typhiques vivants ou morts. Pour protéger le cobaye dans ces conditions, le sérum doit être antitoxique. Objectera-t-on que cette épreuve est sans valeur et qu'il faudrait éprouver le sérum à l'égard d'une maladie expérimentale identique à la fièvre typhoïde ? Je répondrai qu'on ne fait pas mieux pour le sérum antidipthérique ; pour le titrage de ce sérum, on ne fait pas une diphtérie expérimentale, on se borne à constater que le sérum neutralise la toxine. D'ailleurs, la valeur du critérium que j'ai adopté est établie par le rapprochement entre les résultats de l'épreuve expérimentale et les effets thérapeutiques observés chez l'homme.

Voici maintenant, d'une façon concise, l'état actuel de l'application de mon sérum au traitement de la fièvre typhoïde. Ces essais, commencés en 1907, ont été poursuivis dans différents hôpitaux, surtout à Montpellier et à Lyon. En y joignant quelques cas de la pratique privée, j'ai pu réunir à ce jour 206 observations. Il ne s'agit pas d'une série limitée, pouvant être plus ou moins heureuse, mais de cas répartis sur plusieurs années et observés dans des lieux très divers et dans des conditions très variées, autorisant mieux par conséquent une conclusion.

Le sérum a toujours été donné en injections sous-cutanées. La plupart des malades ont été traités en même temps par le sérum et par les bains froids ou tièdes ; il n'est pas impossible néanmoins d'apprécier les effets du sérum, par comparaison avec les

cas traités par la seule balnéation. Quelques malades ont été soumis à la sérothérapie, sans autre traitement que les médications banales.

Chez la plupart des malades (160) le sérum a été donné dans les dix à onze premiers jours, comptés à partir du début de la période fébrile, c'est-à-dire non compris les prodromes lorsqu'il y en avait eu (*traitement précoce*).

La dose de sérum, pour la première injection, très faible lors des premiers essais (2 à 3 centimètres cubes) n'a pas tardé à être portée à 5 centimètres cubes, plus tard à 10 centimètres cubes, et enfin à 15 centimètres cubes. Un certain nombre de malades n'ont reçu qu'une injection, la plupart deux ou trois, exceptionnellement davantage, les injections successives étant rarement quotidiennes, plus souvent séparées par des intervalles de deux, trois, quatre jours, et les doses ne dépassant jamais celle de la première injection et lui étant généralement inférieures.

La première injection n'est pas habituellement suivie de modifications immédiates dans l'état du malade. On ne constate pas le stade de « réaction » dont a parlé Chantemesse, ni un surcroît de température, ni un gonflement de la rate. A considérer les symptômes saillants et particulièrement la courbe de température, il y a une sorte de *phase latente*. Mais bientôt, c'est-à-dire de un à trois jours, plus habituellement trente-six à quarante-huit heures après la première injection de sérum, *dans la majorité des cas de traitement précoce*, une amélioration commence à se dessiner. C'est un fléchissement d'abord faible de la température, qui s'accentue les jours suivants; dans les cas les plus favorables, c'est le début d'une défervescence qui aboutit en six à huit jours à l'apyrexie; d'autres fois, la défervescence est plus lente, mais encore en pente régulière. Dans quelques cas, moins fréquents, une phase d'abaissement assez rapide de la température est suivie d'une période d'oscillations stationnaires à un niveau moyen inférieur au point de départ, ou même parfois d'une recrudescence; on a alors l'impression d'une influence qui se fait sentir pendant quelques jours, puis s'atténue ou s'épuise.

Une amélioration progressive de l'ensemble des symptômes marche de pair avec la défervescence. Tout d'abord, la céphalée s'apaise, le facies devient meilleur, la prostration diminue, le malade dit se sentir mieux. Il est rare que cette détente dans l'état général retarde sur le début du fléchissement de la courbe thermique, tandis que, assez souvent au contraire, elle le précède, et on observe alors une discordance quelquefois remarquable entre la fièvre et l'état général, le malade présentant une véritable euphorie malgré la persistance d'une température élevée. Il faut signaler aussi une modification de la fonction urinaire : même chez des malades non baignés, on a vu une véritable polyurie précéder de plusieurs jours l'apyrexie.

C'est la première injection qui paraît exercer l'action la plus marquée. Assez souvent, cependant, une deuxième injection, deux à quatre jours après la première, a paru accentuer son effet; dans certains cas, la température, ayant d'abord un peu fléchi après la première dose, tendait à se relever, lorsqu'une deuxième injection a été suivie d'une reprise de la défervescence. Ces cas-là sont parmi les plus probants en faveur du sérum. Les troisième et quatrième injections n'ont que rarement paru ajouter aux effets des deux premières.

Finalement, les malades réalisent des modes d'évolution qui, au premier abord, n'ont rien de très frappant, si bien que, en présence d'un cas considéré isolément, on hésiterait à conclure à l'influence du sérum; cependant, bien souvent m'ont été exprimées, même en présence de cas isolés, des « impressions » favorables. Une conclusion plus solide peut être tirée d'un ensemble de cas disparates.

Ce qui caractérise ma statistique, c'est le grand nombre des formes courtes, permettant d'affirmer que la durée moyenne a été abrégée; et c'est surtout la proportion très élevée des cas où le début de la défervescence a suivi de près, et dans un délai quasi constant, l'emploi du sérum. Sur l'ensemble des 160 traitements précoces, c'est, en chiffres ronds, dans trois quarts des cas que la défervescence et l'amélioration générale ont débuté dans les trois premiers jours après la première injection; et dans deux tiers des cas cette défervescence hâtive a été rapide, au moins dans une première phase.

Il n'est pas jusqu'aux cas où une période d'amélioration a été suivie d'une reprise, qui ne témoignent à leur manière, et d'une façon saillante, en faveur du sérum.

Certains échantillons de sérum ont procuré des résultats thérapeutiques nettement plus favorables que d'autres; dans des groupes de malades traités par les meilleurs échantillons, la proportion des cas à défervescence hâtive s'élève à 80, 85 et même 100 p. 100; ce qui permet de conclure que les résultats d'ensemble seraient plus satisfaisants encore, si tous les malades avaient été traités par un sérum d'égale valeur.

Dans cette catégorie du traitement précoce, c'est-à-dire chez les malades traités avant le onzième jour, les complications ont été rares; par contre, on a observé un assez grand nombre de rechutes. La mortalité a varié, suivant les séries, de 5 à 7,35 (en moyenne 6,9). Ce sont là des chiffres globaux et bruts; certains cas de mort (mort subite en pleine convalescence, collapsus chez un cardiopathe, infection secondaire, etc.), d'une signification discutable, grèvent la statistique, et il est clair que, sur un ensemble relativement peu nombreux, quelques unités suffisent à élever beaucoup le pourcentage.

En considérant à part les malades traités avant le neuvième jour, la mortalité s'abaisse à 4,7. Elle est moindre encore (3 p. 100) dans un ensemble de malades traités (même jusqu'au onzième jour) par les échantillons de sérum de meilleure qualité.

Dans la plus grande partie des cas, le diagnostic a été confirmé par la séro-agglutination, mais non toujours. Or, si l'on élimine les cas où le séro-diagnostic, ou n'a pas été fait, ou a donné un résultat négatif, on constate que la proportion des formes courtes, loin de s'abaisser comme ce serait le cas si

elle résultait d'erreurs de diagnostic, s'élève d'une façon très notable.

Pour que le sérum donne tous ses effets, il faut que l'infection typhoïde soit pure de toute infection antécédente ou surajoutée. La coïncidence de la tuberculose, du rhumatisme, une infection secondaire à pyogènes, ont paru plusieurs fois s'opposer à l'action complète du sérum.

Ce sont aussi les localisations exceptionnellement accentuées, telles qu'une broncho-pneumonie ou une bronchite intense, pour lesquelles il faut sans doute souvent faire la part d'infections associées, qui peuvent restreindre l'efficacité du sérum. C'est encore chez les malades à cœur déjà mauvais, avec tachycardie, que lé sérum n'aura pas toute son action, quoiqu'il ne paraisse pas y avoir là une contre-indication. L'hémorragie intestinale est peut-être une contre-indication, mais non l'albuminurie.

Les essais de *traitement tardif* ont été beaucoup moins heureux. Toutefois, ils ne permettent pas encore un jugement; en effet, la plupart des malades traités tardivement l'ont été au début des essais, avec des échantillons de sérum moins bon qu'il n'a été plus tard et avec des doses faibles, sans doute insuffisantes. Sans pouvoir donc juger définitivement la valeur du traitement sérique tardif, je dois néanmoins faire sur lui des réserves, et je me crois autorisé à dire que, pour avoir toute son efficacité, le sérum doit être donné le plus tôt possible, avant le dixième ou onzième jour.

Quelques essais faits à l'étranger avec d'autres sérums, sur une moins large échelle, apportent un appoint à l'efficacité de la sérothérapie antityphique. On a été partout frappé de la fréquence avec laquelle on observe une amélioration dans l'état des malades peu après le début du traitement, et une durée d'évolution au-dessous de la moyenne, lorsque le sérum est administré dans une phase peu avancée de la maladie.

L'utilité de la sérothérapie à titre de traitement précoce (avant le dixième jour, ou mieux dans le premier septénaire) me paraît démontrée; non seulement alors le sérum ajoute aux chances de guérison, mais il abrège habituellement la maladie, changeant les formes sévères en formes moyennes, les formes moyennes en formes légères et pouvant faire avorter les cas bénins.

Pour avoir toute son efficacité, le sérum doit être donné avant la formation des lésions organiques, avant même l'établissement des localisations accentuées; il est efficace dans la phase de septicémie, d'une efficacité minime ou nulle à l'égard des foyers de localisation bacillaire. Pratiquement, on peut objecter que la nécessité de l'emploi précoce limite l'utilité de la sérothérapie antityphique. Il est vrai; mais il en est de même de toute sérothérapie, et, d'ailleurs, dix jours ne constituent-ils pas un délai suffisant pour l'établissement d'un diagnostic au moins de probabilité et par suite pour une utilisation suffisamment large de la méthode?

La posologie a varié beaucoup dans les divers essais; elle n'est donc pas définitivement fixée. Vraisemblablement elle doit différer suivant les sérums. J'estime pour mon compte qu'il vaut mieux donner le plus tôt possible une dose suffisante en une ou deux injections que de répéter beaucoup celles-ci; les injections quotidiennes ne me semblent pas à conseiller. Jusqu'à plus ample informé, la meilleure règle me paraît être celle-ci : faire d'abord une injection sous-cutanée à dose relativement élevée (15 à 20 centimètres cubes); cette première injection peut parfois suffire, mais il y aura souvent avantage à en pratiquer une deuxième (à dose un peu moindre) deux ou trois jours après la première; une troisième, après un égal intervalle, pourra quelquefois être utile. Il est possible que les injections intraveineuses soient plus efficaces que les injections sous-cutanées; je n'en ai encore aucune expérience.

Il ne faut pas s'attendre à des modifications immédiates dans l'état des malades, à un abaissement thermique du genre de ce que peut donner un médicament antipyrétique. Le sérum ne provoque pas une perturbation rapide et passagère, mais exerce une action foncière qui, tout d'abord latente, s'exprime progressivement, et consiste avant tout à raccourcir la période d'état, à hâter la période des oscillations descendantes, à régulariser la défervescence, finalement à atténuer la sévérité des cas et à abréger la maladie.

En résumé, j'estime que la sérothérapie antityphique a fait ses preuves; elle a passé la période d'essais et mérite, associée ou non à la balnéation, d'entrer dans la pratique. Pleinement convaincu de son utilité, je crois de mon devoir de le proclamer.

Quant à la valeur comparative de la sérothérapie et de la vaccinothérapie, je manque sur ce point d'éléments personnels de jugement. Cependant, des documents publiés sur la seconde méthode, il me paraît nettement ressortir que le sérum procure un raccourcissement de la maladie dans une plus forte proportion de cas, et que, par suite, la sérothérapie garde l'avantage, conformément à la théorie. En tout cas, le moins qu'on puisse dire de la sérothérapie est que les deux méthodes méritent d'être étudiées parallèlement.

ALCOOLISME ET DÉGÉNÉRESCENCE

Par M. J. LAUMONIER.

Assez généralement, dans ces dernières années, l'alcool a eu une mauvaise presse; on a mis à son compte tous les méfaits imaginables et, pour beaucoup, il est devenu le grand, presque l'unique facteur des innombrables tares, physiques, psychiques et sociales, qui affligent l'humanité. Il semble même qu'on ait été un peu loin dans cette voie, et les tempérants exaltés, en proscrivant jusqu'à l'usage le plus modéré du vin naturel chez les personnes saines, ont contribué à souligner les exagérations commises. Aussi, dès maintenant, et partie des milieux scientifiques, une réaction se dessine, dont il importe d'apprécier les raisons. C'est ce que je me propose de tenter ici.

*
* *

A l'origine de cette réaction on doit situer les recherches, du reste fort intéressantes, faites en 1902, par MM. Atwater et Bénédict sur la valeur énergétique de l'alcool — recherches qui établirent que l'alcool peut se substituer, dans la ration alimentaire, à une quantité isodyname de sucre ou d'amidon. Par suite et contrairement à une opinion ancienne, l'homme, pour produire de la chaleur et du travail, est capable d'utiliser l'alcool au même titre que le glucose. C'est ce que Duclaux exprima dans une formule dont les débitants de boissons surent tirer un beau parti : « L'alcool est un aliment ».

Malheureusement cette formule est incomplète. En effet, MM. Atwater et Bénédict ont montré que, pour rester « alimentaire », l'alcool doit être dilué — afin de ne pas offenser la muqueuse et les sécrétions gastriques — et pris à doses ne dépassant pas 1g5 au maximum par jour et par kilogramme du poids du sujet, ce qui, soit dit en passant, justifie l'usage modéré des boissons fermentées légères chez les travailleurs. Quand les doses ci-dessus sont dépassées, l'alcool cesse d'être intégralement brûlé dans l'organisme suffisamment nourri ; une partie est éliminée en nature, l'autre se fixe sur les tissus et spécialement sur le tissu nerveux dont les propriété physiologiques se trouvent ainsi modifiées. En somme, l'alcool se comporte plutôt comme un médicament que comme un aliment, puisque sa dose toxique se rapproche beaucoup plus de sa dose thérapeutique (ou utile) que dans les aliments ordinaires. Or, ce qui fait le danger de l'ingestion d'alcool, c'est que la dose utile est presque toujours dépassée, même chez les buveurs modérés quand ils sont bien nourris par ailleurs, car alors l'alcool constitue un excédent alimentaire qui brûle au détriment du glucose. Il semble donc que l'alcool soit un aliment toujours coûteux et souvent nocif — deux qualificatifs que les débitants omettent d'ajouter à la formule de Duclaux.

Ils n'ont peut-être pas tout à fait tort. Coûteux, l'alcool, certes et heureusement ; que deviendrait, sans cela, le budget ? Mais nocif — est-ce bien sûr ? Affirmée jadis par beaucoup, cette nocivité est maintenant sinon niée, au moins fort atténuée par plusieurs. Il y a donc doute, et le doute profite à l'inculpé. On accuse l'alcool d'être nuisible à l'individu et nuisible à sa descendance. Examinons successivement ces deux points de vue à la lumière des récentes constatations.

L'alcoolisme chronique produit des altérations et des lésions graves et certaines, mais il ne les produit qu'après un temps assez long et sous l'influence d'abus notables ; il y a, antérieurement, une période d'équilibre, d'adaptation, pour ainsi dire, au cours de laquelle l'organisme ne manifeste pas de troubles, mais exprime au contraire une exubérance de vitalité. Il est, en tout cas, d'observation banale que les pléthoriques et les préarthritiques, gros mangeurs et grands buveurs à l'ordinaire et plus ou moins teintés d'alcoolisme, offrent une résistance remarquable à l'emprise des infections. Dans cette résistance, l'alcool n'est probablement pas seul en cause, mais il a néanmoins sa part d'action qui nous apparaît aujourd'hui spécialement visible contre la tuberculose. Dans un article très documenté relatif au pronostic chez les tuberculeux pulmonaires, un phtisiologue des plus compétents, le docteur Léon Bernard, a, en effet, écrit la phrase suivante : « L'alcoolisation lente et modérée nous semble enrayer plutôt que favoriser la germination du bacille de Koch ; dans ces conditions, la tuberculose nous a paru souvent moins grave, plus lente que chez les tempérants (1). » Cette opinion, je tiens à le faire remarquer, n'est pas spéciale à M. L. Bernard ; beaucoup de médecins reconnaissent sans difficulté que l'alcool prolonge et, parfois, améliore les tuberculeux les plus gravement atteints. Du reste, dans les affections pulmonaires, l'alcool, depuis Todd, rend d'appréciables services et paraît même indispensable dans certaines infections comme la grippe.

Ainsi l'alcool a, au point de vue individuel, ses inconvénients, ses dangers ; il produit des troubles digestifs, moteurs, nerveux ; il conduit à la folie et au crime, mais il possède, en revanche, des avantages compensateurs. Bien loin de faire « le lit à la tuberculose », comme le proclame une formule célèbre, il protège contre elle ; il la rend moins offensive, plus lente, fibreuse, guérissable, et n'est-ce pas là, par ce temps de faillite des traitements antituberculeux, une appréciable supériorité ? Sans doute, M. L. Bernard restreint cette supériorité à l'alcoolisation modérée. En quoi consiste-t-elle maintenant et quelles en sont les limites ? L'alcoolique ne fait-il pas toujours, à ses propres yeux, de l'alcoolisation modérée ? C'est là, au fond, une question d'espèce, qui n'en met pas moins en évidence la valeur *empêchante*, presque prophylactique de l'alcool.

*
* *

Et au point de vue de la descendance ? Nous allons voir que les résultats des recherches nouvelles sont, à cet égard, également inattendus.

M. Karl Pearson, d'abord juriste, puis professeur de mathématiques, est actuellement directeur du laboratoire Galton à l'Université de Londres. En cette double qualité de mathématicien et d'eugéniste, il a cherché à perfectionner les procédés de la statistique, à leur donner une plus grande précision en y introduisant le calcul des corrélations qui permet de déterminer quantitativement et qualitativement (hérédité ou ambiance) le degré de la relation unissant deux phénomènes. A l'aide de cette méthode et avec l'assistance de Mlle Elderton, il a étudié la descendance des familles alcooliques par comparaison avec celle des familles tempérantes, dans un travail intitulé : *Rapports entre l'alcoolisme des parents et la santé physique et morale des enfants*. Ses conclusions sont que les enfants de parents alcooliques se trouvent au point de vue physique et mental, dans une situation meilleure que ceux des tempérants, que, notamment, ils sont moins exposés à l'épilepsie et à la tuberculose.

(1) *Journ. méd. français*, 15 août 1913, p. 338-339.

Ces conclusions ont été vivement attaquées par le docteur V. Horsley, dans le *British medical Journal* (14 janv. 1911) et par un biologiste éminent, le professeur W. Bateson (de Cambridge) qui estime que de telles statistiques, ne tenant aucun compte de la complexité des cas individuels, égarent l'eugénique dans une voie dangereuse. M. Pearson a répondu à ces critiques et les partis restent, quant à présent, sur leurs positions. Néanmoins on est bien obligé de reconnaître que certains faits corroborent l'opinion de ce dernier. Je n'en citerai qu'un seul. Presque tous ces enfants dont s'occupe l'œuvre de Grancher sont issus d'alcooliques. Or ces enfants, une fois soustraits à l'ambiance familiale, semblent devenir plus vigoureux et plus résistants que ceux de souche saine (1).

Evidemment, de telles constatations orientent la solution du problème de l'alcoolisme dans une direction toute différente. M. Pearson l'affirme : ce n'est pas parce qu'on est alcoolique qu'on donne naissance à des dégénérés ; c'est parce qu'on est soi-même dégénéré qu'on devient alcoolique ; l'alcoolisme n'est donc pas la cause, mais l'effet de la dégénérescence. Dès lors, comme le remarque justement le professeur Ed. Claparède (2), la lutte contre l'alcool n'a aucune prise sur cette dégénérescence, ni, par conséquent d'influence effective sur la race, attendu que, quand même on arriverait à guérir l'alcoolique de son intempérance, celui-ci n'en continuerait pas moins à faire souche de dégénérés. Donc, si l'intérêt individuel est de limiter la consommation de l'alcool, l'intérêt collectif, *racial*, est bien moins de combattre l'alcoolisme que d'empêcher l'alcoolique de se reproduire.

*
* *

Et maintenant il reste à expliquer les faits nouveaux, à les concilier avec les faits anciens, car, si nous acceptons les documents récemment versés aux débats, nous ne saurions cependant recuser ceux qu'apporte, depuis tant d'années, une observation attentive et incessante. Or, de leur étude et de leur comparaison résulte cette conviction que nos généralisations dépassent, dans un sens comme dans l'autre, la réalité.

Il est certain que l'alcool est toxique, qu'il imprègne et modifie les cellules germinales et le tissu nerveux, les expériences de Ziegler et de Fühner, les recherches de Golgi, de Kölliker, de Manouélian, de Féré, de Nicloux l'attestent. Donc, comme tous les agents toxiques, il est capable, à lui seul, de produire la dégénérescence, de créer une hérédité tarée, mais non toujours, parce que d'autres facteurs peuvent, par leur mode d'action antagoniste, contrebalancer ses effets ; et le mérite des statistiques de M. Pearson a été précisément de nous apprendre que ces facteurs ont plus d'influence qu'on n'était porté à le croire. Ces facteurs, ce sont ordinairement les conditions de l'existence elles-mêmes. A moins qu'il n'en consomme des quantités formidables, l'ouvrier mal nourri ou le misérieux physiologique brûle l'alcool qu'il boit, il ne le fixe pas — l'oxydabilité de l'alcool étant relativement très grande — et, en le brûlant, il économise, ainsi que l'ont montré MM. Atwater et Benedict, non seulement ses réserves nutritives, s'il en a, mais aussi une partie de l'albumine tissulaire ; l'alcool brûlé ne peut ainsi ni détériorer les organes, ni impressionner les cellules germinales, ni enfin influencer sensiblement la descendance. De là vient que les tares héréditaires dues à l'alcool s'observent sans doute dans toutes les catégories sociales, mais plus souvent chez les riches que chez les pauvres. Et les chiffres de M. Pearson font surtout état de ces derniers. La même interprétation est recevable quand il s'agit de tuberculose. Précisément parce que l'alcool épargne l'oxydation des réserves, il réalise parfois une sorte d'état diathésique, caractérisé, comme l'arthritisme, par la tendance à l'hyperplasie conjonctive, et c'est pourquoi, chez certains alcooliques, la tuberculose revêt une allure torpide, lente, affecte plus volontiers la forme fibreuse que la forme caséeuse. Au reste, remarquons-le, le traitement classique de la tuberculose, alimentation réparatrice, repos, etc., aboutit, quand il réussit, à transformer le tuberculeux en arthritique, et la conception de Poncet et Leriche, qui voient dans l'arthritisme la manifestation d'une tuberculose atténuée ou cliniquement guérie, n'est pas pour contredire cette façon de voir. Enfin, s'il n'est point douteux que des gens indemnes de tares perceptibles soient devenus spontanément alcooliques, pourtant nous devons reconnaître qu'il faut, la plupart du temps, une prédisposition représentée soit par des tares héréditaires, soit par des acquisitions personnelles, dépression physique, chocs émotionnels, etc. M. Pearson dépasse l'enseignement des faits quand il affirme que l'alcoolisme suppose toujours un état antérieur de dégénérescence, car alors la bonne santé de quelques-uns des descendants cesserait d'être compréhensible, et cependant l'orientation qu'il veut imprimer, en conséquence de cette opinion exagérée, à la défense contre les alcooliques, demeure légitime, puisqu'il est notoire que l'alcoolisme tend à s'aggraver progressivement chez l'individu, et qu'alors cet individu donne par suite naissance à des produits tarés et de plus en plus tarés, en raison de l'extension d'une intoxication que les facteurs antagonistes deviennent impuissants à combattre.

Beaucoup d'autres explications pourraient être fournies encore, établissant que, relativement à l'influence de l'alcoolisme, faits anciens et faits nouveaux, loin de s'opposer, se corroborent. Mais je dois me borner. Ne nous suffit-il pas d'avoir constaté que l'apparente contradiction des résultats aboutit, quand on les confronte, à une appréciation plus juste de la complexité et de l'interaction des causes morbides, pour être certain que le labeur patient, quoique disparate, des cliniciens, des biologistes et des statisticiens continue de profiter au progrès du savoir et au bien des hommes ?

(1) Communication verbale du docteur Granjux.

(2) La protection des dégénérés et l'eugénique, *Soc. genevoise de patronage des aliénés*, VIIIe rapport, 1913.

ACTUALITÉS

LA HERNIE ÉPIGASTRIQUE DOULOUREUSE

La hernie épigastrique est quelquefois tout à fait indolore et même ignorée du malade qui la porte. Mais les troubles fonctionnels dont elle semble être en certains cas le siège ou la cause sont tels qu'ils n'ont cessé depuis Garengeot d'attirer l'attention, sinon de provoquer l'étonnement des cliniciens. Pourquoi une hernie habituellement minuscule, parfois uniquement adipeuse, provoque-t elle des douleurs et des troubles digestifs qui ne s'observent dans aucune autre hernie quel qu'en soit le siège? On a cherché à expliquer cette singularité par diverses hypothèses dont quelques-unes sont ingénieuses, dont aucune peut-être n'est tout à fait négligeable. Mais des faits récents dus à une observation plus rigoureuse et plus suivie des malades, aussi bien sans doute qu'au moyen de contrôle fourni par l'opération, sont venus donner la raison évidente des symptômes graves dont s'accompagnent certaines hernies épigastriques : on a, en effet, reconnu que la hernie pouvait emprunter cet appareil clinique à quelque lésion viscérale sous-jacente. Les premières constatations de ce genre ne remontent guère à plus d'une vingtaine d'années. Depuis cette époque on en a fait connaître beaucoup d'autres, particulièrement en Allemagne, et la hernie épigastrique associée à une lésion viscérale a été alors l'objet d'études méthodiques parmi lesquelles il faut citer à l'étranger celles de Capelle (1) et d'Ury (2), en France la thèse de Cuinet (3), celle d'Ertaud (4) qui est une très bonne et très complète revue de tous les travaux antécédents, et celle toute récente de Dunan (5). Cette année même, outre cette dernière thèse, ont paru diverses publications (6) qui prouvent l'importance qu'on attache désormais à la question.

Il est difficile d'établir exactement la fréquence relative des hernies épigastriques douloureuses parce qu'on ne voit guère que fortuitement celles qui ne le sont pas, et les chiffres de Bohland : 67 p. 100; de Walker : 19 hernies douloureuses contre 2 indolores, ne peuvent être acceptés que sous cette réserve.

Les troubles fonctionnels débutent de différentes façons. Il faut mettre à part les hernies qui succèdent à un traumatisme, formes rares dont Eichel, Riedel, Rehn, Mohr ont fourni des exemples intéressants et dans lesquels la tumeur et les douleurs apparaissent ensemble, brusquement. La plupart des cas peuvent se présenter sous les deux aspects suivants : 1° la hernie évidente mais parfaitement tolérée devient soit progressivement, soit soudainement douloureuse; 2° elle n'est reconnue qu'à l'occasion des souffrances qui amènent le malade à s'examiner ou à se faire examiner par le médecin.

(1) CAPELLE. Résultats éloignés des opérations pour hernies épigastriques, *Bruns. Beitr. z. klin. Chir.*, 1909, Bd LXIII, h. 2; analysé in *Journ. de chir.*, t. III, p. 178.

(2) URY. Coexistence de hernie épigastrique et d'ulcère de l'estomac, *Med. Klin.*, 1909, t. V, n° 17.

(3) CUINET. Th. de Lyon, 1911.

(4) ERTAUD. Th. de Paris, 1912. — Cette thèse contient un index bibliographique très étendu auquel on peut se reporter pour tous les noms contenus dans cet article au sujet desquels il n'est pas donné d'indication particulière.

(5) DUNAN. Th. de Bordeaux, nov. 1913.

(6) KIRMISSON. Rapport sur un travail de M. Poisson, *Bull. de l'Acad. de méd.*, n° 3, séance du 21 janv. 1913. — MATHIEU. A propos de la valeur séméiologique de la hernie épigastrique douloureuse, *Quinzaine thérapeutique*, 25 mars 1913. — BÉRARD et COTTE. Sur la nature des troubles digestifs dans les hernies épigastriques, *Soc. de chir. de Lyon*, séance du 24 avril 1913. — LERICHE. *Soc. des sc. méd. de Lyon*, in *Revue de chir.*, sept. 1913, t. II, p. 531.

Ces souffrances sont nombreuses et variées. Ce sont de vives douleurs locales irradiées aux flancs et aux lombes ou des sensations plus confuses de pesanteur, de tiraillement, de brûlure dans toute la région épigastrique, des vomissements alimentaires ou même des hématémèses, des éructations, une anorexie plus ou moins complète, du météorisme et des selles sanglantes (Wiesinger). Les phénomènes douloureux sont influencés par les mouvements et par les repas. Chailloux et Vernet décrivent l'allure spéciale de certains malades qui marchent courbés en avant pour éviter l'extension du tronc plus particulièrement pénible. Les repas ont, d'après Sebba et Lemierre, des effets variables; tantôt ils calment, tantôt ils aggravent les souffrances. Enfin, le retentissement sur l'état général se manifeste par l'amaigrissement parfois énorme et la perte des forces.

En somme, c'est un tableau clinique complexe dans lequel se combinent, en proportions variées, les douleurs et les troubles digestifs proprement dits, de façon à rappeler, selon les cas, les névralgies intercostales, certaines manifestations du tabes et surtout des maladies de l'estomac telles que l'ulcère et le cancer.

La hernie épigastrique de l'enfant dont on avait à tort nié l'existence, ainsi que l'ont montré Princeteau et Saujeon, semble capable de déterminer, comme celle de l'adulte, des troubles digestifs. Brandenberg (1) indique le symptôme habituel qui doit la faire soupçonner : c'est une douleur abdominale survenant après les repas, surtout après le déjeuner, et que les enfants cherchent à calmer en pressant sur leur ventre ou en se couchant, le ventre appuyé sur le lit.

Garengeot, qui le premier, en 1743, décrivit la hernie épigastrique, tenta d'en expliquer les symptômes fonctionnels par le pincement de l'estomac dans le sac. Cette théorie a été de toutes la plus discutée, et à juste titre, si l'on s'en rapporte à des statistiques comme celle de Ploeger (sur 86 malades, 36 fois la hernie était un simple lipome, 11 fois le sac était vide, 31 fois il contenait de l'épiploon, et 5 fois seulement de l'intestin) ou celle de Thoma (36 cas de hernie épigastrique comprenaient 6 lipomes, 26 épiplocèles et 4 entérocèles). On a même nié que l'estomac pût se trouver dans le sac. Cependant il y a des gastrocèles indubitables. Blanc en a rapporté un cas typique avec hématémèse et dans lequel, au cours de l'opération, on put constater la hernie de l'estomac et le sillon déterminé par le collet sur l'organe. On peut citer, en outre, les observations également démonstratives de Latarget et Adenot, de Hedland et celle plus récente de Mantelli (2).

La seconde hypothèse explicative qui ait été proposée touchant les douleurs de la hernie épigastrique est celle de Gussenbauer (1884) reprise et complétée dix ans plus tard par Chailloux. Selon ces auteurs la hernie comprime les filets nerveux — branches terminales des derniers nerfs intercostaux — qui traversent avec elle l'orifice aponévrotique; cette compression cause directement les douleurs locales et par réflexe les irradiations profondes et les phénomènes dyspeptiques.

La théorie de Le Page (1888) est toute différente. Moins générale que la précédente, elle ne peut s'appliquer qu'aux épiplocèles; l'épiploon fixé par la hernie ne peut plus suivre l'estomac dans ses déplacements physiologiques; il les limite et gêne ainsi le fonctionnement de l'organe.

La conception d'une maladie viscérale surajoutée à la hernie et déterminant les troubles qu'on imputait par erreur à celle-ci, ne s'est pas formée brusquement. Des observations de hernies épigastriques associées à un ulcère, à un cancer de l'estomac ou à quelque autre lésion profonde ont

(1) Fritz BRANDENBERG. La hernie épigastrique chez les enfants, *Arch. f. Kind.*, 1912, t. LVIII, p. 8, in *Journ. de chir.*, août 1912.

(2) MANTELLI. Hernie épigastrique de l'estomac, *Acad. royale de méd. de Turin*, 4 avril 1913.

d'abord été publiées sans idée préconçue, semble-t-il, et seulement comme des cas curieux et trompeurs. Puis la fréquence des faits de ce genre a été remarquée et c'est alors qu'on a songé à s'en servir pour expliquer, sinon dans tous les cas du moins souvent, les douleurs de la hernie épigastrique.

Déjà Witzel (1890) avait noté que cette hernie se rencontrait quelquefois chez des malades atteints de lésions gastriques. Kelling (1900), Strauss, Riedel (1902) publient des cas de hernie épigastrique avec ulcère. Témoin, à la même époque, donne l'intéressante observation d'un malade qui meurt d'un cancer de l'estomac peu de temps après l'opération de la hernie. Chavannaz (1904) rapporte également un cas de néoplasie abdominale coexistant avec une hernie. A partir de ce moment les travaux se multiplient. Ceux de Capelle et d'Ury (1909) sont parmi les plus importants. Capelle recherchant les malades opérés de hernie épigastrique à la clinique de Breslau en retrouve 27 parmi lesquels 18 souffraient encore; chez 11 d'entre eux les douleurs étaient causées par une récidive de la hernie ou par une mauvaise cicatrice; des 7 autres, 2 avaient un cancer qui finalement les emporta et 5 présentaient tous les signes de l'ulcère gastrique. Le mérite de Capelle fut surtout de comprendre la portée pratique des remarques qu'il avait faites sur les suites opératoires des malades de Garré. Et l'utilité des règles qu'il formula se vérifie dans toutes les observations qui ont été publiées en ces dernières années, ainsi celles de Poisson et Lanoue (1909), de Soper (1910), de Bérard et de Leriche (1910 et 1913), de Lejars (1), de Chavannaz (2).

On peut donc à l'heure actuelle considérer comme démontrée la proposition suivante : dans un bon nombre de hernies épigastriques dites douloureuses, le syndrome douloureux et dyspeptique est dû à une lésion viscérale concomitante. Cette lésion est variable. On a signalé l'ulcère et le cancer de l'estomac, l'ulcère du duodénum, le cancer du pancréas, des cancers abdominaux mal définis et aussi des péritonites plastiques sus-ombilicales (Tripier et Paviot) qui étaient causées sans doute par des lésions de viscères sous-jacents. L'ulcère paraît être la maladie à incriminer le plus habituellement. La statistique de Capelle comportait 5 ulcères contre 2 cancers. La plupart des dernières observations publiées concernent des hernies associées à un ulcère et Dunan qui s'est occupé seulement dans sa thèse des cas de cancer n'en rapporte que 9 observations.

On s'est demandé s'il existait un lien entre la hernie et la lésion profonde. En général la hernie est considérée comme un simple épiphénomène et on estime que son importance apparente est due uniquement à la place qu'elle occupe dans la région de l'organe malade. Cependant certains auteurs n'ont pu admettre que deux lésions aussi voisines fussent indépendantes l'une de l'autre et tandis que les uns comme Strauss et Kelling, n'envisageant d'ailleurs que l'ulcère de l'estomac, pensent que la hernie peut causer ou entretenir cette lésion, les autres tels Witzel, Rehn, Tripier et Paviot considèrent la hernie comme secondaire à la maladie intra-abdominale qui agirait soit par l'amaigrissement, soit par les vomissements et les efforts, soit par l'atrophie musculaire qu'elle provoque. De nouvelles études portant sur un grand nombre de cas permettront peut-être de dire si l'association de la hernie épigastrique et des ulcères ou cancers de l'estomac est fortuite ou bien quelles sont les conditions qui la déterminent.

Quoi qu'il en soit, ce que nous possédons sur ce sujet est fort précieux. S'il est difficile de ne pas croire que certaines hernies épigastriques puissent être douloureuses par elles-mêmes, il n'en faut pas moins remarquer que depuis qu'on connaît et qu'on recherche les hernies accompagnées de maladies viscérales, cette dernière catégorie prend de plus en plus d'importance aux dépens de l'autre. Il est donc indispensable de se rappeler et de mettre en pratique, le cas échéant, les sages conseils de Capelle et de Leriche. Lorsqu'on se trouve en présence d'une hernie épigastrique douloureuse, il faut garder beaucoup de prudence dans le pronostic, essayer de compléter le diagnostic par un examen aussi minutieux que possible de l'estomac et des fonctions digestives, enfin, comme traitement, pratiquer de parti pris la laparotomie afin de ne pas laisser échapper des lésions profondes.

P. CHASTENET DE GÉRY.

(1) LEJARS. In rapport de Kirmisson.
(2) CHAVANNAZ. In thèse de Dunan.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1913)

M. A. CASTEX, président, annonce la mort de M. Zambaco pacha, membre correspondant de la Société.

M. Paul GUILLON, secrétaire général, lit le discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. le docteur Louis Jullien, ancien président de la Société.

Traitement des scolioses graves par la méthode d'Abbott. — M. LANCE présente une série de projections qui montrent la technique suivie et les résultats obtenus : la correction de la gibbosité est complète dans la grande majorité des cas; l'hypercorrection est même fréquente. La correction et l'hypercorrection de la déviation latérales ne sont complètes que chez les malades qui n'ont pas de déformation osseuse notable des vertèbres; dans ces cas on obtient surtout la formation de courbures de compensation. Lorsque les corrections sont maintenues longtemps dans des corsets de celluloïd, les résultats sont définitifs et équivalents à la guérison.

Le vertige anémique des vieillards. — M. Paul GALLOIS attire l'attention sur une forme de vertige assez fréquente chez les gens âgés et qui est due à l'anémie et non, comme on le croit généralement, à de l'artériosclérose. Au lieu du traitement que l'on prescrit habituellement dans ces cas et qui consiste dans l'emploi de l'iodure de potassium et dans une alimentation réduite ou le régime lacté, l'auteur recommande une alimentation substantielle et un traitement ferrugineux : en quelques jours, on obtient dans ces cas la cessation des vertiges qu'un régime débilitant ne faisait qu'aggraver.

FORMULAIRE

POUDRE DENTIFRICE

[LE GENDRE] (1).

Acide borique porphyrisé		10 grammes.
Chlorate de potasse		5 —
Poudre de Gayac		5 —
Carbonate de chaux pulvérisé.	*ââ*	20 —
Carbonate de magnésie		
Essence de menthe ou essence de géranium		Q. S.

ou bien :

Carbonate de lithine		2 grammes.
Carbonate de chaux	*ââ*	20 —
Carbonate de magnésie		
Essence de Wintergreen		Q. S.

(1) *Journal de méd. de Paris.*

ANALYSES

MÉDECINE

Quelques considérations générales sur les maladies de l'appareil respiratoire. (M. BRELET. *Gaz. méd. de Nantes*, n° 51, 20 déc. 1913.) — Ces considérations générales, destinées aux étudiants, se rapportent surtout à la séméiologie et à l'étiologie des affections respiratoires. En fin d'article, l'auteur résume excellemment les notions que nous possédons actuellement sur les voies suivies par les microbes pour envahir les bronches et les poumons.

La première idée qui vient à l'esprit c'est de supposer que les voies respiratoires s'infectent par l'air atmosphérique ; on sait, en effet, depuis longtemps que l'air si riche en microbes sort absolument pur à l'expiration ; il semblerait donc que les bronches et les poumons devraient être constamment infectés; fort heureusement, tout est disposé pour empêcher l'infection microbienne d'arriver jusqu'au poumon.

C'est d'abord la filtration de l'air par les voies aériennes supérieures ; ce sont les réflexes de l'éternuement, de la toux, de l'expectoration pour rejeter au dehors une partie des germes qui ont pénétré dans l'appareil respiratoire ; c'est le balayage des voies aériennes par le mucus ; de plus les leucocytes viennent détruire les bactéries à la surface de l'épithélium ou dans son épaisseur ; enfin le tissu adénoïde du rhino-pharynx est un appareil de protection très important. En somme, les microbes se raréfient de plus en plus à mesure qu'on pénètre dans la profondeur des conduits bronchiques; si les germes de l'air atmosphérique arrivent jusqu'au poumon, ils n'y séjournent pas, ils n'y pullulent pas, l'appareil respiratoire n'est donc pas, comme le tube digestif, toujours infecté.

Mais, quand les moyens de défense de cet appareil deviennent insuffisants pour une raison quelconque, les poumons peuvent être envahis par les germes de l'air.

Deux autres voies sont encore suivies par les microbes pour arriver aux poumons ; on donne aujourd'hui une grande importance à l'infection par la voie lymphatique et à l'infection par la voie sanguine. C'est surtout en ce qui concerne la tuberculose que l'infection par les voies lymphatiques, infection d'origine intestinale, a été très étudiée ; nous discuterons, à propos de la tuberculose pulmonaire, cette théorie à laquelle s'attachent les noms de Behring et de Weleminski, en Allemagne, de Calmette et de Vallée en France. Quant à l'infection par voie sanguine, elle est prouvée, dans beaucoup de cas, par la clinique et par l'expérimentation.

La granulie pulmonaire ne peut être expliquée que par une infection d'origine sanguine ; on a même dit que la pneumonie était précédée d'une septicémie à pneumocoques et que la localisation pulmonaire était un fait secondaire; et il semble bien qu'il en soit ainsi, dans un certain nombre d'observations tout au moins. ST. CHAUVET.

Quelques cas de tuberculose pulmonaire traités par le pneumothorax artificiel antiseptique depuis plus de dix-huit mois. (L. BILLON. *Marseille méd.*, 1er déc. 1913, n° 23.) — L'auteur, à propos de trois cas dont il rapporte les observations, pense qu'on peut perfectionner la méthode de Forlanini en insufflant, au lieu d'azote aseptique, de l'azote rendu antiseptique par des vapeurs de gomenol. Ces vapeurs, par osmose, pénétreraient dans le parenchyme pulmonaire. On pourrait faire ainsi à la fois la compression pulmonaire telle que la réalisent Forlanini, Dumarest, Renon, Küss, Piery, Brauër, Stilling et l'antisepsie du poumon, et cette double action serait susceptible, selon l'auteur, de donner des résultats encourageants. ST. CHAUVET.

Intoxication aiguë par le café. (STERNE. *Revue médicale de l'Est*, t. XLV, n° 22, 15 nov. 1913.) — L'intoxication caféinique chronique, très commune, a été bien étudiée par Caron et Mepain (*Le Café, étude de thérapeutique physiologique*, Paris 1868.) L'intoxication aiguë est plus rare et c'est ce qui fait l'intérêt de cette observation.

Il s'agit d'une femme de quarante-six ans qui, ayant un retard de règles de seize jours, crut devoir employer un moyen fort en honneur, paraît-il, en Suisse et qui lui réussit d'ailleurs mais au prix d'accidents assez alarmants.

Elle fit infuser 250 grammes de café dans 200 grammes d'eau qu'elle but vers neuf heures du matin. Au bout d'une demi-heure, elle commença à éprouver des fourmillements dans tout le corps, puis survinrent des nausées, des crampes, des syncopes qui, d'abord espacées, devinrent de plus en plus fréquentes, avec un état de vertige qui ne lui permettait même plus d'ouvrir les yeux. Il existait en outre une pâleur très marquée de la face avec légère cyanose, du refroidissement des extrémités et un ralentissement du pouls qui était tombé à 44, très dépressible et inégal. Depuis le matin anurie qui dura jusqu'au lendemain, c'est-à-dire vingt-quatre heures; les urines ne contenaient pas trace d'albumine. En même temps la malade se plaignait de violentes douleurs à la région épigastrique avec pyrosis, langue sèche et bouche très pâteuse. Constipation absolue pendant quarante-huit heures.

Le traitement aidant (frictions généralisées, eau de Vichy) tous ces symptômes s'amendèrent progressivement et le surlendemain tout était rentré dans l'ordre.

L'auteur attire l'attention sur la quantité de café absorbée par la malade. Etant donné que 10 grammes de café torréfié sont suffisants pour faire une tasse d'infusion corsée, la dose absorbée était équivalente à vingt-cinq tasses de café. Le café contenant, d'après Dorvault, de 1 à 2 p. 100 de caféine, le poids de l'alcaloïde ingéré oscillait entre 2g50 et 5 grammes. Les tables de posologie enseignent que la dose de caféine à prendre en vingt-quatre heures ne doit pas dépasser deux grammes répartis en plusieurs fois. Dans le cas présent la limite thérapeutique a été plus que dépassée et ceci en une seule prise.

Il y a enfin lieu de remarquer que le café ne contient pas seulement de la caféine, mais encore divers principes aromatiques et dérivés tanniques qui sont doués d'un pouvoir toxique notable. ST. CHAUVET.

Apoplexie surrénale chez une paralytique générale. Mort subite. (M. DE TEYSSIEU. *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 7 déc. 1913, 34e année, n° 49.) — L'auteur rapporte l'histoire d'une paralytique générale qui mourut subitement un quart d'heure après son arrivée à l'asile.

L'autopsie, pratiquée vingt-cinq heures après le décès, révéla la congestion des deux reins et du pancréas et l'hémorragie de la capsule surrénale droite. Celle-ci avait le volume d'un petit œuf de poule ; quand on l'ouvrit, du sang liquide s'échappa en jet; la substance corticale qui seule subsistait, paraissait infiltrée de sang dans toute son étendue.

Les cas d'hémorragie de la surrénale chez les paralytiques généraux sont rares. Ce cas est le troisième après le cas de Vigouroux et Collet et celui de Laignel-Lavastine et Fay. Candler a signalé également quelques cas chez des aliénés. Au cas où l'on constaterait une hémorragie d'une surrénale chez un aliéné mort subitement et chez lequel des violences pourraient être suspectées, il est utile de savoir que de semblables hémorragies peuvent survenir spontanément en dehors de tout traumatisme. ST. CHAUVET.

Réaction de Weinberg très positive et éosinophilie (pleurale) sans kyste hydatique au cours d'un cancer gastro-hépatique. (LESIEUR, ROCHER et AIGROT. *Lyon méd.*, 14 déc. 1913, 45e année, t. CXXI.) — Si la recherche des réactions humorales, telles que la fixation du complément, peut fournir au clinicien de précieux éléments de diagnostic, il serait im-

prudent de leur accorder en toutes circonstances une valeur absolue.

C'est ainsi que quelques réserves ont, justement, été faites, en ce qui concerne le diagnostic de la syphilis par la réaction de Wassermann.

La séro-réaction du kyste hydatique par la recherche de la déviation du complément selon la méthode de MM. Weinberg et Parvu paraît aux auteurs passible des mêmes restrictions. Témoins : le cas observé l'année dernière par MM Weill, Mouriquand et Gardère (*La Pédiatrie pratique*, 25 avril 1912, p. 208), et celui que les auteurs rapportent.

Dans le premier cas il s'agissait d'une énorme tumeur perçue dans le flanc gauche, chez un enfant de huit ans, et qui avait simulé une hypertrophie splénique ; malgré une réaction de Weinberg très positive, l'opération et l'autopsie démontrèrent qu'il ne s'agissait pas d'un kyste hydatique de la rate, comme on eût pu le croire, ni d'échinococcose quelconque, mais d'un sarcome du pôle supérieur du rein gauche. Il n'y avait pas d'éosinophilie sanguine; le liquide d'ascite, peu abondant, avait donné une formule lymphocytaire. Somme toute, la réaction de Weinberg, positive, malgré l'absence de kyste hydatique, était en défaut.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'un homme de soixante-neuf ans qui souffrait de l'estomac, vomissait parfois ses aliments une heure à trois heures après l'ingestion, avait beaucoup maigri et dont l'appétit était très diminué, surtout pour les graisses. Il existait, en outre, un prurit intense, non parasitaire. En somme, les symptômes digestifs et les modifications de l'état général faisaient surtout penser à un cancer de l'estomac que l'examen du suc gastrique, des matières fécales et des urines, ne permettait d'ailleurs pas d'affirmer davantage.

Le malade ayant présenté, deux mois plus tard, des signes d'épanchement à la base du poumon gauche, une ponction exploratrice fut pratiquée qui donna issue à un liquide séro-fibrineux à formule surtout mononucléaire.

Un mois plus tard, des signes d'épanchement pleural apparaissaient à la base du poumon droit. La thoracentèse ramenait un liquide citrin, séro-fibrineux, contenant surtout des polynucléaires éosinophiles (60 p. 100 environ). Il n'y avait pas d'éosinophilie sanguine.

La constatation de l'éosinophilie pleurale, de prurit intense, de dégoût des matières grasses, chez un malade qui avait exercé pendant longtemps la profession de gardeurs de chiens, incita les auteurs à rechercher la réaction de Weinberg. Celle-ci, exécutée à différentes reprises, fut toujours trouvée nettement positive, soit avec le liquide pleurétique, soit avec le sérum sanguin du malade.

Sept mois plus tard, le sujet mourait de cachexie; on ne trouva nulle part la moindre trace de kyste hydatique. Mais on découvrit un cancer du pylore (épithélioma métatypique) et de nombreux noyaux cancéreux métastatiques dans le foie.

De ces deux observations on peut donc conclure que la réaction de Weinberg-Parvu peut exister en l'absence de kyste hydatique; elle peut, par contre, manquer lorsqu'on a affaire à cette dernière affection; sa constatation n'aurait donc pas une valeur diagnostique absolue.

Peut-être faut-il, disent les auteurs, pour expliquer la similitude des réactions humorales rencontrées parfois au cours de certains cancers et dans l'échinococcose, invoquer des rapports pathogéniques entre les deux affections et rappeler ici la doctrine de l'origine parasitaire des tumeurs? A leur avis cette question mérite d'être poursuivie.

ST. CHAUVET.

GYNÉCOLOGIE

Un cas de grossesses intra et extra-utérines combinées. (WEISS et SENCERT. *Revue méd. de l'Est*, 15 nov. 1913, quarantième année, tome XLV, n° 23, p. 836.) — Cette observation concerne une secondigeste qui, treize jours après un avortement de trois mois, fut prise brusquement d'une douleur déchirante dans le ventre avec phénomènes généraux alarmants et symptômes d'hémorragie interne. Localement, on constatait un peu de submatité dans la fosse iliaque droite et une tuméfaction fluctuante dans le Douglas. M. Sencert pratiqua la colpotomie qui évacua une quantité considérable de sang noir avec quelques caillots. Les auteurs pensent qu'il s'agissait d'une hématocèle provenant de la rupture d'une grossesse ectopique ayant évolué simultanément avec la grossesse utérine. Ils éliminent de leur diagnostic les autres variétés étiologiques très rares d'hématocèle rétro-utérine.

Cette coïncidence, dont les exemples se sont multipliés depuis quelques années (171 cas dans la thèse de Mlle Fingova), est des plus importantes à connaître. ST. CHAUVET.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la fissure à l'anus par les cautérisations à la teinture d'iode. (MASCHAT (de Tulle). *La Province méd.*, 20 déc. 1913.) — L'auteur expose un traitement qu'il emploie depuis quinze ans avec un égal succès et qu'il n'a vu décrit nulle part.

Le diagnostic de fissure à l'anus bien établi, c'est-à-dire la fissure découverte, il prévient le malade qu'il va lui faire une petite cautérisation qui lui causera une cuisson un peu vive de quelques minutes et qui, répétée trois ou quatre fois, à trois jours d'intervalle, le guérira sûrement.

Secondé par un aide, il met bien à découvert la fissure, puis la nettoie avec un tampon de coton imbibé d'eau bouillie. Il cautérise ensuite hardiment avec un pinceau imbibé de teinture d'iode. Trois ou quatre fois selon les cas, à trois jours d'intervalle, la même cautérisation est pratiquée.

Dès le premier jour il y a une diminution considérable de la douleur et, à la troisième ou quatrième cautérisation, la guérison est obtenue.

La douleur un peu vive, surtout à la première cautérisation, ne dure que quelques minutes et a toujours été bien supportée; elle est même si bien supportée que l'auteur ne fait plus ce qu'il faisait au début, c'est-à-dire de l'anesthésie préalable à la cocaïne.

Tous les malades revus par l'auteur sont restés guéris. Il a soigné il y a quelque temps une malade très pusillanime qui, ayant été traitée par la dilatation forcée, il y a quinze ans, était affolée à l'idée de subir encore cette opération pour une récidive de sa fissure. En trois séances elle fut guérie par la teinture d'iode.

Ce traitement simple, rapide et sûr, semble appelé à rendre des services incontestables. ST. CHAUVET.

Recherches cliniques sur l'action cardio-tonique et diurétique de la pituitrine. (Lucien BÉCO. *Acad. royale de méd. de Belgique*. Procès-verbal de la séance du 29 nov. 1913.) — L'auteur, dans le but d'étudier l'action cardio-tonique et diurétique de la pituitrine, a injecté ce produit à divers malades par voies : sous-cutanée, musculaire ou intraveineuse.

L'administration du médicament par voies sous-cutanée et musculaire a été parfaitement tolérée ; il en a été de même dans 12 cas sur 20 d'injections endoveineuses.

Mais dans les 8 derniers cas, c'est-à-dire chez 8 malades et après chaque injection intraveineuse, l'auteur a observé toute une série de phénomènes variables en intensité mais toujours nets, qui méritent d'être connus et qui montrent qu'on doit s'abstenir, autant que possible, de l'administration de pituitrine par voie endoveineuse.

Quelques minutes après l'injection le sujet se plaint de malaises, d'une sensation de défaillance, d'oppression, de constriction thoracique, de chaleur à la tête et de tintement dans les oreilles; on observe de la pâleur de la face et des muqueuses, du refroidissement et de la cyanose des extrémi-

tés, des sueurs froides et de la dilatation pupillaire ; au bout d'un temps variable, dix minutes à un quart d'heure en moyenne, surviennent de la pesanteur dans le bas-ventre, des épreintes, un besoin de défécation habituellement inopérant, quelquefois suivi d'émission de gaz, rarement d'une selle liquide.

Ces phénomènes se dissipent au bout d'une demi-heure à une heure et tout rentre dans l'ordre antérieur.

ST. CHAUVET.

JURISPRUDENCE

PRIVILÈGE ET HONORAIRES MÉDICAUX

Les journaux ont publié, en relatant un jugement rendu par la 2e Chambre du Tribunal civil de la Seine, le 27 décembre 1913, la note suivante que nous reproduisons :

« Le docteur Peraire, chirurgien de l'hôpital Rothschild, a, en janvier 1904, fait une opération chirurgicale à Mme veuve L..., et le docteur Stora a donné ses soins à cette dame jusqu'au 31 janvier 1905, date à laquelle celle-ci est décédée.

La défunte a laissé dans sa succession la somme totale de 3 100 francs.

Pour opération chirurgicale, le docteur Peraire a réclamé 2 000 francs; pour soins médicaux, le docteur Stora, 1 365 francs.

Soutenant que ces opérations et ces soins ont été occasionnés par la dernière maladie de Mme veuve L..., les deux docteurs ont demandé à être admis par privilège à toucher le montant de leur créance avant les autres créanciers.

Sur contestation de l'un des créanciers, entrepreneur de plomberie, la 2e Chambre du Tribunal vient d'admettre que les médecins ont un privilège qui permet à ceux-ci, en la circonstance, d'absorber la totalité de la succession de Mme L... »

Ce simple compte rendu nous permet cependant d'attirer l'attention des médecins sur le privilège que leur accorde le Code civil. L'article 2101, § 3, dudit Code, modifié par la loi du 30 novembre 1892, octroie un privilège sur la généralité des meubles en raison des « frais quelconques de la dernière maladie, qu'elle qu'en ait été la terminaison, concurremment entre ceux à qui ils sont dus. » La loi veut, en effet, qu'au cours de la maladie le médecin n'abandonne point son malade dans la crainte de ne point être honoré faute de ressources chez son débiteur, sauf à poursuivre dans un délai déterminé soit son client en cas de guérison, soit ses héritiers en cas de décès. Et c'est pour cela que le privilège s'applique seul à la dernière maladie, sans que le médecin soit tenu de prouver l'absence de maladie postérieure à celle qu'il a soignée. (Trib. de Marseille, 6 janv. 1905, *Journal de Marseille*, 1905, p. 346.)

Qu'est-ce donc que la dernière maladie? La Société de médecine légale l'a définie ainsi dans sa séance du 10 février 1896 : « Par dernière maladie on doit entendre, non pas un état morbide dont l'aggravation et le développement ont ultérieurement entraîné la crise finale, mais seulement la période terminale de cette étape, c'est-à-dire celle qui ne comporte plus aucune rémission sérieuse et durable du mal, et qui doit fatalement amener la mort à bref délai. »

Pour la jurisprudence, la dernière maladie est la période où l'état du malade est devenu tellement grave que tous les efforts de la médecine resteront inutiles pour le guérir, et peuvent uniquement le soulager.

Ces définitions, cependant, ont reçu des tempéraments. Avant la promulgation de la loi de 1892, on discutait sur le point de savoir si le privilège de l'article 2101 se rapportait à la maladie qui avait causé la mort du débiteur, ou bien à la maladie qui avait précédé immédiatement la mise en distribution de ses deniers, par suite de déconfiture, de liquidation judiciaire ou de faillite.

Maintenant l'article 12 de cette même loi du 30 novembre 1892 a tranché définitivement la question : il a, en effet, décidé que le privilège était applicable quelle que fût l'issue de la maladie et quelle que fût la cause de la distribution des deniers.

Nous examinerons, dans une prochaine jurisprudence, comment le médecin peut exercer son privilège et sur quels biens il peut l'exercer.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

ANOREXIE DES TUBERCULEUX

Administrer la Vanadarsine à doses progressivement croissantes et décroissantes : commencer par V gouttes avant les deux principaux repas, jusqu'à concurrence de X gouttes. Procéder par cures de trois semaines, séparées par un repos de huit jours.

Dans les cas graves, recourir aux injections de sérum Vanadarsiné (1 cent. cube tous les jours ou tous les deux jours).

LIVRES NOUVEAUX

Chirurgie infantile (1), par A. BROCA, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades.

L'ouvrage de M. Broca est une œuvre considérable. C'est le résumé des notions acquises par vingt ans de pratique active à Trousseau ou aux Enfants-Malades. Un tel travail défie l'analyse, mais mérite mieux qu'une simple mention.

Le but que le professeur Broca a toujours visé dans son service a été l'enseignement, c'est celui de son volume. Mais il ne s'agit pas d'enseignement dogmatique, d'une compilation de tout ce qui a pu être dit sur un sujet donné, mais d'un enseignement personnel et pratique. Faisant table rase de toute théorie, M. Broca décrit ce qu'il a vu, les symptômes observés, la gravité des différents cas, le traitement que son expérience lui a fait accepter comme le meilleur. Précédemment, en caractères différents ou notes, les notions indispensables d'anatomie pathologique, des indications bibliographiques, viennent compléter le texte sans l'obscurcir.

Le volume se divise en deux parties :

Les maladies des os et articulations qui tiennent près des des deux tiers du volume; la partie des maladies des divers systèmes organiques est plus restreinte et ne concerne strictement que les affections infantiles, nous y retrouvons la plupart des études remarquables qui composent les deux volumes de cliniques, de chirurgie infantile publiées par M. Broca.

Les figures, schémas, reproductions de radiographies, toutes originales et provenant de documents du service de M. Broca, sont multipliées à profusion.

Les étudiants pour qui il a été écrit, et les autres, qui en feront leur profit, doivent une grande reconnaissance à M. Broca du labeur énorme qu'il a dû fournir pour la réduction d'un tel traité qui leur rendra tant de services.

M. LANCE.

(1) Un gros vol. in-4 cartonné de 1136 pages avec 1259 figures. — Prix : 25 francs. — Paris, G. Steinheil.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Æsculape. — (N° 11, nov. 1913.) Yves ROY : La longévité humaine. Les centenaires. — P. RAYMOND : L'herbier de J.-J. Rousseau. — E. SICARD : L'impossible euthanasie. Les médecins et le droit de tuer. — Just NAVARRE : Les médecins de Pascal.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 10, 1913.) CITELLI : Sur un cas spécial de papillomes du conduit auditif et sur une nouvelle maladie du conduit. — Ricardo BOTEY : Quelle est la meilleure méthode d'extirpation du larynx. — SOLAL : L'amygdalite et la périamygdalite linguale phlegmoneuses. — TAPTAS : A propos de l'énucléation et arrachement des amygdales palatines. — M. ALBERT : Sur un cas de perforation du tympan occasionné par un perce-oreille.

Annales des maladies vénériennes. — (N° 12, déc. 1913.) L. GIROUX : Maladie de Raynaud et syphilis. — Jean BOTRIE : Corne cutanée du scrotum. — E. JOLTRAIN : A propos de la stérilisation de la syphilis.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Déc. 1913) CHEVREL : Sur la recherche du bacterium coli dans l'eau d'alimentation par les épreuves combinées d'Eijkman et du rouge neutre. — THOMOT : L'affaire Youstchinsky.

Archives d'électricité médicale, expérimentales et cliniques. — (N° 372, 25 déc. 1913.) P. REDARD : La radiographie des os et des articulations. Sa valeur en chirurgie orthopédique. — P.-V. BADIN : Sur l'importance de la radiographie dans l'étude du pied plat valgus des adolescents.

Archives de médecine des enfants. — (N° 12, déc. 1913.) A. NETTER et L. RIBADEAU-DUMAS : Les manifestations choréiformes dans la poliomyélite (paralysie infantile choréique). — A. GALLIOT : La syphilis de l'enfant et son traitement par le salvarsan. — O. MEDIN : Contribution à la connaissance des voies d'accès de la tuberculose chez les enfants dans la première année de la vie. — A. TRÈVES : Tuberculose à foyers et séquestres multiples. — A. MAMBOT : Diabète insipide, dystrophies générales avec prédominance aux organes génitaux, ensemble symptomatique lié à une tendance hypophysaire. — J. COMBY : Transmission expérimentale de la rougeole.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 12, déc. 1913.) SACQUÉPÉE et GARCIN : La peste des Ouled Fiedj. — ARNOULD : La vaporisation du formol sans appareil.

Archives de médecine et de pharmacie navales. — (N° 11, nov. 1913.) OUDARD : Traitement des fractures de la clavicule par la position de Couteaud. — VARENNE : Note sur l'emploi de quelques essences, de leurs dérivés en thérapeutique dentaire. — DEFRESSENI et CASENEUVE : Sur la persistance du vibrion cholérique dans l'organisme humain et dans quelques milieux extérieurs.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 11, nov. 1913.) TINEL : Les crises gastriques du tabes et leur traitement chirurgical. — EINHORN : Nouveaux cas de traitement par dilatation du pylore. — PATEL : Chirurgie du côlon pelvien

Archives internationales de neurologie. — (Déc. 1913). HALBERSTADT : Contribution à l'étude des paraphrénies. — A. MARIE : Sur les aliénations mentales d'origine syphilitique et parasyphilitique (*suite*).

Bulletin général de thérapeutique. — (8 déc. 1913.) P. BARDET et PERRAUDIN : Le traitement palliatif du cancer par la quinine (*fin*). — (15 déc. 1913.) René GAULTIER : Du rôle pathogène et de l'action thérapeutique de l'altitude.

Bulletin médical. — (N° 95, 3 déc. 1913.) Léon BERNARD : Contribution à l'étude de la néphrite hydropigène tuberculeuse. — (N° 96, 6 déc.) Fernand ARLOING et René BIOT : Les techniques bactériologiques, biologiques et vaccinothérapiques de Wright. — (N° 97, 10 déc.) BERNHEIM : De la psychothérapie. — (N° 98, 13 déc.) CHAUFFARD : Les rechutes dans la dysenterie amibienne. — (N° 99, 17 déc.) PECH : Sur un traitement particulier des fractures de membre. — (N° 100, 20 déc.) A. CADE et J. REBATTU : Le mouvement médical lyonnais en 1913. — (N° 101, 24 déc.) LANEL : Physiothérapie des varices. — A. MALHERBE et R. JOUET : Traitement d'urgence de l'abcès mastoïdien. — (N° 102, 27 déc.) Henri PIED : Sur la pustule maligne à propos de huit cas personnels.

Clinique. — (N° 49, 5 déc. 1913.) RATHERY : De l'alimentation parmentière dans le diabète. — SABOURAUD : La pelade est une maladie générale. — CALOT : La méthode d'Abbott et le traitement des scolioses. — (N° 50, 12 déc.) RIBADEAU-DUMAS : Tuberculose du nourrisson.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 49, 4 déc. 1913.) GROBER : Traitement des maladies aiguës graves. — NAUNYN : Sur le typhus exanthématique. — ABDERHALDEN : Diagnostic sérologique des modifications d'organes. — WALB : Sur l'influenza à pneumocoque. — AUSTREGESILO : Diagnostic précoce du tabes et du tabes oligosymptomatique. — MARTENS : Contribution à la chirurgie des reins et de la vessie. — MARTENS : Sur la technique de l'opération de l'appendicite. — VOGT : La pituitrine après l'accouchement. — ALLMANN : Le traitement du carcinome par le mésothorium. — BUCHMANN : Anesthésies locales par le pantopon Roche et la cocaïne. — BLASCHKO : Sur les maladies de peau provoquées par la teinture des cheveux et des fourrures. — NOTTEBAUM : Traitement par la teinture d'iode des hémorragies intestinales, particulièrement dans la fièvre typhoïde. — HERGENS : Appareil simple pour l'amaigrissement et l'exercice musculaire. — BERGE : Nouveaux instruments pour la ponction lombaire et la ponction veineuse. — NEUBAUER : Guérison rapide des gerçures du sein.

Encéphale. — (N° 12, 10 déc. 1913.) MARCHAND et F. USSE : Psychopolynévrite au cours d'une cure de démorphinisation. — Henri NOUET : Syndrome confusionnel au cours de l'artériosclérose cérébrale. — ANTHEAUME et PIQUEMAL : Rémission consécutive à un ictus épileptiforme et à une poussée furonculeuse chez un paralytique général tabétique. — TREPSAT : Dessins et écrits d'un dément précoce.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (N° 23, 10 déc. 1913.) VERNIER : L'éther appliqué au traitement des affections suppuratives.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 49, 7 déc. 1913.) CODET-BOISSE : Fractures spontanées sus-condyliennes dans le décours du traitement non sanglant des luxations congénitales de la hanche.

Journal des praticiens. — (N° 49, 6 déc. 1913.) Paul BAR : L'anesthésie locale (méthode de Reclus) en obstétrique. — PESCHER : Les applications thérapeutiques du spiroscope. — (N° 50, 13 déc.) BROCA : Fracture supracondylienne transversale. — MATHIEU : Des colites aiguës.

Journal médical français. — (N° 12, 15 déc. 1913.) Numéro consacré à la pathologie des capsules surrénales.

Lyon médical. — (N° 49, 7 déc. 1913.) PÉHU et PILLON : Sur la valeur curatrice des injections de térébenthine chez les enfants. — (N° 50, 14 déc.) L. BÉRIEL : Sur le sucre virtuel du sang. — A. MOREL et G. MOURIQUAND : Les récents progrès des techniques chimiques pour l'étude de l'azotémie. — (N° 51, 21 déc.) Ch. PORCHER et A. DREYFUSS : Le lait et la fièvre typhoïde. — (N° 52, 28 déc.) CAMPAGNE et NOGIER : Volumineux calcul expulsé spontanément par l'intestin.

Medizinische Blätter. — (N° 23, 6 déc. 1913.) DALCHÉ : Les dysménorrhées essentielles et leur traitement.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

BELLE SITUATION. Pour cause de décès Sanatorium en pleine prospérité, situé à Berck s/mer, à céder de suite, conviendrait parfaitement à docteur chirurgien orthopédiste. — S'adresser au Sanatorium de l'Oise, Berck-Plage.

N° 3. — JEUDI 8 JANVIER 1914. 87e ANNÉE. JEUDI 8 JANVIER 1914. — N° 3.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **10** francs par an.
Étudiants étrangers, **15** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **5** fr. **50**. — 6 mois : **11** fr. — 1 an : **20** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral*. — Séance du 6 janvier. — Question donnée : « Nerf phrénique sans l'histologie sur la physiologie. — Pleurésie interlobaire. »

M. Levent, 13 + 17 = 30; Mlle Thivollet, 13 + 21 = 34; MM. Soupault, 15 + 23 = 38; Lesage, 13 + 19 = 32; Jacquelin (André), 17 + 18 = 35; Gerbert, 16 + 20 = 36; Gaudart d'Allaines, 18 + 22 = 40; Mérine, 9 + 17 = 26; Mlle Romme, 15 + 22 = 37; M. Xoudis, 16 + 24 = 40.

Prochaine séance, jeudi 8 janvier, à cinq heures du soir.

HOPITAUX DE PROVINCE. — SAINT-ETIENNE. — Le concours pour une place de médecin dermatologiste des hôpitaux de Saint-Etienne, qui vient d'avoir lieu à l'Hôtel-Dieu de Lyon, s'est terminé par la nomination de M. le docteur Laurent.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Nous avons annoncé, il y a quelque temps, que M. le professeur Le Dentu était candidat à la place laissée vacante par la mort de M. Lucas-Championnière. Il y a là une erreur matérielle que nous tenons à rectifier : M. le professeur Le Dentu n'a pas fait acte de candidature, et nous sommes en mesure d'affirmer qu'il ne sera pas candidat.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Ont été agréés pour l'année 1914, en qualité de conférenciers à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales à Marseille :

M. le docteur Raynaud, médecin principal de deuxième classe des troupes coloniales en retraite, chargé de cours à l'école de médecine de Marseille.

M. le docteur Torel, médecin principal de la marine hors cadres, directeur de la santé de la circonscription de Marseille.

M. le vétérinaire Huon, directeur des abattoirs de Marseille.

M. le docteur Métin, médecin principal de deuxième classe des troupes coloniales en retraite, ex-professeur à l'école d'application.

M. le docteur Perrin, professeur à l'école de médecine de plein exercice à Marseille.

M. le professeur Caillol de Poncy, professeur à l'école de médecine de plein exercice à Marseille.

M. le docteur Journiac, médecin chef de l'asile d'aliénés de Saint-Pierre.

LES MÉDECINS ET LES RAPPELS AU TÉLÉPHONE. — L'administration des téléphones a inauguré cette année à Paris un nouveau service dit des « rappels ».

Dans chaque bureau central se trouve un poste spécial qui, en l'absence des abonnés, recueille les communications pour les leur transmettre sur leur demande à leur retour chez eux.

Pour bénéficier de ces avantages, l'abonné au téléphone doit payer un supplément de taxe de 30 francs, plus un droit de 20 centimes par communication dictée.

Jusqu'à présent une dizaine d'abonnés parisiens seulement, appartenant pour la plupart au corps médical, se sont inscrits à ce nouveau service qui fonctionne déjà à l'étranger, notamment en Norvège et en Autriche, où depuis 1912 il est d'un usage courant.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le nombre des décès, qui depuis trois mois était au-dessous de la moyenne, vient d'augmenter pendant la cinquante-deuxième semaine. On a compté 1037 décès, au lieu de 804 pendant la semaine précédente, et au lieu de 923, moyenne ordinaire de la saison. L'augmentation des décès est due surtout aux affections des voies respiratoires.

L'HYGIÈNE DANS LES MINES. — M. Zeiller, inspecteur général des mines de première classe, est maintenu, pour l'année 1914, dans les fonctions de président de la commission spéciale chargée de l'étude des questions concernant l'hygiène dans les mines.

Sont attachés à ladite commission, pour l'année 1914 :

En qualité de secrétaire, M. Fuster, professeur au Collège de France.

En qualité de secrétaire adjoint, M. Defline, ingénieur ordinaire des mines.

COURS ET CONFÉRENCES

COURS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE. — M. le professeur Aug. Broca commencera le cours de médecine opératoire le vendredi 16 janvier 1914, à trois heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Objet du cours. — Opérations sur les artères (avec projections fixes et animées). Confection des appareils plâtrés.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER (89, rue d'Assas. Professeur : M. Paul BAR). — COURS DE PRATIQUE OBSTÉTRICALE, par MM. Lequeux, professeur agrégé; Dupont, ancien chef de clinique; Metzger, chef de clinique; Levant et Wilhelm, chefs de clinique adjoints; assistés de MM. Didier, de Mendoza, Georghiu et Radier, moniteurs. — Réservé aux étudiants ayant seize inscriptions, et aux docteurs français et étrangers.

Le cours commencera le 12 janvier 1914. Il comprendra quatorze leçons qui auront lieu tous les jours à cinq heures du soir. Les auditeurs seront personnellement exercés aux manœuvres obstétricales.

Programme du cours. — Lundi 12 janvier, à cinq heures. M. Wilhelm. Diagnostic des présentations et des positions par le palper et l'auscultation.

Mardi 13 janvier, à trois heures. Exercices de palper et d'auscultation au lit des malades; — à cinq heures. M. Wilhelm. Le toucher en obstétrique.

Mercredi 14 janvier, à neuf heures et demie du matin. Policlinique des femmes enceintes, par M. le professeur Bar; examen des malades par les élèves du cours; — à trois heures. Exercices de toucher au lit des malades; — à cinq heures. M. Metzger. Forceps sur le sommet (positions directes).

Jeudi 15 janvier, à trois heures. Exercices pratiques de forceps; — à cinq heures. M. Metzger. Forceps sur le sommet (positions obliques).

Vendredi 16 janvier, à neuf heures et demie du matin. Policlinique des femmes enceintes, par M. le professeur Bar; examen des malades par les élèves du cours; — à trois heures. Exercices pratiques de forceps; — à cinq heures. M. Metzger. Forceps sur la face et le front.

Samedi 17 janvier, à trois heures. Exercices pratiques de forceps; — à cinq heures. M. Metzger. Forceps sur les présentations élevées.

Lundi 19 janvier, à trois heures. Exercices pratiques de forceps; — à cinq heures. M. Dupont. Traitement des hémorragies de la grossesse et procédés de dilatation rapide du col.

Mardi 20 janvier, à trois heures. Exercices pratiques de forceps; — à cinq heures. M. Dupont. Traitement des hémorragies de la délivrance.

Mercredi 21 janvier, à neuf heures et demie du matin. Policlinique des femmes enceintes, par M. le professeur Bar; examen des malades par les élèves du cours; — à trois heures. Exercices pratiques de forceps; — à cinq heures. M. Levant. La version par manœuvres internes (version séparée).

Jeudi 22 janvier, à trois heures. Exercices pratiques de version; — à cinq heures. M. Levant. L'extraction du siège décompléte, mode des fesses.

Vendredi 23 janvier, à neuf heures et demie du matin. Policlinique des femmes enceintes, par M. le professeur Bar; examen des malades par les élèves du cours; — à trois heures. Exercices pratiques de version et d''extraction du siège; — à cinq heures. M. Levant. L'extraction après la version; ses difficultés.

Samedi 24 janvier, à trois heures. Exercices pratiques de version (revision); — à cinq heures. M. Lequeux. L'embryotomie céphalique (perforation, basiotripsie, cranioclasie).

Lundi 26 janvier, à trois heures. Exercices pratiques d'embryotomie céphalique; — à cinq heures. M. Lequeux. L'embryotomie rachidienne.

Mardi 27 janvier, à trois heures. Exercices pratiques d'embryotomie rachidienne; — à cinq heures. M. Dupont. Traitement de l'infection puerpérale.

Pour renseignements et inscriptions, s'adresser à M. le chef de clinique, à la Clinique Tarnier.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Le droit à verser est de 50 francs.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU (professeur M. GILBERT). — *Enseignement clinique complémentaire*, par MM. les anciens chefs de clinique Herscher et Lippmann, et MM. les chefs de clinique Jomier, Maurice Villaret et Paul Descomps.

Séméiologie (tous les matins, de neuf heures à neuf heures et demie, au lit du malade). — M. Herscher : Appareil respiratoire.

M. Lippmann : Appareil circulatoire.

M. Jomier : Appareil digestif, foie.

M. Maurice Villaret : Appareil nerveux.

M. Paul Descomps : Rein, peau, syphilis.

Technique de petite chirurgie médicale (un jeudi sur deux, de onze heures un quart à onze heures trois quarts). — M. Jomier : Lavages. Emissions sanguines. Hémostase. Vaccination. Respiration artificielle.

M. Maurice Villaret : Révulsion, réfrigération. Bains. Thoracentèse. Paracentèse du péricarde. Paracentèse de l'abdomen.

M. Paul Descomps : Injections sous-cutanées, intramusculaires et intraveineuses. Injections épidurales et intrarachidiennes.

COURS ÉLÉMENTAIRE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE (TECHNIQUE, CLINIQUE, THÉRAPEUTIQUE), sous la direction du docteur Georges Laurens, par les docteurs Bruder, Cousteau et Girard.

Début : jeudi 15 janvier 1914, le matin à huit heures et demie.

Durée de chaque leçon : deux heures environ.

Horaire et exercices pratiques : mardi, jeudi, samedi, le matin, à huit heures et demie.

Durée du cours : deux mois. Nombre d'élèves limité.

Inscriptions : à la Clinique, 14, rue Nouvelle (rue de Clichy), lundi, mercredi et vendredi matins, de neuf à dix, auprès des assistants.

COLLÈGE DE FRANCE. — COURS DE PROTISTOLOGIE PATHOLOGIQUE. — M. Nattan-Larier inaugurera ce cours le jeudi 22 janvier à quatre heures et demie et continuera ses leçons le samedi et le jeudi à la même heure.

Objet du cours. — Introduction à l'étude de la protistologie pathologique.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Les publications artistiques P.-L.-M.* — Poursuivant la série de ses publications artistiques, la Compagnie P.-L.-M. vient de faire paraître un remarquable *Atlas Côte d'Azur*, qui continue une collection d'albums similaires destinés à former un admirable ensemble descriptif des régions desservies par le P.-L.-M.

Comme ses devanciers « Savoie-Dauphiné » et « Vallée du Rhône », l'*Atlas Côte d'Azur*, minutieusement documenté, illustré de nombreuses photogravures, renferme deux superbes planches, hors texte, en couleurs, et une carte très intéressante de la région, également en couleurs.

Il est en vente, au prix de 0 fr. 50, à la gare de Paris-Lyon, dans les bureaux succursales et bibliothèques des gares du réseau, ou adressé sur demande faite au service de la publicité, 20, boulevard Diderot, Paris, accompagnée de 0 fr. 60 pour les envois à destination de la France et de 0 fr. 65 (mandat-poste international), pour ceux à destination de l'étranger.

LES LIMITES DE LA RÉSISTANCE DE LA RATE NORMALE AUX CHOCS EXTÉRIEURS

Par R. PICOU,
Ancien aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris.

La consistance de la rate normale et sa résistance aux chocs extérieurs, qui présentent pour le chirurgien un certain intérêt, se trouvent à peine indiquées dans les traités d'anatomie descriptive. Il importe cependant d'être fixé sur les limites de cette résistance et les conditions qui sont le plus propres à la favoriser. Car, si l'on peut considérer comme exceptionnelles les lésions traumatiques d'une rate saine, il paraît exagéré de prétendre que, pour les produire, l'accident demande un traumatisme très violent; il est plutôt prudent d'admettre avec Vassal (Th. de doct. Montpellier 1911), que dans tout traumatisme de l'abdomen, quels que soient les signes constatés, depuis le shock profond jusqu'à la tolérance parfaite, la rate peut être lésée au point de rendre indispensable une intervention chirurgicale.

Généralement quand une rate saine se trouve lésée dans un grand traumatisme de l'abdomen, elle l'est presque toujours indirectement. Les divers mécanismes directs ou indirects suivant lesquels s'opèrent les lésions traumatiques de la rate se trouvent très bien exposés dans la thèse de Planson (Paris, th. de doct. 1909) : dans la majorité des cas il s'agit de rates altérées, hypertrophiées, qu'un simple vomissement, par exemple, à la suite de l'administration d'une dose thérapeutique d'ipéca (cas signalé par Corre dans les *Archives d'anthropologie criminelle*, 1889, t. IV, p. 57), ou le redressement brusque d'un malade dans son lit (Rohrbach, inaug. dissertation, Berlin 1909) peut faire rompre. Rappelons à ce sujet l'extrême précaution qu'il faut prendre quand il s'agit d'examiner par la palpation de pareilles rates que l'accroissement de volume expose d'ailleurs à tous les chocs directs ; car, dès que la rate dépasse le double de son volume normal, elle est susceptible de descendre plus ou moins au-dessous du rebord inférieur de la paroi costale. Pour cela il n'est même point nécessaire qu'elle soit pathologiquement hypertrophiée; car, ainsi que l'ont démontré Bianchi et Léri (*Soc. de biol.* 1902), la rate peut normalement doubler de volume chez la femme au cours de la grossesse ; et même fait pourrait se produire au cours d'autres augmentations physiologiques de volume, dans lesquelles d'après Heitler le diamètre longitudinal parvient à s'accroître de $3^{cm}5$ à $3^{cm}7$; grâce à cet accroissement, le diamètre longitudinal atteint $15^{cm}7$ c'est-à-dire la valeur même qu'il possède lorsque le volume de la rate a doublé. Supposons que nous ayons une rate de ce volume avec un côlon transverse déjà distendu par des gaz, et que l'estomac vienne à se remplir à son tour, si le ligament phréno-splénique fait défaut, ce qui arrive dans la moitié des cas, ou bien s'il manque de résistance et qu'il soit très extensible, ce qui est encore assez fréquent, on verra la rate s'abaisser au point de devenir directement accessible par sa partie tout à fait inférieure, au-dessous de la dixième côte, immédiatement en avant de l'extrémité libre de la onzième, comme nous avons eu l'occasion de l'observer chez une femme normale avec M. F. Ramond, (voir *Bull. soc. anat.*, juillet 1913).

Comme on le voit, il est des cas où, chez l'adulte, une rate saine peut parfaitement devenir vulnérable à travers la paroi de l'abdomen.

Ce fait, qui peut se présenter accidentellement chez l'adulte, est même la règle chez l'enfant au-dessous de dix ans. En effet, ainsi que l'a fait observer Lieutaud, l'extrémité inférieure de la rate de l'enfant, située dans l'intervalle compris entre les sommets des onzième et douzième côtes, peut être palpée et, par conséquent, blessée à ce niveau. Par conséquent, pour si exceptionnels qu'ils soient, les traumatismes directs d'une rate saine normale ne sont pas tout à fait impossibles, et c'est ce qui nous a décidé à étudier les conditions de résistance de cet organe aux chocs extérieurs. Ces conditions sont de plusieurs sortes : en effet, un choc, pour détruire le parenchyme splénique aura à lutter contre la cohésion de l'organe, contre son élasticité, contre la protection que lui offrent les organes creux voisins, protection dont l'efficacité plus ou moins grande dépend de la pression intraabdominale, enfin contre la résistance de la paroi abdominale qui varie avec l'étendue de la surface d'application du choc.

Pour étudier ces diverses conditions, nous avons fait quelques expériences sur des rates fraîches d'homme adulte et d'animaux divers (porc, mouton, veau) : la rate du porc donne des résultats tout à fait comparables à ceux qu'on obtient avec la rate humaine ; en outre la facilité avec laquelle on peut se la procurer et ses dimensions (elle peut atteindre 50 centimètres de longueur, sur 4 centimètres de largeur, et $1^{cm}2$ d'épaisseur) en font un précieux auxiliaire pour ce genre de recherches, surtout pour étudier les effets produits par des chocs successifs croissants avec des surfaces d'application qui vont elles-mêmes en augmentant : à chaque nouvelle chute de poids sur la rate, on peut, en effet, varier à loisir le lieu de la surface splénique traumatisée jusqu'à ce qu'on arrive à produire l'écrasement superficiel recherché. Le nombre de rates humaines fraîches expérimentées a été de 10 ; nous en devons le plus grand nombre à l'extrême obligeance de M. F. Ramond, médecin des hôpitaux de Paris. Nous devons également, pour nos calculs, quelques précieux conseils à M. Marotte, docteur ès sciences mathématiques, professeur au lycée Charlemagne, que nous tenons à remercier chaleureusement.

Les coefficients de cohésion et d'élasticité ont été déterminés par les procédés de Wertheim (*Ann. de chim. et de phys.*, 1847, XXI). Prenant dans le sens de la longueur d'une rate humaine ou d'une rate de porc, un lambeau prismatique triangulaire de 10 millimètres carrés de section et long de 8 centimètres,

fixé verticalement par son extrémité supérieure, l'extrémité inférieure pouvant recevoir une charge progressivement croissante jusqu'à la rupture, nous avons obtenu, comme coefficient de cohésion, le chiffre de 0,0025 à 0,003 ; et comme coefficient d'élasticité, celui de 0,016 (chez l'homme comme chez le porc).

Ceci revient à dire que, pour rompre un lambeau de tissu splénique de forme prismatique triangulaire, ayant 1 millimètre carré de section et une longueur quelconque (celle-ci, en effet, importe peu), il faut un poids de 2g5 à 3 grammes ; et que, pour allonger ce lambeau de sa propre longueur, si la rupture ne se produisait pas, lorsque la charge a atteint 3 grammes, il faudrait un poids de 16 grammes environ. Par conséquent, le coefficient de cohésion du parenchyme splénique est égal au quart environ de celui de la paroi gastro-intestinale, ou à 1/15 de celui du tissu musculaire strié (0,045 d'après Wertheim); et son coefficient d'élasticité équivaut à 1/60 de celui de ce même tissu (0,95) ou à un tiers environ de celui des artères (0,052, toujours d'après Wertheim).

Le coefficient de cohésion de la rate étant moindre que celui des muscles, on conçoit que ce viscère puisse être écrasé sans qu'on puisse constater aucune lésion du côté de la paroi abdominale : autrement dit, dans un choc traumatique de l'abdomen, la rate aura quatre fois plus de chance d'être lésée que l'estomac et l'intestin, eux-mêmes environ quatre fois plus vulnérables que la paroi abdominale. De même, le coefficient d'élasticité de la rate atteignant à peine le tiers de celui des artères, on conçoit que de tous ses diamètres le plus variable soit, comme l'avait déjà fait observer Rokitansky dans les cas d'hypertrophie, le diamètre longitudinal auquel fait défaut la charpente artérielle qui assure la fixité relative des deux autres. En effet, ainsi que le fait remarquer van Looten (*Journ. de l'anat. et de la physiol.*, 1910), les grosses branches artérielles intraspléniques ont une tendance générale à se porter transversalement, vers les bords antérieur et postérieur de l'organe, où elles se terminent. Ces branches empêchent le diamètre transverse, quand la rate s'hypertrophie, de s'allonger proportionnellement autant que le diamètre longitudinal dépourvu de ce soutien artériel ; par contre, dans les intervalles séparant les plus importantes de ces branches, principalement au niveau du bord convexe, le tissu splénique se développant plus librement qu'à leur niveau même, il en résulte la formation des incisures et des scissures dont le nombre et la profondeur augmentent avec l'âge, ainsi que l'a fait observer Parsons (*Journ. of anat. and physiol.*, XXXV, 1901). Ce fait peut d'ailleurs s'expliquer aussi par la faible cohésion de l'organe. En effet, si l'on considère la figure de Brodersen (*Anat. Anzeiger*, février 1913) dans laquelle la rate, vue par la région postérieure de l'abdomen, se trouve soulevée horizontalement par l'angle gauche du côlon fortement distendu, on voit bâiller assez fortement l'incisure que présente le bord obtus du viscère ; ce phénomène, qui dépend du redressement de la courbure à concavité postéro-inférieure de l'organe par l'intestin fortement dilaté, doit contribuer, par sa répétition, à approfondir l'incisure en question.

La fonction élastique de la rate se retrouve jusque dans son mode d'atrophie ; en effet, si on appelle L le diamètre longitudinal de l'organe, et l son diamètre transversal, on voit le rapport $\frac{L}{l}$ diminuer depuis les premières années de la vie jusqu'à la mort, *approximativement* d'après l'équation $\frac{L}{l} = 0{,}01 \times [180 - 0{,}0625\,(5x^3 + 252x^2 - 60x)]$ formule dans laquelle x correspond à n périodes de dix ans d'existence : c'est là l'expression d'une parabole cubique symétrique, dans laquelle le point d'inflexion répond à $x = 4$; c'est une courbe d'élasticité organique. De même les changements de forme que présente la rate, d'après Shepherd (*J. of anat. and physiol.*, XXXVII, 1902-1903), changements liés à la prédominance de volume soit de l'estomac, soit du gros intestin, dépendent de son élasticité ; et celle-ci joue certainement pour la rate un rôle important de protection en absorbant une partie de la force vive des chocs traumatiques auxquels l'organe peut se trouver exposé.

Pour mesurer l'étendue de ce rôle, nous avons soumis la rate, reposant sur un plan résistant, d'abord à des charges, puis à des chocs successifs, avec surfaces croissantes d'application des chocs, ou des charges. Pour apprécier la limite de la charge que peut supporter une surface donnée de face convexe d'une rate fraîche reposant sur un plan résistant, on prend pour point de repaire la sensation du *cri de l'étain*, appréciable au toucher, que produit le parenchyme splénique dès qu'il subit une pression capable de déterminer son écrasement superficiel. Dans ce but on se sert d'un dynamomètre surmonté d'un plateau sur lequel on étale la rate par sa face concave ; on applique ensuite sur sa face convexe une tige de bois à l'extrémité inférieure de laquelle on peut adapter successivement des surfaces résistantes de 1, 2, 3 et n centimètres carrés. En prenant la tige entre les doigts et appuyant fortement sur l'organe, on ne tarde pas à avoir la sensation du cri de l'étain : on lit alors sur le cadran du dynamomètre le nombre de grammes indiqué. Cette opération laisse après elle, à la surface de l'organe, une étendue au niveau de laquelle le doigt sent que son parenchyme est devenu mou et diffluent et assez facile à délimiter du tissu voisin non traumatisé. Si on laisse tomber ensuite sur d'autres points sains de la rate des poids agissant sur cet organe par des surfaces que l'on peut faire varier, jusqu'à ce que le doigt obtienne, en touchant son parenchyme traumatisé, exactement la même sensation que dans le cas précédent, c'est-à-dire que, dans les cas où l'écrasement superficiel a été produit par une charge, on sait alors quelle est la force vive $1/2\, m v^2$ ou choc qui correspond à une charge minima d'écrasement déjà connue. Pour ce genre de recherches on peut se servir d'un poids de 100 grammes à la face inférieure duquel on peut adapter des surfaces variables, et que l'on fait tomber sur l'organe, centimètre par centimètre, jusqu'à ce que l'on ait obtenu l'écrasement

superficiel de son parenchyme au niveau de la surface traumatisée. En appliquant nos procédés, l'on trouve, pour la charge, que le poids moyen nécessaire pour écraser un centimètre carré de surface splénique est égal à 4380 grammes, avec des variations individuelles allant de 3090 grammes à 5700 grammes. Des variations assez étendues peuvent d'ailleurs être observées sur une même rate selon les divers points expérimentés; nous ne donnons donc ici que des moyennes.

Pour n centimètres carrés de rate la charge minima d'écrasement $P = 4380 \times [1 + 0,28 (n - 1)]$.

Pour produire sur un centimètre carré de rate le même écrasement qu'avec la charge de 4380 grammes, il faudrait employer une force vive de $0^{kgm}028$, c'est-à-dire le travail produit par la chute d'un poids de 100 grammes tombant d'une hauteur de 28 centimètres; ce n'est là qu'une moyenne susceptible de varier, selon les sujets, de $0^{kgm}025$ à $0^{kgm}031$. Pour n centimètres carrés de rate, le choc d'écrasement minimum $1/2\, m v^2$ ou $T_n = 0^{kgm}028 \times 1,10^{n-1}$ avec des variations individuelles allant de $0,025 \times 1,09^{n-1}$ à $0,031 \times 1,11^{n-1}$. Le choc minimum nécessaire pour produire l'écrasement superficiel de la rate croît donc avec la surface, suivant une courbe qui est une parabole $(n - 1)$. On peut s'assurer que la convexité de la face externe de la rate n'entre pour rien dans la détermination de cette courbe, en répétant les mêmes expériences sur la surface plane d'un segment de pomme de terre crue : ici encore on obtient une parabole $(n - 1)$ dont l'expression est $T = 0^{kgm}057 \times 1,13^{n-1}$. Les formules que nous venons de donner ne doivent être admises que pour des limites relativement peu étendues qui peuvent concorder d'ailleurs avec celles de l'observation clinique. Ce qu'il faut surtout retenir, c'est que la limite de la quantité de force vive neutralisée par l'élasticité et la ténacité d'une rate humaine, au cours d'un choc traumatique, peut être représentée par la formule $T_n = 0^{kgm}028 \times 1,1^{n-1}$; n représentant la surface, exprimée en centimètres carrés, sur laquelle s'exerce ce choc.

Si, dans les expériences précédentes, au lieu d'appliquer la rate sur un plan résistant, on la place sur un estomac distendu par de l'air à la pression de H centimètres de mercure, les conditions du choc changent totalement. D'abord il convient de remarquer que la rate repose ordinairement, à l'état normal, sur la portion gazeuse de l'estomac; que le gaz contenu dans la poche gastrique présente une tension équilibrant la pression intraabdominale; enfin, que cette pression elle-même s'équilibre avec la pression atmosphérique dont il faut tenir compte; car, avec les moyens d'ascension rapide que l'on possède actuellement, un sujet, qui à la pression atmosphérique de 76 centimètres de mercure présente une pression intraabdominale égale à H, ne tardera pas à présenter, s'il s'élève rapidement à 2000 mètres par exemple, une nouvelle pression intraabdominale $H' > H$. Voilà pourquoi, dans les expériences qui vont être exposées, on compte les pressions obtenues en partant de la pression atmosphérique initiale, 76 centimètres. Cela étant, après avoir déterminé sur une rate appliquée contre un plan résistant la quantité de force vive nécessaire pour en produire l'écrasement sur une étendue de 10 millimètres carrés [soit $0^{kgm}012$ ou 120 dix-millièmes de kilogrammètre, la force vive en question], on transporte cette même rate sur l'estomac gonflé successivement aux pressions de $77^{cm}5$, $81^{cm}5$, $86^{cm}5$, $91^{cm}5$; et, à chaque nouvelle pression, on détermine par des chutes de poids sur l'organe le choc minimum nécessaire pour produire l'écrasement superficiel de 10 millimètres carrés de sa surface; pour cette expérience, on met en communication avec un manomètre le pylore d'un estomac dont le cardia est solidement adapté à la soufflerie d'un thermocautère; on constate alors que, jusqu'à la pression de $77^{cm}5$ de mercure, le choc en question égale 120 dix-millièmes de kilogrammètre; à $81^{cm}5$ nous avons $= 230$; à $86^{cm}5 = 320$; à $91^{cm}5 = 390$. En disposant les valeurs précédentes, 120, 230, 320, 390 en coordonnées, les pressions étant comptées sur la ligne des x, nous pouvons construire une courbe qui se rapproche extrêmement d'une parabole : $y^2 = 2\, p\, x$, courbe dans laquelle y représente les chocs et x les pressions que l'on peut remplacer, d'après ce que nous avons dit précédemment, par $x = H - 76$; dans cette parabole, le paramètre $2\, p = 9600$. Par conséquent, $y^2 = 9600 \times (H - 76) = 400 \times 24 \times (H - 76)$. Or, 400 est le carré de 20 qui est le sixième de 120 dix-millièmes de kilogrammètre ou choc initial T_n nécessaire pour produire l'écrasement superficiel de 10 millimètres carrés de surface de la rate fraîche reposant sur un plan résistant. Nous pouvons donc écrire : $y^2 = \frac{T_n^2}{36} \times 24 \times (H - 76)$; d'où $y = T_n \times 0,81 \sqrt{H - 76}$. Dans cette formule, le coefficient 0,81 varie selon les rates et les estomacs; il représente une moyenne dont les limites peuvent aller de 0,74 (rates peu élastiques) à 0,86. Elle nous indique que lorsque, au lieu de reposer sur un plan résistant, la rate prend son point d'appui sur un estomac tendu par une pression gazeuse intérieure de H centimètres de mercure, équilibrant la pression intraabdominale, pour produire l'écrasement superficiel de n centimètres carrés de sa surface, il faudra avoir recours à une énergie $[0,81 \sqrt{H - 76}]$ fois plus grande que dans le cas précédent. En d'autres termes, la résistance de la rate au choc extérieur minimum capable de produire son écrasement superficiel croît comme la racine carrée de la pression intraabdominale. Si l'on tient compte des variations possibles de la pression atmosphérique que nous pouvons désigner par H_o, la formule précédente se trouve plus justement exprimée par $y = T_n \times 0,8 \sqrt{H - H_o}$.

Les expériences de Longuet sur l'intestin (*Bull. de la Soc. anat.*, 1875, p. 799) faisaient prévoir le résultat précédent. Cet auteur, en effet, prenant une anse d'intestin vide longue de 15 centimètres et la plaçant à terre sous une compresse pliée en huit laissait tomber sur elle, d'une hauteur de 1^m50, un poids en fer de 2 kilos; il la déchirait du premier coup; en prenant sur le même intestin une autre anse pleine d'air et fermée à ses deux bouts par une

ligature, et la plaçant dans les mêmes conditions que précédemment, il ne parvenait à la déchirer qu'à la deuxième chute d'un poids de 5 kilos tombant toujours de 1^m50. Au contraire, une anse pleine d'eau se trouvait déchirée du premier coup par un poids de 2 kilos tombant de la même hauteur, et la déchirure se produisait presque toujours près du bord adhérent du mésentère. C'est ce qui arrive également pour la rate, dans la majorité des cas, lorsqu'elle éclate sous l'influence d'un traumatisme violent; la déchirure, d'après Corre (*Archives d'anthropologie criminelle*, 1889, t. IV, p. 57), se produit alors vers le hile et parallèlement à lui.

Pour compléter ces recherches, nous nous sommes efforcés de déterminer le rôle de protection qu'exerce la paroi abdominale contre un choc traumatique. Mais on se heurte ici à de grandes difficultés résultant principalement des variations individuelles considérables que présentent les parois des divers sujets, variations susceptibles elles-mêmes d'être modifiées par la pression intraabdominale. Nous avons expérimenté sur une paroi maigre de 25 millimètres d'épaisseur tendue tangentiellement au-dessus de la face convexe d'une rate, celle-ci reposant sur un plan résistant au-dessous de la paroi en question. Cette paroi était tendue de telle sorte qu'une colonne de mercure de 12 centimètres de hauteur et de 1 centimètre carré de section appliquée au milieu de sa partie centrale pût produire une dépression d'un demi-centimètre environ; après chaque chute de poids, on ramenait la paroi à sa tension primitive en écartant plus ou moins les bords (bords d'une caisse) sur lesquels elle était fixée. En remplaçant la face convexe de la rate par la surface plane de section d'une rondelle de pomme de terre crue on arrivait aux mêmes résultats. Mais avant d'entreprendre cette expérience, on peut essayer d'établir une formule générale, au moyen d'une paroi artificielle faite d'une compresse humide pliée plusieurs fois sur elle-même de manière à présenter une épaisseur de 25 millimètres et tendue sur chacun de ses bords par une lame de caoutchouc rouge de 3 millimètres et demi d'épaisseur qui, insérée d'une part sur ce bord même, vient se fixer d'autre part par des clous rapprochés sur le rebord d'une caisse en bois. Si, sur des surfaces de rate de n centimètres carrés progressivement croissantes, on laisse tomber des poids de manière à obtenir l'écrasement superficiel de l'organe, ces poids tombant sur ce dernier, d'abord directement, puis avec interposition de la paroi artificielle, l'écrasement sera produit, dans le premier cas, par un choc minimum égal à T_n, et dans le second cas par un choc miminum égal à T_n'. Le rapport $\frac{T_n'}{T_n} = (1 + Aq^n)$ expression algébrique dans laquelle $q < 1$, de telle sorte que Aq^n représente une progression géométrique décroissante. Avec la paroi artificielle précédente, le coefficient $(1 + Aq^n)$ devient $(1 + 3{,}24 \times 0{,}85^n)$. Avec la paroi abdominale précédemment mentionnée, on le trouve de $(1 + 4{,}2 \times 0{,}9^n)$. Ces formules nous montrent que, la surface d'application du choc traumatique minimum croissant suivant une progression arithmétique, la quantité de force vive de ce choc neutralisée par la paroi abdominale décroît suivant une progression géométrique, de telle sorte que, pour un choc à large surface d'application, le coefficient $(1 + Aq^n)$ se rapproche de l'unité. Ainsi, tandis que pour un choc à surface d'application d'un centimètre carré, la force vive d'écrasement minimum $[0^{kgm}028 \times 1{,}1^{-n1}]$ doit être plus que quadruplée par suite de l'interposition de la paroi abdominale, pour un choc à surface d'application de 10 centimètres carrés, elle ne devra être guère plus que doublée; pour 20 centimètres carrés on devra la rendre encore une fois et demie plus grande; mais pour 30 centimètres carrés, son accroissement ne saurait dépasser le 1/25 de sa propre valeur. Au delà de cette limite, le rôle de protection de la paroi de l'abdomen devient tout à fait négligeable : seule la pression intraabdominale reste toujours efficace, proportionnellement à la racine carrée du nombre qui l'exprime, et c'est vraisemblablement pour la porter à son maximum, en cas de danger, que la nature a créé la défense musculaire de l'abdomen.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 29 DÉCEMBRE 1913)

Expériences faites au mont Blanc en 1913, sur l'activité musculaire spontanée aux très hautes altitudes. — MM. J. VALLOT et R. BAYEUX. On sait que les très hautes altitudes diminuent la puissance musculaire; la fatigue des ascensionnistes prend toujours un caractère aigu à partir de 4000 mètres et elle s'accompagne de troubles respiratoires progressifs en même temps que les efforts musculaires deviennent de plus en plus pénibles.

MM. Vallot et Bayeux ont tenté d'évaluer quelle est la perte de la puissance musculaire aux hautes altitudes, pour cela, ils ont choisi l'écureuil dont l'activité peut être facilement évaluée en comptant le nombre de tours qu'il imprime au cylindre de sa cage dans une journée.

C'est ainsi qu'ils ont pu observer qu'un écureuil qui donnait, par jour, une moyenne de 6700 tours de roue à Chamonix n'en donna que 924 au mont Blanc et, lorsqu'il fut redescendu, il retrouva sa vigueur à tel point que, quelques jours après son retour, il produisait un travail aussi considérable qu'avant son ascension.

Influence de la tension superficielle des liquides sur l'entraînement des microbes par un courant d'air (cas du B prodigiosus). — M. A. TRILLAT.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 6 JANVIER 1914)

M. CHAUVEAU, président sortant, fait un résumé des travaux de l'Académie au cours de l'année qui vient de s'écouler.

M. PERIER, en prenant place au fauteuil de la présidence, rend hommage à l'illustre savant qui l'y a précédé et rappelle avoir assisté, en qualité d'assistant du professeur Louget, à la

fameuse expérience qu'ont faite, il y a un demi-siècle, MM. Chauveau et Marey sur la cardiographie du cœur.

La vaccination antityphoïdique par le vaccin polyvalent du professeur Vincent au 20e régiment d'infanterie à Montauban. — M. Badie. En septembre-octobre 1913, une grave épidémie a éclaté dans la garnison de Montauban, donnant lieu, en quelques semaines, à 58 cas parmi lesquels quelques paratyphoïdes, à 10 cas d'embarras gastrique fébrile suspect et à 16 morts.

La population civile a été atteinte en même temps que les soldats.

Plus de 3 000 jeunes recrues arrivèrent à Montauban au commencement d'octobre, et en pleine épidémie. Ils étaient exposés à une contagion certaine dans cette ville et ce milieu profondément infectés.

La vaccination précoce et en masse de tous ces jeunes soldats, ainsi que de presque tous les anciens soldats de la garnison, a eu pour résultat de protéger les uns et les autres d'une manière absolue. Aucun des soldats qui avaient été vaccinés avant l'épidémie ni aucun de ceux qui furent vaccinés dès leur arrivée ne furent atteints de fièvre typhoïde ou même d'embarras gastrique léger.

En outre, et en raison du nombre considérable des vaccinations ayant porté sur la totalité ou presque de l'effectif, aucun cas nouveau n'a été observé à Montauban dix jours après le début de ces vaccinations. L'épidémie militaire a été entièrement arrêtée dès ce moment, alors que la fièvre typhoïde a continué à se manifester parmi la population civile non immunisée.

M. Badie insiste sur la tolérance remarquable avec laquelle les soldats ont subi les injections de vaccin polyvalent du professeur Vincent. Au 20e d'infanterie, où plus de 1200 hommes ont été complètement vaccinés, il avait fait par conséquent 4941 inoculations. Il avait aussi vacciné 34 femmes ou enfants.

Les réactions générales ont été presque toujours nulles ou insignifiantes. Sur les 4941 inoculés on a compté, en effet, 18 hommes (0,36 p. 100) ayant eu une réaction faible, sans fièvre; 7 (0,14 p. 100) ayant eu une réaction fébrile moyenne (38 degrés à 38°9) et 2 (0,04 p. 100) ayant eu 39 degrés. La fièvre avait cessé le lendemain. On voit, dès lors, combien la vaccination antityphoïdique est simple, facile, inoffensive et remarquablement efficace. Les inoculations doivent être faites avec une rigoureuse asepsie.

Vaccine. — M. Wurtz fait un rapport sur la technique à employer pour contrôler la pureté et l'efficacité du vaccin.

L'hypertension artérielle d'origine rénale, réaction de défense. — M. Ch. Fiessinger. L'hypertension artérielle d'origine rénale, comme cet autre processus morbide, la fièvre, semble devoir être regardée comme une réaction de défense. La constante d'Ambard, toutes précautions prises pour se garer des causes d'erreur, démontre qu'une hypertension artérielle forte amène une filtration rénale supérieure à celle que réalise une hypertension artérielle faible. Au bout d'un certain nombre d'années, seulement, l'hypertension artérielle défaille devant sa tâche filtrante. La lésion rénale a progressé pour son propre compte; l'hypertension artérielle ne suffit point à en conjurer les méfaits.

Les chiffres de sécrétion rénale la plus défectueuse ont été observés chez des sujets dont la tension artérielle est peu haute, bien que le cœur n'ait point fléchi. Les conclusions de l'auteur sont basées sur 74 observations. De grosses conséquences pratiques sont attachées à cette constatation, et tout d'abord la nécessité de respecter la réaction curative de la nature. Les hypertensions très élevées sans doute ont des inconvénients et comportent des dangers dont le plus grand et le plus fréquent est l'éclatement des artères cérébrales. La sécrétion rénale se fait bien, mais les parois vasculaires cèdent sous l'excès de pression.

La diététique sera ordonnée en conséquence. C'est surtout dans les cas d'hypertension faible que les précautions sont à prendre, au point de vue des accidents urémiques toujours à craindre.

Des injections massives de sucre dans le sang, sérum glycosé à 300 p. 1000 dans les états infectieux et toxiques graves, dans les états d'inanition prolongée et dans les oliguries de cause mécanique. — M. Ed. Enriquez. Après les recherches expérimentales des physiologistes, et l'essai d'application chez l'homme tenté, sans lendemain d'ailleurs, par Fleig, l'auteur a entrepris avec la collaboration de son interne, M. Guttmann, l'étude de l'action des injections intraveineuses des solutions sucrées hypertoniques en clinique. Il a employé les solutions glycosées à 300 p. 1000, récemment stérilisées à l'autoclave, et injectées très lentement, l'introduction de 250 à 300 centimètres cubes exigeant un laps de temps d'une heure environ. Le même malade recevait souvent en deux ou trois fois jusqu'à un litre de sérum hyperglycosé, ce qui représente 300 grammes de sucre, ration alimentaire équivalente, comme on sait, à 1200 calories environ.

La tolérance de l'organisme à l'égard de ces injections est parfaite, et contrairement à la crainte que pouvait faire naître la notion de l'osmonocivité, jamais l'auteur n'a observé le moindre incident hémolytique. Cette tolérance parfaite s'explique d'ailleurs a priori, par la lenteur de l'injection, le glucose, au fur et à mesure de sa pénétration, se transformant rapidement en glycogène pour se fixer surtout dans les cellules hépatiques et musculaires.

Or, pratiquées dans un grand nombre d'états infectieux les plus divers, à une période où le myocarde ne répondait plus aux différentes sollicitations thérapeutiques, et où la gravité de la situation était soulignée par une oligurie persistante, ces injections ont donné des résultats fort remarquables; elles ont, dans la plupart des cas, provoqué une diurèse pour ainsi dire immédiate et secondairement une amélioration rapide de l'état général. La même action bienfaisante a été notée dans quelques cas d'intoxication très graves (oxyde de carbone et chloroforme).

En raison de leur haute valeur nutritive, il a paru rationnel de pratiquer également ces injections chez des malades en état d'inanition plus ou moins accusée, inanition secondaire soit à des lésions ulcéreuses ou sténosantes du tube digestif, soit à une longue période de refroidissement au cas d'appendicite aiguë, par exemple. Or, chez tous ces malades, si souvent justiciables d'une intervention chirurgicale ultérieure, la fixation rapide dans les cellules hépatiques du glucose transformé en glycogène, contribue à diminuer la prédisposition très réelle des inanitiés aux accidents tardifs du chloroforme.

En dehors des états infectieux et toxiques graves, en dehors des états d'inanition, ajoute M. Enriquez, les injections intraveineuses de sérum hyperglycosé, offrent au clinicien une arme de tout premier ordre dans les cas si nombreux d'oligurie mécanique, symptomatique des états hyposystoliques ou asystoliques. Pratiquées après une saignée, ces injections déterminent une véritable diurèse d'urgence qui permet d'attendre l'action plus lente des médicaments cardiaques et qui sera d'autant plus abondante que l'intégrité fonctionnelle du rein sera plus parfaite.

Enfants xyphopages. — M. Le Filliatre présente deux fillettes xyphopages, nées le 28 novembre dernier, qui, pendant la présentation, prennent chacune le sein d'une même nourrice.

Communication faite à la séance du 30 décembre 1913 :

La méthode d'homogénéisation des crachats pour le dépistage de la tuberculose. — MM. Fernand Bezançon et André Philibert rapportent de nombreuses observations qui montrent l'importance pratique de la méthode d'homogénéisation des crachats pour le dépistage de la tuberculose dans les cas où l'examen simple des crachats ne révèle pas la présence du bacille de Koch.

Les auteurs se sont servis de la méthode de l'homogénéisation par la soude qu'ils ont rendue plus exacte en se préoccupant des rapports existant entre la densité du bacille de Koch et celle des exsudats à homogénéiser.

Grâce à l'homogénéisation, les auteurs ont pu dans de nombreux cas porter un diagnostic de tuberculose pulmonaire, alors que l'examen direct ne montrait pas encore de bacilles, il en fut de même dans le cas de pneumopathie tuberculeuse (congestion pleuro-pulmonaire, broncho-pneumonie, pneumonie tuberculeuse curable) et dans deux cas de lésions pulmonaires suspectes chez des femmes présentant un rétrécissement mitral.

Au cours de la pleurésie séro-fibrineuse en apparence primitive, l'expectoration fut révélée bacillifère dans trois cas, grâce à l'homogénéisation ; il en fut de même chez une syphilitique atteinte de pleurésie, bien que le sérum de la malade et le liquide pleural aient donné une réaction de Wassermann positive ; la pratique de l'homogénéisation peut encore rendre des services pour l'étude des catarrhes pituiteux, bronchites pseudo-membraneuses; au déclin des poussées évolutives tuberculeuses où elle peut montrer la persistance des bacilles que l'on croirait disparus si l'on se contente de l'examen direct.

L'homogénéisation est cependant insuffisante elle-même dans un grand nombre de cas, et, en pratique, on doit toujours pratiquer successivement les trois techniques suivantes : 1° l'examen simple; 2° s'il est négatif, homogénéisation ; 3° si l'homogénéisation est négative, inoculation au cobaye.

L'application à dix pus tuberculeux des trois techniques montre bien leur valeur comparée, l'examen direct ne décèle le bacille que dans un cas, l'homogénéisation dans cinq cas, l'inoculation dans tous.

La simplicité de la méthode d'homogénéisation et la rapidité des résultats qu'elle donne aux cliniciens montre bien toute sa valeur pratique.

ANALYSES

MÉDECINE

Coloration du bacille de Koch par le Ziehl-formol (méthode de C. Biot). (Fernand Arloing et René Biot. *Lyon méd.*, 14 déc. 1913, 45e année, t. CXXI.) — La question de la coloration du bacille de Koch par les méthodes de Much, de Fontès, de Ziehl ayant été depuis quelque temps agitée devant la Société d'études scientifiques sur la tuberculose, les auteurs appellent l'attention sur la méthode à la fuschine-formol découverte par C. Biot.

Ce procédé, d'une rapidité et d'une simplicité remarquables, comporte les différents temps suivants :

1° Etaler le produit à examiner en couche très mince (cette précaution prend dans ce cas une réelle importance);

2° Colorer avec la solution de Ziehl à chaud, qu'on laissera ensuite agir pendant deux à trois minutes;

3° Sans laver à l'eau, décolorer à l'acide azotique à un quart, puis à l'alcool absolu; pousser cette décoloration aussi loin que possible;

4° Laver à l'eau, puis traiter par le formol du commerce à 40 volumes pendant trois minutes au moins;

5° Laver, laisser sécher, examiner à l'immersion.

Ce procédé présente de nombreux avantages :

Les bacilles se détachent très nettement avec une belle teinte violet noir sur le fond clair non recoloré de la préparation. Avec une technique toujours identique, on obtient des colorations plus ou moins foncées dues probablement à la constitution ou au degré d'évolution du bacille, car ces différences d'intensité de teinte peuvent s'observer sur une même préparation. Le corps bacillaire revêt, suivant les cas cliniques de tuberculose pulmonaire, les aspects différents bien connus : bacilles longs, courts, grêles, trapus, homogènes, granuleux, etc.

L'action colorante sur les granulations protoplasmiques contenues à l'intérieur du bacille de Koch est tout à fait remarquable. A cet égard, on peut dire qu'il est impossible d'affirmer que ces granulations terminales sont de véritables spores au point de vue biologique.

Enfin, la coloration fuchsine-formol donne des résultats particulièrement intéressants en ce qui concerne les granulations isolées que l'on rencontre éparses dans les préparations au voisinage du bacille de Koch et que Much a particulièrement étudiées. Il y a, entre ces granulations isolées et celles du corps bacillaire lui-même identité parfaite de teinte et de volume, si bien qu'il paraît difficile de nier l'origine bacillaire de ces formations.

En résumé, le procédé fuchsine-formol donne des renseignements comparables à ceux fournis par les méthodes plus longues et plus compliquées de Much, Spengler, Fontès, et c'est la raison pour laquelle Arloing et Biot estiment qu'il est trop peu connu. STEPHEN CHAUVET.

Les étapes de l'étude scientifique de la rage : Pasteur, Negri, Noguchi. (Landrieu. *Biologica*, 15 nov. 1913.) — La première étape de l'étude scientifique de la rage est due à Pasteur qui démontra successivement en des expériences justement célèbres, la transmission expérimentale de la rage et les variations de virulence du virus rabique, qui ont abouti à la technique fondamentale de la prévention de la rage après morsure.

En 1903, Negri a trouvé dans les cellules du système nerveux central d'animaux rabiques, particulièrement dans les cellules de la corne d'Ammon de chiens atteints de rage des rues, des *corps spéciaux* de 1 à 5 μ, arrondis, se colorant vivement par la méthode de Mann au bleu de méthylène ; ces corps de Negri sont formés d'une masse homogène contenant des inclusions diverses, présentant des affinités tinctoriales variables ; ces inclusions se rencontrent aussi chez l'homme atteint de rage des rues; aussi Manouélian et Mme Luzzati-Negri en ont-ils conclu que les corps de Negri étaient *caractéristiques* de la rage des rues et qu'ils représentaient l'encapsulation d'un microbe *paramicroscopique* rappelant celui de la péripneumonie des bovidés.

En 1913 (*Gaz. des hôpit.*, p. 1660), Noguchi a annoncé la *culture* du virus rabique par ensemencement des tissus nerveux d'animaux atteints de virus des rues ou de virus fixe dans des tubes de gélose ascite présentant à la partie inférieure un fragment de tissu quelconque et recouverte d'huile de vaseline pour rendre le milieu anaérobie ; il se produisait des corpuscules granulaires minuscules, parfois des corpuscules nucléés ronds ou ovales avec membrane, rappelant assez bien les corps de Negri, se multipliant activement et par inoculation reproduisant la rage chez les animaux de laboratoire. Telles sont les différentes étapes parcourues dans l'étude scientifique et expérimentale de la rage ; il était intéressant de les rapprocher à l'occasion des communications récentes de Noguchi. J. MILHIT.

Les techniques bactériologiques, biologiques et vaccinothérapiques de Wright. (F. Arloing et R. Biot. *Bull. méd.*, 6 déc. 1913.) — Ayant eu l'occasion de faire un séjour dans les laboratoires du professeur Wright, au St-Mary's hospital

de Londres, les auteurs en ont profité pour se documenter sur certaines techniques bactériologiques couramment employées en Angleterre, techniques qu'ils font connaître à leur tour dans leurs plus petits détails aux lecteurs français. Parmi les méthodes de bactériologie générale ainsi étudiées, il faut signaler les techniques employées pour doser le pouvoir agglutinant, le pouvoir bactériolytique, le pouvoir antitryptique du sérum; la mesure de l'indice opsonique est longuement étudiée; rappelons à ce sujet que cette question a fait l'objet d'une revue générale dans la *Gazette des hôpitaux*, en 1909. D'une actualité plus immédiate sont les renseignements relatifs à la vaccinothérapie et à la bactériothérapie de certaines infections. Alors en effet qu'en France la bactériothérapie commence à peine de timides essais, elle est au contraire d'une pratique courante en Angleterre où les médecins s'inspirent de la phrase même de Wright : « Le médecin de l'avenir doit être avant tout un immunisateur; mais, du moins c'est ainsi que je le conçois, il ne doit pas être seulement un immunisateur. » Tous ceux que ces questions intéressent, trouveront dans la lecture de ces documents de très utiles renseignements, spécialement au point de vue pratique, point de vue trop souvent négligé malheureusement au profit des discussions théoriques et doctrinales. J. MILHIT.

MÉDECINE INFANTILE

Le rhumatisme chronique chez l'enfant. (HUTINEL. *Journal des praticiens*, 6 déc. 1913.) — L'existence du rhumatisme chronique chez l'enfant a été signalée dès 1864, par Cornil; une étude d'ensemble en a été faite en 1890 par Diamantberger. Le point obscur de l'histoire de ce rhumatisme, c'est son étiologie; on invoque les infections, les toxémies; on admet une prédisposition du sujet; parfois on retrouve dans les antécédents, la tuberculose, la syphilis, des infections digestives, etc., sans que l'on puisse affirmer l'origine syphilitique, tuberculeuse de ce rhumatisme, aussi ce chapitre reste-t-il très obscur presque dans tous les cas.

Il existe deux variétés de rhumatisme chronique : l'un succède à des attaques répétées de rhumatisme articulaire aigu, l'autre se développe insidieusement; il est des cas intermédiaires à début subaigu et à poussées successives; le plus souvent ce sont les petites articulations métacarpo-phalangiennes et phalanginiennes qui sont d'abord atteintes; puis apparaît l'atrophie musculaire; les muscles atrophiés se rétractent ensuite et le tableau clinique est alors, à peu de choses près, celui que Charcot a tracé du rhumatisme chronique de l'adulte.

Le pronostic est assez variable; quelquefois on voit ces enfants s'améliorer progressivement; dans d'autres cas au contraire les rétractions s'accusent, les malades se tuberculisent ou succombent à une infection intercurrente. Le traitement consiste à faire vivre ces malades dans un milieu sain et sec, à leur faire des massages, de la mobilisation; on prescrira du sirop iodotannique; on enverra ces enfants faire une saison à Dax, ou dans d'autres stations d'eaux chaudes salines, Bourbon-Lancy, Bourbonne; on sera parfois amené à prescrire le traitement opothérapique, tout spécialement l'opothérapie thyroïdienne. J. MILHIT.

Les tumeurs cérébrales chez l'enfant. (D'ASTROS. *La Pédiatrie pratique*, 25 nov. 1913.) — Les tumeurs cérébrales sont plus rares chez l'enfant que chez l'adulte; dans plus de 50 p. 100 des cas il s'agit d'ailleurs de tuberculomes, siégeant de préférence au niveau du cervelet et de la protubérance; ce qui est spécial à l'enfant c'est qu'il se produit des troubles de la circulation du liquide céphalo-rachidien qui aboutissent assez rapidement à un degré plus ou moins marqué d'*hydrocéphalie*, spécialement lorsqu'il s'agit de tumeurs du cervelet ou de la base du cerveau; cette hydrocéphalie détermine des troubles nutritifs dans la substance cérébrale; il se produit ainsi un amincissement des os du crâne avec développement de la circulation péricranienne; la boîte cranienne se dilate sous l'effet de la pression intérieure; si l'enfant est très jeune les os du crâne s'écartent; chez les enfants plus âgés on assiste à la *disjonction des sutures*; ce mécanisme explique comment la céphalée qui traduit l'hypertension intracranienne fait souvent défaut chez l'enfant (Broca) dont les sutures ne sont pas encore fermées, ou ont pu se disjoindre. La ponction lombaire est le plus souvent négative au point de vue cytologique, même dans le tuberculome; parfois au contraire, on observe une réaction méningée avec albumine et lymphocytose légère, parfois une véritable méningite surajoutée. Au point de vue thérapeutique la ponction lombaire peut être conseillée dans quelques cas comme méthode palliative décompressive, mais c'est surtout à la craniectomie qu'il faut s'adresser pour réaliser ce but; le traitement curatif est l'ablation (Horseley), qui ne peut être tentée s'il s'agit de tuberculome, ou s'il existe une réaction méningée concomitante : c'est dire qu'elle est contre-indiquée dans l'immense majorité des cas. J. MILHIT.

CHIRURGIE

De l'adénopathie précoce dans le cancer du sein. De l'adénopathie révélatrice. (QUÉNU. *Bulletin médical*, 29 nov. 1913.) — Les formules classiques données relativement à l'époque d'envahissement des ganglions axillaires au cours du cancer du sein sont parfois trompeuses; chez certains malades en effet l'inoculation axillaire est excessivement *précoce*; elle peut être précoce à ce point que, dans l'un des cas rapporté par M. le professeur Quénu, l'adénopathie axillaire a été le *signe révélateur* d'un cancer du sein.

Le diagnostic de ces adénopathies est extrêmement délicat; la présence de ganglions peut être, en effet, méconnue, ou même, une fois reconnue, elle peut être interprétée comme une adénopathie banale d'origine inflammatoire.

Au point de vue pratique, toute adénopathie axillaire de consistance dure devrait être tenue pour suspecte si on l'observe aux alentours de quarante-cinq ans, si rien dans l'état général ou dans l'état des régions voisines ne vient en donner une explication satisfaisante; comme il n'est pas permis de rester dans l'incertitude, il faudrait alors enlever ces ganglions, s'assurer par un examen histologique rapide qu'il s'agit bien de cancer épithélial et séance tenante, en cas d'affirmative, procéder à l'ablation du sein. Pour M. Quénu, c'est vers le cancer massif du sein dont on sait le pronostic désespérant, qu'évoluent ces dégénérescences sournoises du sein, sans nodosités, avec adénopathies méconnues, ou mal interprétées; l'envahissement total des ganglions engendre un œdème chronique du sein qui favorise le développement du carcinome et son infiltration. Aussi est-il tout à fait indiqué d'intervenir et le moment favorable pour opérer serait celui où l'adénopathie axillaire ne s'accompagne du côté du sein que de signes nuls ou insignifiants, c'est-à-dire tout à fait au début. J. MILHIT.

Kystes uretéro-vésicaux. Traitement opératoire. (John R. CAULK. *Journ. Amer. med. Assoc.*, vol. LXI, n° 9, 8 nov. 1913, pp. 1685-1688.) — Les dilatations kystiques de l'extrémité inférieure de l'uretère naguère considérées comme des raretés et curiosités anatomo-pathologiques sont maintenant fréquemment observées chez le vivant par suite des progrès de l'examen cystoscopique. Ces dilatatations sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. Certains auteurs défendent énergiquement l'origine congénitale; ils semblent être en majorité, mais Caulk se rattache à l'opinion qui en fait des lésions acquises, dans la majorité des cas, consécutives à des processus inflammatoires, et à une longueur anormale de la portion intrapariétale de l'uretère, là où il est directement sous la muqueuse, sans support d'une couche de fibres musculaires; plus cette distance est grande, plus gros

sera le kyste. La forme du kyste est variable ; généralement il ressemble à une papille sur laquelle est situé l'orifice de l'uretère. La dimension varie depuis une très petite dilatation jusqu'à une tumeur recouvrant complètement le trigone et donnant lieu à des symptômes d'obstruction. L'aspect cystoscopique d'une protrusion se ballonnant à chaque efflux ureteral est caractéristique. Les symptômes fonctionnels sont très variables ; souvent il n'y a rien. Les rapports du kyste et de l'orifice urétral sont les éléments les plus importants à ce point de vue.

Le traitement opératoire peut être endovésical ou faire suite à l'ouverture sus-pubienne de la vessie (suture, résection). L'opération endovésicale est généralement une incision du kyste au niveau de l'orifice ureteral. Les résultats sont quelquefois bons, mais la récidive survient souvent, et fréquemment des séances multiples de dilatation sont nécessaires pour empêcher un rétrécissement.

Caulk rapporte 6 cas. Dans le premier, la résection cystoscopique du kyste donna de bons résultats temporairement. La néphrectomie devint finalement nécessaire. Dans un second, la guérison fut permanente. Deux ne furent pas opérés, deux furent traités par la néphrectomie pour lésions rénales graves coexistantes (1 cas de tuberculose, 1 de pyonéphrose). Caulk pense que les opérations plus graves par voie hypogastrique ne mettent pas plus à l'abri du rétrécissement consécutif que l'opération endovésicale.

F. GARDNER.

Transplantation du testicule. (Victor D. LESPINASSE. *Journ. amer. med. Assoc.*, 22 nov. 1913, vol. LXI, n° 21, p. 1869-1870.) — La transplantation du testicule peut se concevoir de deux façons :

1° On peut essayer de transplanter la totalité du testicule avec anastomose vasculaire ; un cas de ce genre a été publié, avec suture bout à bout de l'artère et de la veine spermatiques : ce fut un succès technique, mais le testicule s'atrophia, et comme le sujet a un autre testicule sain il est impossible de déterminer la valeur fonctionnelle de l'organe transplanté. Il n'y a pas eu de recherches expérimentales sur cette méthode de transplantation. La meilleure technique serait évidemment le détachement d'une collerette de l'aorte et de la veine cave autour de l'embouchure des vaisseaux spermatiques, et suture dans un orifice semblable pratiqué dans les gros vaisseaux du sujet à greffer.

2° On peut essayer la transplantation simplement pour la fonction des cellules interstitielles sans spermatogenèse. Si l'on transplante un testicule en totalité, il est presque certain de se nécroser. Si l'on transplante des tranches minces dans un tissu vasculaire, les éléments survivent, ainsi que cela est démontré par de nombreuses recherches expérimentales sur le coq et la grenouille. Chez le cobaye, le lapin et le chien, les résultats sont plus variables.

Chez un homme de trente-huit ans, dont un testicule ectopique avait été enlevé au cours d'une opération pour hernie et dont l'autre avait été détruit dans un accident, Lespinasse incisa le scrotum et prépara une loge comme pour un testicule en ectopie. Une autre incision fut faite dans la peau et le fascia recouvrant le grand droit de l'abdomen et les fibres du muscle furent séparées avec un instrument mousse. Le testicule normal (obtenu sans la moindre difficulté ; Lespinasse se déclare même surpris du nombre de testicules normaux qui sont à céder pour transplantation) fut débité en tranches d'un millimètre d'épaisseur. Deux tranches furent mises dans le muscle et une dans le scrotum.

Le quatrième jour, le malade qui jusque-là n'avait plus de désirs sexuels eut une forte érection et insista pour quitter l'hôpital afin de la satisfaire. Les désirs sexuels et le pouvoir d'érection ont persisté depuis, c'est-à-dire pendant deux ans.

F. GARDNER.

MÉDECINE PRATIQUE

LES DIURÉTIQUES

Toutes les substances capables de favoriser l'élimination urinaire, soit en augmentant la partie aqueuse des urines, soit en favorisant l'excrétion optima des substances dissoutes sont diurétiques.

Si le cœur et les reins sont organiquement ou fonctionnellement sains, la diurèse est fonction du régime de boisson, et l'urine est plus ou moins concentrée. De même, la dose des substances dissoutes est proportionnelle à la quantité et à la qualité des aliments ingérés.

Il en est tout autrement à l'état pathologique où souvent la cure de réduction des liquides s'impose pour favoriser la diurèse ; où la privation du sel alimentaire facilite l'excrétion du sel retenu dans les tissus. D'ailleurs, il est toujours indispensable d'aider cette diurèse pathogénique, d'activer l'élimination chlorurée et azotée, l'épuration des produits toxiques dont la rétention provoque des symptômes si divers : céphalée, insomnie, excitation nerveuse, dyspnée, troubles gastro-intestinaux et vaso-moteurs. Nous voyons ainsi des diurétiques devenir secondairement somnifères, eupnéiques, régulateurs de la circulation des fonctions de l'estomac et de l'intestin, en s'adressant à la cause de ces accidents rangés en clinique sous la dénomination générale d'urémie.

Suivant la cause qui préside à la diminution des urines, on aura recours aux toni-cardiaques ou diurétiques indirects ou aux diurétiques vrais qui agissent sur l'épithélium rénal en favorisant l'excrétion des substances dissoutes et des produits excrémentiels.

Au cours de l'insuffisance cardiaque prédominante, avec grands œdèmes, congestions viscérales, le diurétique de choix est la digitale à dose massive qui, par son action cardiotonique, produira la débâcle urinaire habituelle chez les asystoliques bien traités. Si la dilatation cardiaque n'est que modérée, le strophantus et l'adonis vernalis rempliront le même but, avec un résultat comparable.

Au contraire, au cours de l'insuffisance rénale, avec phénomènes toxiques prédominants, les diurétiques vrais sont indiqués : tisanes diurétiques, eaux faiblement minéralisées, régime lacté, lactose, scille, théobromine ou mieux Théosalvose, etc., etc. ; mais, tandis que la scille ou les médicaments similaires ou la teinture de cantharides préconisée autrefois par Lancereaux, agissent en irritant et en faisant hyperfonctionner les cellules rénales, la Théosalvose à base de théobromine est un médicament à action rénale prédominante, sans retentissement appréciable sur l'appareil cardio-vasculaire. Il n'est pas irritant comme les précédents, puisqu'on peut l'administrer des mois et des années, presque sans interruption, sans provoquer la moindre intolérance et surtout sans le voir cesser d'agir. C'est un médicament déchlorurant, facilitant par conséquent la résorption des œdèmes ; il est enfin épurateur et désintoxicant.

Il représente donc le diurétique idéal, complet et il devient tour à tour hypnotique, eupnéique, régulateur de la circulation périphérique, en faisant tomber les spasmes artériels dus aux rétentions toxiques.

Quelques accidents d'intolérance ont été signalés avec les théobromines qu'on trouve dans le commerce : céphalée frontale plus ou moins accusée, nausées, vomissements ou légère excitation cérébrale. A la vérité, ces accidents qui sont dus le plus souvent à l'impureté des produits employés sont extrêmement rares si l'on prescrit la Théosalvose (1) et si l'on a soin de donner des doses modérées, par cachet de 0g25.

(1) La Théosalvose (à base de théobromine française) ne se délivre qu'en cachets dosés à 0g50 ou à 0g25).

LIVRES NOUVEAUX

Orthodontie (1), par le docteur GALLAVARDIN.

L'orthodontie, qui tend à régulariser la position des organes dentaires ayant effectué leur évolution dans des directions vicieuses, est une des parties les plus délicates de la stomatologie. S'il fallait en croire cependant la plupart des ouvrages sur la question, rien ne serait aisé comme cette régularisation et les dispositions les plus irrégulières ne sauraient résister aux méthodes personnelles préconisées par chacun des auteurs. Mais ces succès, dans tous les cas, ne se voient que dans les ouvrages en question, car dans la pratique les résultats sont moins brillants, et il nous a été donné souvent de voir des insuccès complets de telle ou telle méthode entre les mains cependant de praticiens fort distingués. Il est vrai que, peut-être, ces systèmes ne sont pas de bons articles d'importation.

Aussi doit-on savoir gré à M. Gallavardin d'avoir eu le courage de nous présenter dans son livre non seulement les bons résultats, mais aussi les déboires qu'il a pu rencontrer, faisant ainsi un ouvrage de « bonne foi ».

Il nous montre bien l'importance de la surveillance constante de l'évolution dentaire chez l'enfant principalement au moment du remplacement des dents temporaires, l'utilité de la conservation de ces organes pendant leur durée normale, étant donné leur rôle de tuteur pour l'éruption des dents définitives; il insiste sur le moment favorable à une intervention qui, en général, doit suivre la complète éruption des dents à traiter; et tout en conseillant autant que possible la conservation de toutes les dents, comme il s'agit en somme le plus souvent de créer de la place, il sait se résoudre quand il le faut à des sacrifices indispensables.

On peut lui reprocher de ne pas avoir décrit d'une façon suffisante les procédés employés. De plus, il eût été peut-être préférable que l'auteur adoptât une nomenclature plus conforme aux usages habituels de l'anatomie descriptive. La bouche se divisant en vestibule et cavité buccale proprement dite, il est logique de distinguer sur les dents une face vestibulaire et une face buccale et, suivant leur disposition par rapport au plan médian, une face médiane et une face distante. Et ainsi les descriptions auraient gagné en clarté pour tous, spécialisés ou non.

A. HERPIN.

Guérison de la scoliose et méthode d'Abbott. Comment traiter les diverses scolioses (2), par F. CALOT.

Dans cet intéressant opuscule, M. Calot expose avec le sens de la vulgarisation qui se remarque dans tous ses ouvrages ce que l'on sait sur la nouvelle méthode. Il nous décrit d'abord la technique d'Abbott et les résultats que ce dernier a obtenus, nous montrant la guérison de cas de scoliose reconnus jusqu'ici comme incurables; cette description est illustrée par les clichés mêmes d'Abbott. L'auteur expose ensuite son expérience personnelle de la méthode qui ne fait que confirmer les publications de l'auteur américain.

Il termine par les règles de conduite pratique pour les médecins placés en face d'une scoliose, précisant les modifications que l'introduction d'une méthode nouvelle amène dans les anciennes indications.

M. LANCE.

Dilatation considérable et asymétrique de la vessie, consécutive à un rétrécissement congénital de l'urètre (3), par le docteur LE FUR.

L'auteur a observé un homme de quarante et un ans, atteint de rétrécissement congénital, dont la vessie s'était distendue progressivement jusqu'à contenir deux litres d'urine et qui avait de l'incontinence par regorgement, sans que pendant longtemps l'état local et général eût à en souffrir. Il se mit ensuite à faire des poussées d'infection urinaire toutes les fois qu'on essayait de passer un instrument par le canal. La vessie présentait une dilatation asymétrique et elle occupait une position latérale dans le flanc droit au point d'avoir été confondue avec une tumeur abdominale. Bien que la cystoscopie n'ait pu être faite, M. Le Fur suppose qu'il s'agissait d'une déformation de la vessie, forcée latéralement, plutôt que d'une cellule vésicale, car la vessie ne se vidait pas en deux temps. Au-devant de la vessie existait une sonorité, révélatrice de la présence d'anses intestinales; si donc le cathétérisme était demeuré impossible il eût fallu pour évacuer le liquide avoir recours à la taille hypogastrique, par crainte de perforer l'intestin en faisant une ponction vésicale. Heureusement qu'une bougie filiforme put passer et le même jour l'urétrotomie interne fut pratiquée. Fait intéressant, la rétention complète persista pendant dix jours après l'urétrotomie, dénotant une paralysie complète de la vessie; elle céda cependant au bout d'un mois à l'électrisation et à la dilatation.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Induration plastique et sclérose des corps caverneux (2), par le docteur LE FUR.

D'un certain nombre d'observations l'auteur croit pouvoir conclure que les scléroses et indurations plastiques des corps caverneux sont plus fréquentes qu'on ne le pense généralement. Elles s'accompagnent de troubles génitaux caractéristiques, revêtant parfois une intensité prononcée, tels que douleurs et déviations de la verge pendant l'érection, neurasthénie consécutive parfois très accusée.

Bien des causes ont été invoquées pour expliquer l'affection : cavernites chroniques, hématomes, syphilis, péri-urétrites, phlébites, arthritisme, goutte, diabète. D'après M. Le Fur il faut y joindre une cause, qui peut être fréquente et dont il a observé pour sa part un cas fort net, la tuberculose.

Le traitement devra donc comprendre outre le massage, l'air chaud et l'électrolyse, une thérapeutique antituberculeuse dont fera partie la tuberculinothérapie lorsqu'on soupçonnera la tuberculose. Si ces moyens échouent, l'extirpation du nodus ou des nodi fibreux sera indiquée et devra être tentée.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

La Métallothérapie colloïdale (3), par E. POZZI-ESCOT, avec la collaboration de L. POZZI-ESCOT.

Ce petit volume, qui fait partie des « Actualités chimiques et biologiques », met au point l'importante question de la thérapeutique par les agents catalytiques colloïdaux métalliques. Très clairement conçu et rédigé il sera lu avec grand profit par les praticiens.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

FORMULAIRE

RÉGIME DES DIABÉTIQUES

Le régime lacté est souvent ordonné aux diabétiques maigres à dénutrition azotée. Le lait n'est pas toujours toléré et donne souvent soif.

C'est alors que d'excellents résultats ont été obtenus avec le « Képhir Salières », champagne lacté, sans sucre, riche en levures, à la dose d'une canette par jour.

(1) Paris, J.-B. Baillière.
(2) In-8 carré de 113 pages avec 130 figures dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, Maloine.
(3) Une brochure. — Paris, A. Maloine.

(1) Une brochure. — Paris, A. Maloine.
(2) Un vol. de 92 pages. — Paris, J. Rousset.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 50, 11 déc. 1913.) LOEFFLER : Quelles sont les mesures à prendre pour endiguer la tuberculose comme maladie populaire? — EHRLICH : Souvenirs sur l'époque des recherches sur l'étiologie de la tuberculose de Robert Koch. — KOLLE : Robert Koch et le problème de la spécificité. — KOSSEL : Disposition momentanée et locale dans les infections, éclairée par les recherches expérimentales. — FISCHER : Propagation de la fièvre typhoïde par le lait et sa prophylaxie d'après les expériences faites dans le Schleswig-Holstein. — LENTZ : La fièvre typhoïde dans l'Oberstein, sous l'influence de la lutte antityphique systématique. — UHLENHUTH et HÜGEL : Action chémothérapique de nouvelles préparations à l'antimoine sur les maladies à spirochètes et à trypanosomes. — BRIEGER : Tuberculose pulmonaire et hydrothérapie. — LOCKEMANN : Contributions à la biologie du bacille tuberculeux. — MÖLLERS : Recherches sérologiques sur la teneur en antigène des solutions de culture de bacilles tuberculeux. — WANKEL : La courbe de réaction de Théobald Smith comme moyen de différenciation des bacilles tuberculeux humain et bovin. — STINER et ABELIN : Résistance locale de la peau contre le bacille tuberculeux. — RUPPEL : Tuberculine. — KŒNIGSFELD et PRAUSNITZ : Les dérivés d'allyl et le carcinome de la souris.

Marseille médical. — (N° 23, 1er déc. 1913.) E. JOURDAN : Le professeur Max Rietsch. — L. BILLON : Quelques cas de tuberculose pulmonaire traités par la piésithérapie (pneumothorax artificiel) antiseptique, depuis plus de dix-huit mois. — S. COSTA : Fièvre de Malte à forme typhoïde chez un typho-vacciné. Essai de bactériothérapie antimélitococcique. — GUÉRIN, VALEMALE et VAYSSIER : Hémimélie à type cubital.

Montpellier médical. — (N° 47, 23 nov. 1913.) FORGUE et JEANBRAU : Accidents du travail : Y a-t-il intérêt à indemniser les incapacités minimes? — DE ROUVILLE : Deux cas de pyosalpinx iliaques des salpingites hautes et en particulier des sigmoïdo-annexites. — (N° 48, 30 nov.) RODET : Théorie et pratique de la sérothérapie antityphique; état actuel de la question. — C. GUEIT : Les lavements de collargol dans les diarrhées cholériformes des nourrissons.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 48, 2 déc. 1913.) HEINEKE : Comment se comportent les organes hématopoïétiques dans les radiations profondes modernes? — SINGER et HOLZKNECHT : Signes radiologiques importants dans le diagnostic de l'appendicite chronique. — VERAGUTH et SYDERHELM : Nouveau procédé d'action rapide sur les leucocytoses anormales. — HENRICH : Contribution à la clinique des méthodes d'examen direct. — GWERDER : Le plombage des poumons tuberculeux. — FÜRTH : Six cas à allure typhoïde en Extrême-Orient, dus à un bacille du groupe. — MÖRCHEN : Sur le diogénal, un nouveau sédatif. — NEUMAYER : Sur les doses de néosalvarsan. — WACKER : Quel est l'élément le plus important de la pâte de bismuth de Beck? — ZIMMERMANN : Sur la ténosine. — EMMERICH et LOEW : Traitement heureux de l'asthme des foins par le chlorure de calcium. — SCHWYZER : La teneur en fluor de l'eau de Karlsbad. — EHEDERING : Traitement de l'herpès tonsurant. — GEIGEL : Laryngoscope convexe. — (N° 49, 9 déc.) EICKE : La réaction à l'or du liquide céphalo-rachidien. — VEIL : Contribution à l'étude des albuminuries de bonne nature. — LUST : Sur l'emploi abusif de l'eau albumineuse dans le traitement des troubles de nutrition aigus des nouveau-nés. — HEGNER : Sur la transmission expérimentale de tumeurs à l'œil. — RÜBSAMEN : Recherches expérimentales cliniques sur l'activité des médicaments eutociques. — SIEGRIST : Fièvre nerveuse dans le tabes. — HOLZKNECHT : Compresseur pour radiologie par le procédé de Bucky. — HARTMANN : Sur la sensibilité du péritoine et des aponévroses abdominales. — HARTUNG : Moyen d'éviter les embolies dans les injections de paraffine. — STERN : Sur l'ablation des tatouages. — PORT : La doctrine des points nerveux de Cornélius et le massage suédois. — JESSEN : Un nouveau costotome et un nouveau crochet mousse. — ZINSSER : Prothèse nasale simple.

Paris médical. — (N° 1, 6 déc. 1913.) P. LEREBOULLET et SCHREIBER : Les maladies de l'enfant en 1913. — MÉRY : Accidents du sérum et sérumphobie. — LESAGE : L'atrophie-athrepsie des nourrissons. Ses limites. — OMBRÉDANNE : Le greffon osseux scapulaire. Greffes rachidiennes dans le mal de Pott. — MOURIQUAND : Le syndrome adiposo-génital de l'enfant. — NOBÉCOURT et MERCIER : Forme respiratoire des réactions encéphalo-méningées au cours de la fièvre typhoïde chez l'enfant. — ROCHER : Le traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire inguinale. L'orchidopexie crurale. — (N° 2, 13 déc.) HUTINEL : Les réactions méningées dans l'azotémie chez les nourrissons. — GOUGEROT : Réactions de Wassermann tardives. Difficultés du diagnostic de la syphilis au début, syphilis retardée. — SOMEN : Mécanisme physiologique du knock-out. — (N° 3, 20 déc.) RIBADEAU-DUMAS : Les notions récemment acquises sur l'étiologie et le traitement de la coqueluche. — C. LIAN : Comment mesurer la pression artérielle? — N. FIESSINGER et RONDOWSKA : Hépatite ictérigène polycholique d'origine alcoolique. — (N° 4, 27 déc.) R. GRÉGOIRE et J. TOURNEIX : L'artère spermatique. — M. D'HALLUIN : Nouveau procédé de localisation des corps étrangers. Repérage interne et radiographie stéréoscopique. — EUZIÈRE : Sur les réactions aseptiques des méninges et leur diagnostic. — GOUGEROT : Pityriasis rosé. — G. Alexandresco DERSCA et Vasile STEPLEANU : Quelques mots sur un cas de paratyphus A.

Presse médicale. — (N° 98, 3 déc. 1913.) QUÉNU et Paul MATHIEU : Appareil pour le traitement des fractures de jambe par embrochage et propulsion excentrique des fragments (méthode de Lambret). — (N° 99, 6 déc.) O. LAURENT : Onze mois de chirurgie de guerre en Bulgarie. Effets généraux des projectiles. — P. LECÈNE : Les lésions microscopiques de la vésicule biliaire lithiasique. — Maurice CHEVASSU : Technique de la prostatectomie. (Anesthésie locale.) — M. LETULLE : Cardiopathies valvulaires combinées. Six lésions des orifices du cœur. — (N° 100, 10 déc.) DEBOVE : L'extension du domaine de la syphilis. — L. LEMATTE : Contribution à l'étude du métabolisme urinaire (2e *art.*). Désintégration de l'albuminoïde. Digestion et assimilation. Rôle des acides aminés. — (N° 101, 13 déc.) R. DEBRÉ et J. PARAF : Principes généraux et bases expérimentales de la sérothérapie antigonococcique. — Berthe SABIN : De la réaction d'Abderhalden dans le diagnostic de la grossesse. — G. LEVEN : Comment doivent boire les dyspeptiques. — (N° 102, 17 déc.) Ch. DOPTER : La contagiosité de la méningite cérébro-spinale. — AULONG et BOUDOL : Résultats immédiats et éloignés d'une suture du cœur. — (N° 103, 20 déc.) Roger SAVIGNAC : Un diagnostic moderne de cancer de l'estomac. — (N° 104, 24 déc.) A. GOUGET et R. PIERRET : La part de l'insuffisance hépatique dans l'hématémèse des cirrhoses. — Louis BORY : L'antitoxine normale du plasma. Son rôle dans la phylaxie et l'anaphylaxie. — (N° 105, 27 déc.) HUTINEL : La diarrhée des féculents.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 50, 11 déc. 1913.) MAYER : Ouverture nasale du sac lacrymal. — NOVAK : Traitement de la dysménorrhée par l'atropine. — HINTERSTOISSER : Empoisonnement postopératoire par la morphine. — SPARMANN : Evolution des tumeurs malignes traitées par le radium. — SCHERBER : Traitement précoce de la syphilis par le mercure. — KERL : Sur les injections concentrées de néosalvarsan. — STRISOWER : L'épidémie de choléra en Serbie, pendant l'été de 1913. — (N° 51, 18 déc.) KYRLE et SCHOPPER : Recherches sur l'influence de l'alcool sur le foie et le testicule du lapin. — RÖSSLER : Traitement du trachome par les rayons ultraviolets. — PHILIPOWICZ : Contribution à la radiothérapie de la tuberculose ganglionnaire. — FREUND : Sur les bases chimiques du traitement du cancer.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES CIRRHOSES BILIAIRES

GÉNÉRALITÉS. HISTORIQUE. — Depuis Charcot et Gombault (1876) il est classique de décrire deux grandes variétés de cirrhose du foie : les cirrhoses veineuses ou cirrhoses par auto-intoxication dont le centre de développement est le système vasculaire et les cirrhoses biliaires, ou cirrhoses par infection, dont le point de départ est le système biliaire ; en réalité cette division est un peu schématique; des recherches histologiques récentes ont, en effet, montré la fréquence de *cirrhoses mixtes*, ou plus exactement d'hépatites chroniques s'accompagnant de lésions variables siégeant assez indistinctement sur les vaisseaux et capillaires sanguins, sur les canaux et les canalicules biliaires ; néanmoins, pour la commodité de la description nous conserverons la division classique de Charcot et Gombault en cirrhoses veineuses et cirrhoses biliaires.

Les cirrhoses biliaires se subdivisent à leur tour en deux grandes variétés : les unes sont liées à l'obstruction biliaire, surtout à l'*obstruction calculeuse*, les autres se développent indépendamment de tout obstacle au cours de la bile; le type en est réalisé par la *cirrhose hypertrophique* de Hanot. Les recherches de Gilbert et Girode, de Charrin et Roger, de Dupré ont montré le rôle de l'infection des voies biliaires dans la genèse des cirrhoses biliaires; Gilbert et Fournier, Gilbert et Lereboullet ont récemment mis en relief certaines formes cliniques, assez spéciales, très distinctes de la forme classique.

ÉTIOLOGIE. — Nous n'insisterons pas sur l'étiologie des cirrhoses *biliaires calculeuses*; le plus souvent la cirrhose s'installe à la suite d'une obstruction calculeuse du cholédoque, mais elle peut apparaître sans obstruction cholédocienne; on sait maintenant quels liens étroits de causalité unissent l'infection des voies biliaires et la lithiase ; il est en conséquence facile de comprendre comment cette infection atténuée, exaltée par la rétention biliaire, pourra engendrer une cirrhose biliaire; c'est un processus analogue qui conditionne toutes les cirrhoses par obstruction biliaire, spécialement celles par compression.

Il est, par contre, assez délicat de déterminer d'une manière précise l'étiologie des cirrhoses biliaires en apparence spontanées, à type de maladie de Hanot; on peut retrouver à l'origine la syphilis, la tuberculose, mais ces deux infections chroniques sont loin de rendre compte de tous les cas. Le paludisme est exceptionnellement en cause; l'alcool ne joue, ici, qu'un rôle peu important. Bien plus important est le rôle joué dans la genèse de ces cirrhoses par les infections antérieures, spécialement par la *fièvre typhoïde*. Les travaux de MM. Widal et Lemierre ont montré, en effet, la fréquence de l'infection éberthienne des voies biliaires, la longue durée de cette infection localisée, ce qui explique aisément l'apparition d'une cirrhose biliaire à la suite de la fièvre typhoïde. On retrouve également souvent dans les antécédents des malades, la *scarlatine*; MM. Teissier et Bénard ont insisté précisément, en effet, sur l'importance des lésions hépatiques au cours de la scarlatine. Signalons le rôle joué par toutes les maladies infectieuses, par toutes les *septicémies*, grippe, pneumonie, fièvre puerpérale, érysipèle, capables d'infecter les voies biliaires; MM. Gilbert et Lereboullet insistent spécialement sur la fréquence des *antécédents biliaires* personnels et familiaux, *sur le terrain biliaire* de ces malades.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE. — La nature infectieuse des cirrhoses biliaires n'est plus discutée à l'heure actuelle. Les examens bactériologiques ont en effet montré la présence de colibacille, d'entérocoque, de bacille d'Eberth au niveau des voies biliaires. Expérimentalement la cirrhose biliaire a pu être réalisée en partie par des inoculations microbiennes; si, bien souvent, les recherches bactériologiques ont été infructueuses, c'est que l'on n'a pas toujours recherché la présence de *germes anaérobies*, ou de microbes très spécifiques; on sait, en effet, que le tréponème peut réaliser ce type de cirrhose (Hanot); il en est de même du bacille de Koch (Péron, Géraudel); en outre, comme le processus cirrhotique est conditionné par une affection torpide très atténuée, il s'ensuit que les examens bactériologiques tardifs pourront être négatifs; à ce processus infectieux s'ajoute sans doute encore le rôle des *hépatotoxines* dont Fiessinger a récemment montré l'importance dans l'histogénie des processus de cirrhose hépatique, en général.

Quelle est la porte d'entrée de l'infection? Parfois l'infection des voies biliaires est la conséquence d'une septicémie à prédominance hépato-splénique, comme dans la fièvre typhoïde; pour M. Chauffard, l'infection hépatique est bien souvent secondaire à une *infection splénique* primitive; il s'agit alors de cirrhoses métasplénomégaliques : pour MM. Gilbert et Lereboullet, les cirrhoses biliaires résultent de l'*infection ascendante des voies biliaires* par des germes venus de l'intestin, ou par l'exaltation du microbisme latent des voies biliaires; l'inoculation de microbes dans les voies biliaires, avec ou sans ligature du cholédoque, a permis, en effet, à M. Lereboullet de réaliser des cirrhoses à peu près typiques; certaines cirrhoses parasitaires, qui relèvent incontestablement d'une infection ascendante, sont comparables aux cirrhoses biliaires. Les cirrhoses biliaires, en apparence spontanées, apparaissent donc comme une maladie infectieuse à porte d'entrée biliaire, se développant sur un terrain prédisposé (diathèse biliaire, diathèse d'auto-infection) ; la pathogénie des cirrhoses calculeuses est aisée à comprendre depuis que l'on admet, à l'origine de la lithiase biliaire, une infection atténuée des voies biliaires. Les cirrhoses par compression s'expliquent également par l'infection des voies biliaires, infection favorisée par l'obstacle apporté au libre cours de la bile.

La gêne de la circulation biliaire, ou, au contraire, la polycholie, expliquent la cholémie et l'ictère observés au cours de ces cirrhoses; les troubles de la circulation de la veine porte expliquent la présence du syndrome ébauché de l'hypertension portale; l'infection rend compte de la fièvre, de la fréquence du rhumatisme biliaire. D'autre part, il est facile de mettre en évidence, au cours de ces cirrhoses, l'existence d'une *hyperhépatie* réelle, organique et fonctionnelle (hyperazoturie, hyperbiligénie, exagération du pouvoir fixateur du foie vis-à-vis le sucre) qui permet de comprendre la longue durée de l'affection en apparence incompatible avec l'importance des lésions; ce n'est qu'au moment où la cellule hépatique faiblit et devient insuffisante à ses fonctions que le pronostic s'aggrave.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Ce qui frappe toujours au cours de l'autopsie d'une cirrhose biliaire c'est l'*hypertrophie considérable du foie et de la rate*; le foie peut peser jusqu'à 5 kilogrammes; l'hypertrophie est souvent uniforme; souvent elle prédomine sur le lobe gauche; l'organe est peu granuleux ; sa surface présente un aspect chagriné, mamelonné; sa coloration est d'un vert plus ou moins foncé; sa consistance est nettement accrue, mais beaucoup moins que dans la cirrhose veineuse. La coupe donne l'aspect d'une mosaïque formée de larges bandes de tissu scléreux, renflées par places, irrégulièrement distribuées, d'où partent de très minces travées délimitant une série de territoires jaunâtres, ou verdâtres, très irréguliers. La vésicule biliaire est, tantôt normale, ou atrophiée, tantôt dilatée, contenant une bile épaisse, parfois décolorée (acholie pigmentaire terminale). Les grosses voies biliaires sont libres, non dilatées, sauf en cas d'obstruction lithiasique ou de compression par une sclérose pancréatique; on trouve souvent de *volumineux ganglions* au niveau du hile du foie, autour du pancréas; ils sont rouges, très souvent ramollis.

La rate peut peser de 500 grammes à 2 kilogrammes; elle est dure avec périsplénite; à la coupe elle donne l'aspect d'une rate congestive, parfois semée d'infarctus; les lésions du péritoine sont fréquentes, mais localisées (périhépatite, splénite); les reins sont volumineux avec une substance corticale imprégnée de bile. L'hypertrophie du pancréas peut être considérable; la constatation de reins volumineux, d'un gros cœur et d'un pancréas hypertrophié au cours des cirrhoses biliaires, a permis à MM. Gilbert et Lereboullet de parler de *gigantisme viscéral*. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 4. — SAMEDI 10 JANVIER 1914. 87e ANNÉE. SAMEDI 10 JANVIER 1914. — N° 4.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 10 francs par an.
Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hopitaux. — Un concours pour la nomination à cinq places de médecin des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 23 février 1914, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au service du personnel de l'Administration de l'assistance publique, de dix heures à trois heures, du lundi 19 janvier au samedi 31 du même mois inclusivement.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 8 janvier. — Question donnée : « Canal cholédoque sans histologie ni physiologie. — Renseignement diagnostique fourni par la ponction lombaire. »

MM. Chevalley, 12 + 23 = 35; Cojan, 12 + 20 = 32; Frélezeau, 12 + 21 = 33; Ruelle, 16 + 21 = 37; Frédault, 16 + 25 = 41; Joanny, 10 + 19 = 29; Caron, 14 + 21 = 35; Giroux, 11 + 20 = 31; Tourneix, 17 + 24 = 41; Lantuéjoul, 17 + 24 = 41.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le Conseil d'administration des hospices civils de Lyon vient à l'unanimité de désigner sous le nom de « salle Caillemer » la salle de secours de l'Hôtel-Dieu, et sous celui de « salle Jaboulay » la salle des femmes de l'infirmerie de Porte. Quatre pavillons de l'hôpital Renée-Sabran sont désignés dès aujourd'hui par les noms d'anciens et dévoués administrateurs : le pavillon central de l'établissement est dénommé « Marius-Duc », les pavillons 1, 2 et 3 sont dénommés respectivement pavillons « J.-Mouisset », « Auguste-Chabrières », « Mangini »; enfin la salle du rez-de-chaussée du pavillon « Auguste-Chabrières » sera désignée désormais sous le nom de « Pierre-Sabran » en souvenir de l'enfant décédé d'un bienfaiteur des hospices.

— Marseille. — Le concours pour une place d'ophtalmologiste des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Charles Roche.

Le concours pour une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Maurice Brémond.

M. le docteur Niel a été nommé oto-rhino-laryngologiste honoraire des hôpitaux de Marseille.

— Montpellier. — On annonce que M. le professeur Grasset, qui doit achever en 1914 sa quarantième année d'enseignement, a décidé de demander sa retraite, bien qu'il ne soit âgé que de soixante-cinq ans.

M. le professeur Grasset désire se consacrer entièrement à la publication de différents travaux et ce sera encore pour lui l'occasion de continuer son enseignement et de servir la grande école de Montpellier.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — Les deux chaires de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Lyon sont déclarées vacantes.

PRÉFECTURE DE POLICE. — Le docteur Schwinz est nommé médecin en chef de la police municipale, en remplacement du docteur Carpentier-Méricourt, admis, sur sa

RENSEIGNEMENTS

demande, ainsi que nous l'avons annoncé, à faire valoir ses droits à la retraite.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — *Au grade d'officier.* — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée territoriale Amiard-Fortinière, Chandèze et Sacreste.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée territoriale Boulland, Durand, Giberton-Dubreuil, Lacoste et Lorin.

M. le médecin-major de première classe de réserve Vidal.

MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Dutard, Boularan et Wertheimer.

MM. les médecins-majors de deuxième classe de réserve Niéger et Petiau.

M. le médecin aide-major de première classe de réserve Voivenel.

M. le docteur Durand-Laserve (de Verdon).

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Ont été promus dans le cadre auxiliaire du service de santé :

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de réserve Chabriez, Cloitre, Charrière, Flour, Desmarquet, Philippe, Bedin, Triquet, Vincent, Debelut, Bouveret, Faulong, Houpert, Mattraits, Jeandidier, Juilhe, Bordeau, Pépin, Lheureux, Benoit, Trapenard, Guillaume, Gloumeau, Daguet, Helbecque, Wolff, Potelet, Harscouet de Keravel, Hersant, Etienne, Arrès, Boucaut, Chérel, Brohan, Bricout, Gautier, Condomine, Guérillon, Charron, Tréhet, Decousser, Cantier, Willerval, Francoz, Levadoux, Gaillemin, Dufaure de Citres, Viallier-Raynard, Suzanne, Matet, Tixier, Résillot, Rancoule, Roy, Elié, Chazal, Renaud, Dardel, Attila, Guenot, Villejean, Bory, Fabre de Parrel, Caillods, Dequidt, Guyot, Pinard, Charpy, Bardet, Dournel, Gay, Héron, Dutheil, Carivenc, Bouilloc, Borros, Viroulaud, Rives, Cavaillé, Gauthier, Caffort, Bénet, Salinier, Doucet-Bon, Cassagnes, Roucairol, Lagarrigue, Miquel, Saudé, Imbaud, Pestel, Réveillaud, Jouteau, Mallié, Honoré, Lambot, Igonet, Jouve, Padoux, Cluzan, Fourmentin, Taubmann, Verney, Tabutin, Ravry, Riche, Vinaver, Klein, Levasseur, Lemercier, Nachmann, Sédillot, Houdé, Jobard, Poissonnier, Poujol, Grillières, Robert, Eyssautier, Saint-Pierre, Breillat, Ferron, Basson, Dugas. Guilbert, Dupont, Gaimard, Houllier, Toulet, Doumeng, Viel, Roblin, Courcières, Gerbier, Poiteau, Carrière, Lautaret, Cambon, Delarbre, Maestraggi, Leclercq, Moreau, Brillouot, Duché, Stépowski, Danjean, Dieu et Merle.

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Gauthier, Cantonnet, Emanaud, Chancogne, Thomas, Guérin-Beaupré, Gaudelut, Mocquot, Sauvageot, Dufour, Evrard, Codur, Mortegoutte, Bordessoule, Trolart, Carteret, Bouquerel, Spiral, Casalis, Béhurel, Vidal, Carré, Wagon, Kendirdjy, Halberchtadt, Kerambrun, Bertrand, François, Debray, Jourdain, Bouchet, Beck, Briançon, Julliand, Ragaine, Bossuat, Le Guiner, Miodet, Mazuré, Chadoutaud, Bourgeois, Duménil, Leduc, Fau, Pouliquen, Philippet, Pascalidès, Florentin, de la Foulhouze, Secret, Chaboux, Lemoine, Sicard, Joffre, Gaignerot, Roure, Bousseau, Graillon, Allard, Giron, Lang, Ruyssen, Lemasson-Delalande, Rocher, Brisard, Guéniot, Boudréaux, Bocquet, Maillard-Brune, Gabinet, Bardet, Schmitt, Pinet, Sauvé, Dudon, Artaud, Vigouroux, Bezy, Nicolaï, Vernet, Aubourg, Lemerle, Jacquot et Chazal.

— Par décret en date du 29 décembre 1913, ont été nommés dans le cadre auxiliaire du service de santé :

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active démissionnaires Combier, Ducellier, Pagnier.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — M. le médecin aide-major de première classe de l'armée active démissionnaire Gand.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin principal de deuxième classe de l'armée active retraité Verdier.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Faveret, Piquot, Mendès-Bonito et Habert.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — M. le médecin aide-major de première classe de réserve Sombret.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Catanei, Berthelot, Agniel, Dariaux, Tapie, Pellissier, Hatton, Hallez, Guyonnet, Bachy, Durœux, Jamme, Petit, Dechaume-Moncharmont, Blanc, Gandolin, Benard, Antony, Dubois, Fay, Ferry, Gremeaux, Mayoly, Cabanne, Maleyx, Detouillon, Descubes, Roerich, Nogues, Bessière, Grumberg, Passot, Dioudonnat, Chasseray, Py, Aloin, Chamaillard, Guillemin, Tierce, Bouheret, Adam, Robert et Roland.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs en médecine de Larroude de Lécussan, Contet, Gaucher, Tassin, Eissen, Manville, Bayard, Réal, Fenestre et Fournal.

LA TAILLE DU SOLDAT ALLEMAND. — Il résulte d'une statistique établie par le corps de santé militaire allemand et basée sur l'examen de sept cent mille jeunes gens, que la taille moyenne du soldat est de 1^{m}6774, alors que celle du sous-officier de carrière dépasse 1^{m}68 et celle du volontaire d'un an 1^{m}71. Les hommes dont la taille est supérieure à 1^{m}90 forment l'exception (3 pour 10000), ceux de 1^{m}80 à 1^{m}90 représentent 2,12 p. 100 du contingent; ceux de 1^{m}75 à 1^{m}80, 9,2 p. 100; ceux de 1^{m}70 à 1^{m}75, 24,6 p. 100; de 1^{m}65 à 1^{m}70, 34,53 p. 100; les *petits* (de 1^{m}60 à 1^{m}65), 22^{m}46 p. 100, et les *tout petits* (au-dessous de 1^{m}60), 7,26 p. 100.

En tête des régions qui fournissent les plus *longs gaillards* (les lang-kerls du roi-sergent) figurent le grand-duché d'Oldenbourg, avec une moyenne de 1^{m}6978; puis le Slesvig-Holstein, *ex æquo*, avec le Mecklembourg-Strelitz, de 1^{m}6967; ensuite viennent les contingents de Brême (1^{m}6950); de Lubeck (1^{m}6943), et du Mecklembourg-Schwerin (1^{m}6931), puis ceux de la Poméranie et de la Prusse orientale, avec 1^{m}692.

Les recrues prussiennes les plus petites proviennent de la Posnanie, de la province de Saxe et de la Silésie, avec des moyennes respectives de 1^{m}674, 1^{m}672, 1^{m}666.

Pour les autres Etats de l'empire allemand, les tailles moyennes sont les suivantes: Bavière (rive droite du Rhin), 1^{m}668; Palatinat rhénan, 1^{m}6707; Wurtemberg, 1^{m}672; Bade, 1^{m}674; Hesse, 1^{m}676, et royaume de Saxe, 1^{m}6639.

La taille moyenne allemande surpasse donc d'au moins 6 centimètres la française.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Côte d'Azur.* — Billets d'aller et retour spéciaux émis jusqu'au 21 avril 1914.

Paris à Cannes, 1re classe : 177 fr. 40; 2e classe : 127 fr. 75; Paris à Nice, 1re classe : 182 fr. 60; 2e classe : 131 fr. 50; Paris à Monaco-Monte-Carlo, 1re classe : 185 fr. 45; 2e classe : 133 fr. 55; Paris à Menton, 1re classe : 186 fr. 65; 2e classe : 134 fr. 40.

Validité : 20 jours à compter du départ (ou du dernier jour de la période d'émission si le voyage est commencé après cette période), prolongeable deux fois de dix jours moyennant un supplément chaque fois de 10 p. 100.

Deux arrêts en cours de route, tant à l'aller qu'au retour.

Admission, sans supplément de prix, des voyageurs de 1re classe dans le train de jour « Côte d'azur rapide » et « extra-rapide » de nuit. Toutefois les voyageurs empruntant le Côte d'Azur rapide ne peuvent s'arrêter en cours de route, à l'aller, qu'à partir de Marseille; aucun arrêt n'est autorisé au retour.

REVUE GÉNÉRALE

L'HÉMOGLOBINHÉMIE

Par MM. E. CHABROL et Henri BÉNARD.

L'hémoglobinhémie se trouve réalisée lorsque la substance colorante du globule rouge abandonne son stroma pour diffuser dans le plasma sanguin.

C'est seulement par l'usage d'*une technique rigoureuse* que l'on peut affirmer l'existence d'une hémoglobinhémie.

Les anciens observateurs se contentaient de recueillir le sang dans des tubes de verre préalablement passés au rouge sombre et refroidis. Dès que la coagulation se produisait, au bout de quinze à vingt minutes environ, ils décollaient le caillot au moyen d'une aiguille; la rétraction s'effectuait rapidement, le sérum transsudait une quantité notable et il suffisait alors de le recueillir avec soin pour apprécier sa coloration.

A dire vrai, cette méthode n'était pas à l'abri des critiques, et nous en trouvons l'écho dans la discussion qui se poursuivit en 1888, à la Société médicale des hôpitaux, lorsque, à la suite d'une communication de M. Lépine, M. Hayem mit en doute le rôle de l'hémoglobinhémie dans la genèse de la maladie de Harley. M. Hayem fit remarquer à ce propos qu'il était fort difficile de recueillir un sérum absolument dépourvu de globules rouges et d'hémoglobine, et il insista tout spécialement sur ce fait que la substance colorante des hématies pouvait être libérée secondairement au cours de la coagulation.

On évite aujourd'hui cette cause d'erreur en recueillant le sang dans une solution chlorurée physiologique, additionnée d'oxalate de potasse (1) : la coagulation ne se produit pas et c'est directement, sur le plasma oxalaté, que l'on vérifie après centrifugation l'existence ou l'absence de l'hémoglobinhémie. Le simple examen, sous le contrôle du spectroscope, permet dans la grande majorité des cas de poser le diagnostic, et le plus souvent il est inutile de dépister la présence du sang en ayant recours à des réactifs peut-être trop sensibles, comme la benzidine, la teinture de gaiac ou encore la phénol-phtaléine.

Le spectroscope offre également l'avantage de *différencier la méthémoglobine*. C'est ainsi que, chez un malade présentant une coloration brun cuivré de la peau et des muqueuses, MM. Hayem et Ghika purent incriminer la méthémoglobinhémie à la base de l'ictère. Cette observation est demeurée jusqu'à présent unique; par contre, l'étude des poisons méthémoglobisants, comme le chlorate de potasse, a fait l'objet de nombreuses expériences qu'il serait peut-être intéressant de reprendre aujourd'hui, en recherchant la méthémoglobine non plus sur le sérum, mais sur le plasma sanguin recueilli dans une solution d'oxalate.

(1) On peut employer la solution suivante :

Oxalate de potasse..........	0g25
Chlorure de sodium..........	0g50
Eau distillée................	100 cent. cubes.

I

Nous ne donnerons pas ici une énumération complète des nombreux agents qui, par leur pouvoir globulicide, sont susceptibles de réaliser l'hémoglobinhémie. On peut conventionnellement les répartir en trois groupes : *agents physiques, chimiques et biologiques*.

1° Les AGENTS PHYSIQUES interviennent principalement en mettant en œuvre des phénomènes d'osmonocivité. Par la brusquerie et la rapidité de son action, l'*eau distillée* en constitue le type; depuis les expériences déjà anciennes de Max Hermann, c'est elle que l'on emploie chaque jour pour obtenir une dissolution quasi instantanée des globules du sang.

Le *rôle de la chaleur* est beaucoup plus complexe. C'est ainsi que, pour expliquer les hémoglobinhémies qui succèdent aux brûlures étendues, il faut faire intervenir non seulement une action physique, mais aussi, dans une très large mesure, l'action des substances toxiques qui s'élaborent au niveau de la plaie.

Le *rôle du froid* prête aux mêmes réserves; sans doute les alternatives de congélation et de dégel permettent de réaliser in vitro un laquage des hématies, mais, dans la limite des variations de température que l'on observe en clinique, il est bien certain que le refroidissement est incapable à lui seul de provoquer l'hémoglobinhémie; au cours de certaines épreuves, comme l'expérience d'Ehrlich ou celle de Donath et Landsteiner, le froid agit surtout en favorisant la fixation sur les globules rouges de substances hémolysantes. Son rôle n'est donc qu'indirect; on tend de plus en plus à le reconnaître aujourd'hui.

2° L'ÉTUDE DES AGENTS CHIMIQUES donne lieu à des considérations de même ordre.

Certains d'entre eux, pénétrant le globule, peuvent entraîner rapidement sa dissolution; la glycérine, l'éther, le chloroforme, les sels biliaires, le chlorure d'ammonium en constituent des exemples dont on pourrait rapprocher celui de certains glycosides, et en particulier de la solanine ou de la saponine qui agissent à des doses infinitésimales.

C'est ici également qu'il faudrait mentionner les nombreuses intoxications cliniques et expérimentales où l'on a signalé sinon l'hémoglobinhémie, du moins l'hémoglobinurie. Cette dernière a été causée par l'hydrogène arsenié dans les observations de Naunyn, Vogel, Eitner, par l'acide pyrogallique suivant Neisser, Dalché; l'acide phénique d'après Nieden, Werth et Krukenberg, le sulfonal, l'antipyrine, peut-être aussi les sels de quinine, les empoisonnements par les champignons, l'huile d'aniline ont été encore incriminés.

Dans le plus grand nombre de ces observations, il semble bien que la dissolution des globules rouges ait été effectuée suivant un mode identique : c'est *directement, in vivo* comme *in vitro*, que la substance

nocive a frappé les hématies pour libérer leur matière colorante; les organes hémolytiques ne sont intervenus qu'à titre secondaire pour recueillir les déchets de la destruction globulaire. Par là même cette première classe de poisons expérimentaux mérite d'être comparée, sinon opposée, à un deuxième groupe d'intoxications où l'hémolyse est subordonnée principalement aux organes hématopoïétiques et *ne relève qu'indirectement* de la substance nocive : le type de ce groupe est représenté par la toluylène-diamine.

On sait, depuis les belles recherches de Stadelmann et d'Afanasiew, qu'à fortes doses la toluylène-diamine détermine en quelques heures, sur le chien, l'hémoglobinhémie, l'ictère et l'hémoglobinurie.

Complétons cette expérience en éprouvant l'action de la toluylène-diamine sur les hématies non plus *in vivo*, mais *in vitro*, c'est-à-dire en plaçant à son contact des globules rouges de chien en solution isotonique; fait curieux, nous n'observons point de variations dans la résistance des hématies lorsque, vingt-quatre heures plus tard, nous soumettons à l'épreuve de Hamburger les globules rouges imprégnés in vitro de toluylène-diamine. La résistance de ces globules est la même que celle des hématies témoins qui ont été conservées le *même laps de temps* dans l'eau physiologique (1).

Cependant, si l'on place ces globules de résistance en apparence normale au contact d'un extrait splénique de chien, on constate que les hématies imprégnées de toluylène sont plus facilement destructibles que les globules témoins. En résumé, vis-à-vis de l'eau chlorurée, les hématies intoxiquées conservent leur résistance physiologique; vis-à-vis de l'extrait splénique, elles offrent au contraire une résistance amoindrie. C'est là un fait que nous avons signalé dans des publications déjà anciennes et qui nous a permis d'envisager le rôle de la rate dans la genèse de certaines hémoglobinhémies toxiques. Un article récent de Banti a entièrement confirmé ces données.

3° AGENTS BIOLOGIQUES. — Poursuivant notre énumération, nous envisagerons tout spécialement le groupe des agents biologiques dont l'importance devient chaque jour considérable. A ce groupe appartiennent, en effet, les causes les plus intéressantes des hémoglobinhémies expérimentales, celles dont l'étude est riche en déductions pour la pathologie humaine.

Les *toxines et les sérums* figurent parmi ces agents hémolysants. L'action du *venin de cobra* ressort des recherches déjà anciennes de Mosso, de Camus et Gley; tout récemment, elle a permis à MM. J. Troisier et Ch. Richet fils de réaliser la fragilité globulaire aussi bien que l'hémoglobinhémie, tandis que M. Nolf établissait sur le chien que le venin de cobra pouvait exagérer le pouvoir autohémolytique de la rate.

Certaines toxines microbiennes exercent sur les globules une action plus ou moins comparable à celle du venin de cobra. L'une des mieux connues à cet égard et l'une des seules dont l'effet ait été contrôlé *in vivo* est la streptocolysine. Besredka et Breton ont constaté que l'injection de streptocolysine au lapin produisait une hémoglobinhémie massive d'une intensité telle qu'au moment de la mort le sang de l'animal paraissait entièrement dissous. On a reconnu également que des lysines pouvaient être engendrées par le staphylocoque (Neisser), le pyocyanique (Netter), le bacille du tétanos, mais toutes ces constatations n'ont été effectuées qu'*in vitro* et nous ne sachons pas qu'elles aient encore trouvé confirmation soit en clinique, soit en pathologie expérimentale.

Rappelons seulement que, à défaut de l'hémoglobinhémie, l'hémoglobinurie a été mentionnée au cours de certaines maladies infectieuses comme la variole, l'ictère grave, la fièvre typhoïde; M. Lion cite une observation d'hémoglobinurie attribuable au protéus. Le plus bel exemple de septicémie hémolytique qui ait été relaté jusqu'à ce jour est certainement le cas de M. Widal et de ses élèves. Ici l'hémoglobinhémie a été vérifiée, expliquant à la fois l'apparition de l'hémoglobinurie et du syndrome ictère; parallèlement, l'hémoculture a permis de rapporter la déglobulisation à sa véritable cause en montrant qu'il s'agissait d'une infection par le bacillus perfringens.

Comme on le voit, l'existence des hémoglobinhémies d'origine bactérienne est actuellement incontestable, mais à vrai dire ce groupe ne correspond qu'à un très petit nombre de faits.

Les *sérums* offrent un champ d'étude beaucoup plus vaste.

D'une façon générale, leurs propriétés hémolysantes s'exercent vis-à-vis des globules rouges d'une espèce étrangère. C'est ce que l'on exprime en disant qu'ils contiennent des *hétérolysines*. L'exemple en est fourni par le sérum d'anguille ou le sérum du chien. Si l'on injecte à cet animal des globules de mouton, on réalise très rapidement le laquage du sang. Ce fait est bien connu et il nous permet de comprendre aujourd'hui les hémoglobinhémies que l'on observait autrefois lorsqu'on pratiquait chez l'homme la transfusion d'un sang hétérogène (Ponfick, Ribbert). Notons que toutes les hétérolysines naturelles sont susceptibles d'être renforcées par des injections réitérées de globules rouges; depuis les belles recherches de Bordet, il est facile d'obtenir par cette sorte de vaccination des anticorps hématiques d'une grande puissance qui permettent de réaliser des hémoglobinhémies massives, d'une façon quasi instantanée.

Si les sérums contiennent fréquemment des hété-

(1) C'est là une expérience que nous avons effectuée à maintes reprises et qui a été contestée par MM. Widal, Abrami et Brulé. Nous mettons des globules de chien déplasmatisés dans une solution isotonique de toluylène-diamine à 1/500 ou 1/200, solution particulièrement concentrée lorsqu'on la compare aux doses que l'on injecte communément à l'animal; on sait que sur un chien dont la masse totale du sang peut être évaluée à 500 ou 600 grammes, il suffit d'injecter 0g50 de toluylène-diamine pour obtenir une hémolyse et un ictère intenses. En pareil cas, les globules rouges sont au contact d'une solution de toluylène non pas à 1/200, mais à 1/1000 ou 1/1200.

rolysines, inversement ils n'exercent aucune action sur les globules de l'animal correspondant, autrement dit ils ne contiennent pas d'*autolysines*. Cette règle comporte néanmoins quelques exceptions; c'est ainsi qu'au cours de certaines maladies, comme l'hémoglobinurie paroxystique, il n'est point rare de déceler l'existence d'autolysines en soumettant le sérum et les hématies à différents artifices de technique. Dans l'épreuve de Donath et Landsteiner notamment, il semble que l'action préalable du froid ait pour effet de réaliser la fixation de la substance hémolysante sur le globule rouge ; cette fixation représente le premier stade de l'hémolyse, qui se complète dans la deuxième partie de l'expérience lors du passage des globules dans l'étuve à 37 degrés.

On connaît le crédit qui s'attache à l'épreuve de Donath et Landsteiner; théoriquement cette épreuve permet de comprendre que, chez des malades anciens syphilitiques, les crises d'hémoglobinhémie apparaissent grâce à une intervention du froid; a priori elle semble de nature à élucider le problème complexe de la maladie de Harley.

Telle est la liste, forcément incomplète, des différents facteurs que l'on peut incriminer à l'origine de l'hémoglobinhémie. Envisageant le mécanisme de leur intervention, nous pouvons schématiquement conclure qu'un grand nombre d'entre eux agissent *directement* sur le globule rouge dans la circulation : l'hémoglobine diffuse dans le plasma par suite de phénomènes d'osmose ou de digestion qui ont altéré la paroi globulaire, cette explication est la plus vraisemblable lorsqu'on envisage la plupart des poisons expérimentaux. Cependant nous ne pensons point qu'elle doive être exclusive. L'exemple de la toluylène-diamine nous a montré la large place qu'il convenait d'accorder aux *organes hémolytiques* dans la genèse du laquage du sang. Il existe des observations expérimentales où l'on constate du vivant de l'animal une destruction massive de globules rouges sans que l'on puisse reproduire cette destruction in vitro, en employant les mêmes proportions de toxique. Bier est forcé, en pareil cas, d'invoquer un facteur indirect, en se demandant si l'hémoglobinhémie, aussi bien que la fragilité globulaire n'est pas en réalité sous la dépendance d'hémolysines organiques. D'accord avec ces prévisions, l'expérimentation nous a permis de mettre en évidence une exagération du pouvoir autohémolytique de la rate au cours de l'intoxication diaminique. Ce fait nous semble de nature à éclairer la pathogénie de l'hyperhémolyse et il nous autorise à opposer, dans une certaine mesure, la destruction indirecte des globules rouges par la rate, à la destruction qu'effectuent les toxines microbiennes, ou parasitaires, directement dans la circulation.

Resterait à établir l'importance respective de ces deux mécanismes ; toute conclusion à cet égard semble prématurée. Notons simplement que les hémoglobinhémies toxiques par agression directe du stroma globulaire appartiennent surtout au domaine de l'expérimentation, tandis que l'on peut entrevoir le rôle grandissant chaque jour des hémolysines organiques dans la pathologie humaine.

La notion de l'hémolyse splénique soulève un dernier problème, dont la solution est particulièrement délicate et que l'on peut formuler en ces termes : à côté des hémoglobinhémies appréciables dans le sang périphérique, *n'existe-t-il point des hémoglobinhémies partielles, localisées dans un département vasculaire et en particulier dans le territoire de la veine splénique?* De par la constatation des substances hémolysantes que renferme le parenchyme de la rate, on peut dans une certaine mesure répondre à cette question. Néanmoins, en raison des difficultés de technique, nous n'avons pu apporter une démonstration rigoureuse de ces hémoglobinhémies partielles. Après avoir comparé le sang de l'artère et de la veine splénique, nous nous sommes bornés à conclure : l'hémoglobinhémie splénique apparaît comme très vraisemblable, mais elle reste malgré tout très minime dans les conditions physiologiques; la question a été reprise depuis lors et, tout récemment, MM. O. Weill, Banti, Chalier et Nové-Josserand ont été nettement affirmatifs.

II

Les difficultés que l'on éprouve pour mettre en évidence l'hémoglobinhémie s'expliquent aisément lorsqu'on tient compte de la rapidité avec laquelle l'hémoglobine dissoute tend à s'éliminer de la circulation.

Une partie de cette hémoglobine est reprise par les organes hématopoïétiques, comme le montre l'étude des phénomènes de macrophagie; le fer qu'elle contient est mis en réserve pour servir à l'édification d'hématies nouvelles et *cette sidérose* apparaît principalement au niveau de la rate et de la moelle osseuse. L'étude de l'intoxication diaminique nous en a fourni des exemples fort démonstratifs.

Une autre partie de l'hémoglobine subit des modifications successives qui l'amènent à l'état de bilirubine. Le foie rejette dans l'intestin cette hémoglobine modifiée qui a perdu son fer et possède de nouvelles affinités colorantes : l'hémoglobine est devenue le pigment biliaire.

C'est ici que le problème de l'hémoglobinhémie touche à l'une des questions les plus controversées de la physiologie pathologique.

Où s'effectue la transformation de l'hémoglobine qui caractérise essentiellement le *processus de la biligénie?* On sait que pour expliquer la genèse des pigments biliaires deux théories opposent leurs arguments. Suivant la conception hépatogène, l'hémoglobine est recueillie par le foie qui élabore la bilirubine comme une marque de son activité. Suivant la conception hématogène, au contraire, la mutation des matériaux hémoglobiniques s'effectue dans le plasma sanguin et le foie borne son rôle à celui d'un simple filtre, ayant pour fonction d'éliminer la bile de la circulation. Cette conception de « l'ictère hématique », dont Gubler, Frerichs, Leyden ont été jadis les différents promoteurs, repose en grande partie

sur les expériences de Tarchanoff et de Vossius, qui ont étudié sur des animaux porteurs de fistules biliaires, l'hyperbiligénie que provoquent les injections intraveineuses d'hémoglobine.

Il nous a paru intéressant de reprendre ces expériences. Au moment où l'hyperbiligénie atteignait son apogée, nous avons recueilli le sérum de nos animaux en sa totalité et nous avons recherché si ce sérum ne renfermait point de bilirubine. Or, ni la réaction de l'anneau bleu, ni le procédé de Grimbert après concentration ne nous ont permis d'en déceler la trace. Nous en avons conclu que, dans les conditions expérimentales où nous nous étions placés, ce n'était point dans le sang circulant qu'avait pris naissance le pigment biliaire. Contrairement à l'opinion de Tarchanoff, c'est au niveau de la glande hépatique que s'effectue la transformation de l'hémoglobine. Ces données sont d'ailleurs en accord avec les expériences déjà anciennes de Naunyn et Minkowski, montrant que l'extirpation de la glande hépatique n'est point suivie d'une accumulation de bilirubine dans le sang circulant, comme le laisserait supposer la conception hématogène.

L'hémoglobine qui parvient au niveau du foie est-elle transformée en bilirubine dans sa totalité? En d'autres termes, une faible partie de la substance colorante du sang n'est-elle point rejetée directement par la bile? Sur 14 chiens fistulisés, nous avons cherché à mettre en évidence l'*hémoglobinocholie*, mais toujours nous avons obtenu des résultats négatifs. Il est vrai que nous faisions usage d'une solution isotonique d'hémoglobine, rigoureusement débarrassée des stromas globulaires et provenant de l'animal soumis à l'expérience. En opérant sur le lapin et en provoquant le laquage du sang par des injections d'eau distillée, MM. Triboulet et Harvier ont obtenu des résultats inverses.

Cependant la glande hépatique ne représente point l'unique émonctoire de la substance colorante du sang; lorsque la teneur du plasma en hémoglobine atteint un certain chiffre, cette *substance colorante peut s'éliminer en nature par les urines*; les recherches de Ponfick ont montré qu'une destruction globulaire intéressant le 1/60 environ de la masse totale du sang provoquait une hémoglobinurie; ce chiffre a été confirmé depuis lors par M. Camus, qui donne la valeur très voisine de 1/57, correspondant à 1cc30 de sang par kilogramme de poids ou mieux à 0,230 p. 100 d'hémoglobine libre dans le plasma.

Telle est la destinée de l'hémoglobine qui a abandonné son stroma globulaire. Comme on le voit, elle se résume en ces termes : *sidérose*, *biligénie*, *hémoglobinurie*.

III

Ceci posé, *dans quelles conditions serons-nous conduits en clinique à envisager l'hypothèse d'une hémoglobinhémie?* Les données précédentes répondent à cette question. Hormis les cas exceptionnels où les commémoratifs permettent d'incriminer un poison du globule rouge, c'est presque toujours sur des constatations d'ordre indirect que l'on se base pour pratiquer un examen du sang. *C'est l'apparition d'un ictère ou la coloration anormale des urines* qui vient orienter les recherches hématologiques, mettant ainsi à découvert une hémoglobinhémie qui par ailleurs resterait méconnue.

Est-ce à dire que *la constatation d'une hémoglobinurie* implique forcément un laquage du sang?

Pendant longtemps on a pu le supposer et, en fait, il existe des exemples indiscutables où les deux symptômes se trouvent associés. Pour ne faire état que de données récentes, nous citerons tout particulièrement deux belles observations de MM. Chauffard et Vincent et de MM. Widal, Lemierre, Abrami et Kindberg. L'une et l'autre représentent la réalisation clinique de véritables hémoglobinhémies expérimentales.

Cependant, il ne s'agit là que de faits d'exception, qui rentrent dans le cadre des hémoglobinhémies toxiques ou microbiennes. Si l'on vient à envisager l'hémoglobinurie dite essentielle, le laquage du sang apparaît comme très discutable; il semble même que sa fréquence diminue de jour en jour, au fur et à mesure que les méthodes techniques gagnent en précision.

Si l'hémoglobinhémie se trouve mentionnée dans la plupart des cas d'hémoglobinurie antérieurs à 1888, en revanche elle n'est point relatée dans les observations récentes.

Ainsi se trouve remise en discussion la théorie sanguine de la maladie de Harley, théorie dont l'expérience d'Ehrlich avait été le point de départ et que les observations successives de Lépine, Salle, Rodet semblaient avoir définitivement étayée. La théorie n'en a pas moins conservé des partisans et l'on peut toujours objecter avec M. Widal que l'hémoglobinhémie existe « mais transitoire et peu marquée, si bien qu'elle risque fort de passer inaperçue, même à l'apogée de la crise ». D'ailleurs, en regard du faible degré de cette hémoglobinhémie, on est toujours en droit d'attribuer au rein un pouvoir de concentration, expliquant par là même la teinte rouge très accentuée que prennent les urines au moment de l'accès. On a répondu à cet argument en faisant remarquer que l'hémoglobine sanguine n'était pas diffusible et que, suivant les expériences de Ponfick et de Camus, il fallait une forte concentration du plasma, correspondant à une dissolution du 1/60 de la masse du sang, pour que l'hémoglobine en circulation traverse le parenchyme rénal et apparaisse dans les urines; l'objection n'est pas sans valeur et l'on comprend que MM. Pagniez et Camus aient été conduits à faire intervenir non plus l'hémoglobine sanguine mais une hémoglobine plus diffusible : l'hémoglobine musculaire, assimilant ainsi la maladie humaine à la maladie de Lucet, chez le cheval. Il est vrai qu'au cours de ces dernières années l'hypothèse de MM. Camus et Pagniez a été discutée à son tour : MM. Achard et Feuillié ont contesté la diffusibilité de l'hémoglobine musculaire et ils ont montré expérimentalement que cette dernière n'agissait qu'en provoquant au niveau du rein de petites hémorra-

gies glomérulaires dont le laquage secondaire avait pour conséquence l'hémoglobinurie.

Que faut-il conclure de toutes ces discussions? Ces données expérimentales sont-elles suffisantes pour faire rejeter entièrement la conception de l'hémoglobinhémie? Sans doute le symptôme en lui-même est exceptionnellement constaté, mais, à défaut du laquage du sang, on retrouve dans la maladie de Harley d'autres stigmates de l'hématolyse. Au premier plan, il convient de citer la fragilité globulaire et les autolysines; ce sont là deux constatations dont on ne peut faire table rase, d'autant qu'il s'agit de sujets le plus souvent syphilitiques, dont la rate et les organes hématopoïétiques sont manifestement frappés.

La théorie sanguine conserve ainsi sa raison d'être et nous avons montré comment on pouvait l'élargir à la faveur d'un élément splénique, interprétant à la fois l'apparition de la fragilité globulaire et celle de l'hémolysinhémie.

L'hémoglobinurie n'est point la seule manifestation clinique qui laisse supposer le laquage du sang. L'*étude des ictères par hyperhémolyse* soulève les mêmes discussions et commande le même ordre de recherches, étant donné qu'à l'origine de cet état morbide il est nécessaire d'invoquer l'existence d'une hémoglobinhémie.

Cette hémoglobinhémie est parfois manifeste. On sait qu'il est possible de l'obtenir sur l'animal en même temps que l'ictère et l'hémoglobinurie; l'intoxication diaminique en constitue un exemple dont on peut trouver des applications chez l'homme au cours de certains ictères graves avec présence d'hémoglobine dans les urines.

En réalité, le très grand nombre des ictères par hyperhémolyse ne reproduisent que le premier degré de ces ictères expérimentaux; la destruction des globules rouges qui reste modérée n'implique point nécessairement l'intervention de l'émonctoire rénal et la voie biliaire suffit le plus souvent à déblayer les déchets hémoglobiniques de la circulation.

C'est alors que la cholémie et l'ictère, traduisant une résorption anormale des pigments éliminés par le foie, permettent de soupçonner le laquage du sang; mais il en est pour l'ictère dit hémolytique comme pour l'hémoglobinurie paroxystique : les recherches les plus minutieuses, pratiquées sur le plasma oxalaté, demeurent le plus souvent insuffisantes, si bien que dans les deux syndromes l'existence de l'hémoglobinhémie ne constitue qu'une hypothèse.

Bien plus, chez un même sujet, l'*ictère et l'hémoglobinurie paroxystique* peuvent se succéder, ou apparaître simultanément, sans que l'on puisse, à l'apogée des crises, mettre en évidence la moindre trace d'hémoglobine en liberté dans le plasma. Nous en avons rapporté dernièrement un exemple : suivant les phases de la déglobulisation, notre malade pouvait être considéré tour à tour comme atteint d'ictère acholurique simple sans fragilité globulaire, comme atteint d'ictère acholurique avec fragilité (ictère dit hémolytique), lorsque sous l'action du froid la fragilité des globules apparaissait dans le sang circulant; comme atteint d'ictère acholurique avec hémoglobinurie, lorsque l'élimination rénale suppléait à l'élimination biliaire. A ces différentes phases, l'hémoglobinhémie restait toujours masquée.

Que conclure, sinon qu'en dehors des observations expérimentales, il ne reste plus guère, à l'heure actuelle, d'hémoglobinhémies avérées. Fait paradoxal, c'est au moment où l'hémoglobinhémie semble disparaître devant la perfection des méthodes techniques, que sa notion s'impose de plus en plus impérieusement pour élucider le double problème de la maladie de Harley et des ictères par hyperhémolyse.

LE RADIUM EN THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Par M. FOVEAU DE COURMELLES.

Les discussions qui ont eu lieu au Congrès de Londres ont contribué à préciser la question du radium en thérapeutique gynécologique. A la séance plénière du 11 août qui réunit les sections d'obstétrique, de gynécologie et de radiologie, mes corapporteurs, Albers Schönberg (de Hambourg) et Bernard Krönig (de Fribourg en Brisgau), déclarèrent ne plus opérer les fibromes, ni les cancers utérins. Le professeur Döderlein (de Munich) fit de même; le professeur Jacobs (de Bruxelles) vanta aussi les hautes doses de radium. Plus éclectique, tout en préconisant le radium en matière de fibromes et de cancers utérins, je limitai les applications, soit aux cas de malades ne voulant entendre parler d'opération — préjugé, soit, mais avec lequel il faut compter — soit aux cas de malades très anémiés, déjà cachectiques, et ne semblant pas devoir supporter l'intervention chirurgicale.

Comment appliquer le radium?

Dans mes premiers cas de cancers utérins ou autres, je ne songeai guère, comme par les rayons X, qu'à produire une action calmante, analgésique, à soulager la douleur, à améliorer quelque peu. C'était en 1903, et ces cas furent présentés à la *Société médicale des praticiens*, le 15 avril 1904. Le tube contenant du radium, ou plutôt un sel radifère, à l'activité variant de 10000 à 1800000, était laissé plus ou moins longtemps sur la région malade. On n'osait le laisser trop, Becquerel et Curie avaient été brûlés en en promenant dans leurs poches; Rehns, de l'institut Pasteur, en devait même mourir deux ou trois ans après. D'ailleurs, dès 1902, et j'y insistai au Congrès d'électrologie de Berne, en comparant l'action des rayons X, ultra-violets et du radium, on connaissait les cicatrices indélébiles, les télangiectasies dues aux sels radifères. Maintenant, on laisse des heures, une, deux, six, vingt-quatre, quarante-huit heures même, un sel radifère au contact d'une tumeur cancéreuse, dans le vagin, dans le col utérin, et cela avec succès.

Le sel radifère est collé et alors comme le démontra, dès 1902, le docteur Gustave Le Bon, passent tous ses rayons : α, β, γ, ensemble de radiations participant des rayons cathodiques, X, et lumineux.

Les γ, les moins nombreux, sont les plus durs, les plus pénétrants, les plus actifs, en matière de cancer, de cancer utérin notamment, c'est H. Dominici qui précisa cette notion, en 1906, et le filtre nécessaire, une faible épaisseur de plomb est parfois utile, sinon des tubes en argent, en or, en aluminium, en platine même, peuvent être avantageusement usités. L'aluminium employé par Buquet et nous, pour les rayons X, dès 1897, sans désigner le phénomène produit, la filtration, doit avoir plusieurs millimètres d'épaisseur pour ne laisser passer que les rayons γ, et cette épaisseur même peut être un obstacle pour l'introduction du tube radifère dans une tumeur, une faible épaisseur de plomb s'impose alors.

Fibrome et cancer réagissent très bien, fondent ou s'améliorent, par le radium placé près d'eux et en quantité suffisante. J'ai vu, et l'on a signalé au Congrès d'électrologie et de radiologie de Prague de 1912 certains fibromes chez lesquels les rayons X avaient produit une certaine mais insuffisante régression, le radium augmenter cette régression dans des proportions notables. D'autre part, la combinaison de radium dans le vagin, de rayons X, extérieurs, par la peau abdominale, a été signalée comme source d'action particulièrement heureuse et rapide par Bernard Krönig notamment. Personnellement, j'ai souvent combiné le sel radifère dans le vagin et des boues radio-actives sur le ventre.

Pour le fibrome jeune, chez une femme ayant dépassé la quarantaine, rayons X et radium donnent des succès fréquents et rapides, les malades l'accusent elles-mêmes, en sentant « leurs robes s'élargir, devenir plus lâches ».

Pour le cancer utérin, je préconise l'opération et l'emploi du radium contre la récidive, pour l'empêcher peut-être, mais la retarder sûrement, en agissant sur les symptômes, douleur et hémorragie surtout.

Le professeur Döderlein, à Munich, nous a montré des préparations histologiques de biopsies de cancers utérins traités par le mésothorium, corps radioactif moins cher et moins durable que le radium. Les cellules géantes, cancéreuses, diminuaient en nombre et en grandeur, au fur et à mesure du traitement du mésothorium.

Voici maintenant quelques observations d'autres auteurs et datant de cette année 1913 seulement.

Les organes génitaux de la femme sont très tolérants à l'égard du radium et des rayons de Rœntgen. La vessie est plus sensible ; aussi Bumm a-t-il observé trois fois une perforation de cet organe avec infiltration urinaire ; deux de ces femmes ont succombé. Sur une série beaucoup plus grande de tumeurs génitales il n'a vu qu'une fois survenir de la gangrène ; la malade est morte d'une nécrose totale de l'utérus. Comme la sclérose du tissu conjonctif, qui seule constitue une certaine garantie contre de tels accidents, exige du temps, il convient de ne pas précipiter outre mesure le traitement. Avec notre technique actuelle, Bumm ne se croit pas autorisé à entrer en concurrence avec l'intervention chirurgicale ; il ne fait exception que pour les récidives, où les résultats de la radiumthérapie sont réellement importants, postopératoires. (Bumm, *Sem. méd.*, p. 251.) Pour M. Latzko (*Soc. de méd. de Vienne*, 21 juin), quatre cancers du col ont été améliorés. M. E. Schmidt (*Soc. de méd. de Berlin*, 27 mai) cite les succès en gynécologie, mais trouve que les filtres peuvent être infidèles et préfère les doses modérées de radium ou de rayons X. M. Lazarus Portès, M. Franz les voient utiles, antiopératoires.

A la Société des médecins de Vienne, M. Wertheim a rapporté un cas de cancer utérin traité par le radium. Il s'agissait d'une femme atteinte d'une tumeur en chou-fleur du volume d'un œuf de poule, intéressant la portion cervicale de l'utérus, avec infiltration des paramètres du côté droit. M. Wertheim a employé un tube contenant 18 milligrammes de radium, qui était entouré d'une couche de plomb d'une épaisseur de 2 millimètres et demi. Quelques jours après, on observa une sécrétion abondante, mais sans mauvaise odeur et une diminution de la tumeur. Au bout de huit jours, le néoplasme avait disparu complètement, la portion vaginale de l'utérus était lisse à la surface, l'orifice utérin était nettement circonscrit, l'infiltration périutérine n'existait plus. A l'examen au spéculum, on constatait encore une légère ulcération de la lèvre antérieure de l'orifice utérin. La durée totale du traitement a été de 1500 milligrammes-heure. La malade n'était pas guérie, mais la tumeur qui était inopérable a pu être enlevée ; l'extirpation de l'utérus fut facilement pratiquée. L'examen histologique a montré qu'au quatrième jour du traitement par le radium il y a, dans les cellules cancéreuses, formation de vacuoles et destruction des noyaux. Ces altérations étaient plus prononcées le sixième jour. Ce cas prouve qu'on peut obtenir, par de petites doses de radium, les mêmes effets qu'ont observés MM. Bumm et Döderlein après emploi de grandes doses de mésothorium.

Sur cette question de doses, l'accord n'est nullement fait. La durée d'application de petites doses ne peut pour d'autres auteurs remplacer leur massivité. De sorte que nous errons entre 1 centigramme et 20 ou 30, entre la valeur, au prix actuel de 4000 fr. le centigramme, 4000 et 120000 francs !

Ma quatorzième *Année électrique, électrothérapique et radiographique,* qui va paraître, dit les doses et les résultats indiqués par les auteurs en 1913, les discussions dans les diverses sociétés savantes, et les opinions des chirurgiens si autorisées en l'espèce. En matière de cancer, ces derniers, après maints succès, maints reculs de récidives après opération suivie d'applications de radium, préfèrent maintenant combiner l'intervention chirurgicale et la faire suivre de longues durées de sels radifères. En matière de cancer inopérable, le radium a aussi donné des survies appréciables et très acceptables.

MÉDECINE PRATIQUE

UN MOYEN SIMPLE D'OBTENIR LA CONTRACTION INTESTINALE

Un malade du docteur Coyon avait découvert, par hasard, un moyen original pour vaincre sa constipation : couché sur le côté, les jambes légèrement repliées, il jurait en martelant chaque juron d'une claque sur la région fessière gauche.

Se rappelant les connexions du sciatique, de ses branches, du plexus sacré et du sympathique à gauche M. Coyon trouve l'explication suivante de ce phénomène (1) :

« La percussion sur le trou sciatique détermine par ébranlement ou propagation au plexus sacré et au sympathique la contraction intestinale. »

La technique à employer consiste à percuter en arrière du trochanter avec les doigts, avec un instrument, avec la paume de la main, lentement, puis vite.

« J'ai, dit M. Coyon, obtenu le maximum de résultat dans le minimum de temps en employant la main fléchie percutant par mouvements oscillatoires, frappant une fois du carpe, une fois des doigts, à la vitesse de 100 mouvements oscillatoires, par minute, soit 200 coups donnant le rythme un coup faible, extrémité des doigts, un coup plus fort, du carpe. On obtient ainsi une bonne contraction en deux minutes, quelquefois moins. Cela dépend du sujet. Le malade peut très facilement opérer lui-même.

Mais il importe :

1° Qu'il soit couché;

2° Qu'il ait les jambes légèrement fléchies;

3° Qu'il frappe la région gauche.

On n'obtient aucun résultat à droite.

La percussion du sciatique et de ses branches en arrière du trochanter ne remplacera pas purges et clystères, mais elle pourra, dans certains cas de parésie intestinale, vous rendre service. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 7 JANVIER 1914)

M. le Président annonce la mort de M. le docteur Guillet (de Caen).

Fracture des condyles fémoraux. — M. Mauclaire fait un rapport sur deux observations de M. Legrand (d'Alexandrie). Il s'agit, dans le premier cas, d'un matelot de trente-quatre ans qui fait une chute de 3 mètres sur le genou gauche. Il en résulte une hémarthrose, une fracture du condyle externe et une fracture sus-condylienne du côté interne. M. Legrand attendit quelques jours que l'épanchement sanguin fût en partie résorbé; puis il procéda à l'évacuation du reste de l'hémarthrose et au glissage du condyle externe qu'il maintint par une attelle de 6 centimètres. Le lendemain il y eut une élévation de la température à 40°6 que M. Legrand attribua à un retour du paludisme. Une injection sous-cutanée de chlorhydrate de quinine en eut raison. Il procéda alors à la remise en place du condyle externe sous chloroforme et à une succession de massages et de mobilisation sous anesthésie. Après un mois, le résultat fonctionnel était très bon. Le genou pouvait se plier à 45 degrés. La fixation s'était très bien maintenue.

Voici comment M. Legrand explique le mécanisme de cette fracture. La rotule elle-même aurait provoqué la disjonction des deux condyles. Il résulte de cette observation que, dans ces cas, la fixation jointe à la mobilisation précoce et au massage donne de bons résultats.

Dans le second cas, il s'agit d'une fracture comminutive de la rotule en sept fragments, chez un homme de quarante-deux ans. La suture au fil d'argent et le cerclage ont donné un très bon résultat.

Plaies du cœur. — M. Morestin fait un rapport sur trois nouvelles observations de plaies du cœur adressées par MM. Moure et Guibé.

La première observation de M. Moure a trait à une plaie de l'oreillette droite par coup de couteau. Il s'agissait d'une jeune fille qui portait sur la région présternale une plaie de 10 centimètres de longueur, mettant à nu le sternum. Cette jeune fille était très pâle, angoissée, dyspnéique avec un pouls à 120 ; à l'auscultation on percevait un souffle systolique, rude, bref, occupant toute la région précordiale. On constatait également les signes d'un vaste épanchement dans la plèvre droite. Le couteau avait pénétré à travers le sternum. Se basant sur ces signes, M. Moure admet l'existence d'une plaie du cœur avec hémothorax. Il intervient immédiatement, fait un grand volet, résèque trois ou quatre côtes, décolle avec précaution le lambeau en ménageant la plèvre, enlève les caillots et perçoit, à ce moment, un sifflement venant de la plèvre droite; il trouve une plaie du péricarde, incise celui-ci, ne trouve pas de sang, attire le cœur et voit sourdre du sang de la partie supérieure, derrière le sternum. Il résèque le sternum et voit alors que le sang vient de l'oreillette droite. Le cœur se tordant sur son axe, la plaie devient postérieure et se cache aux yeux de l'opérateur. M. Moure empoigne alors le cœur, l'attire et le retourne. Le cœur cessait de battre, il le masse; il se remet à battre. M. Moure s'empresse de serrer les deux fils qu'il avait passés. Cela fait, il essaye de suturer la plèvre droite, il n'y parvient pas. Il referme son volet. Le pouls est à 124, la respiration très fréquente. Le lendemain matin, le facies est pâle, le pouls à 130. Bref, le malade meurt trente heures après l'opération. A l'autopsie, pas de sang dans le péricarde, pas de caillots; mais il y a 500 grammes de sang dans la plèvre droite. Il s'agissait donc, dans ce cas, d'une plaie de l'oreillette droite avec hémothorax de la plèvre droite.

Dans le premier cas de M. Guibé il s'agit d'une plaie de la base du ventricule gauche par balle de revolver avec hémo-pneumothorax. Le blessé était dans une situation grave; pouls à 104, dyspnée. M. Guibé fait un grand volet, trouve une plaie de la plèvre, une plaie du péricarde, et à la base du ventricule gauche une plaie de 5 centimètres qui ne saignait pas. M. Guibé place deux fils qui coupent; le myocarde se déchire. A l'aide de quatre à cinq fils il arrive à fermer la plaie. Mais le cœur cesse de battre, la respiration s'arrête. Le malade meurt. Le projectile était resté dans l'intérieur du cœur.

Dans le second cas de M. Guibé, il s'agit d'un homme qui reçut deux balles de revolver, l'une qui traversa le crâne et détermina des lésions considérables du cerveau, l'autre qui fut tirée dans la région du cœur et traversa le thorax de part en part. Il n'y a pas d'hémoptysie; le pouls oscille entre 100 et 110. M. Guibé fait une ponction du péricarde qui n'amène pas de sang. Il fait une incision horizontale, résèque la sixième côte, ouvre la plèvre, trouve une plaie du poumon gauche dont il résèque une partie, ouvre le péricarde qui ne contient pas de sang, résèque la cinquième côte, trouve une plaie du cœur qui ne saigne pas. Le cœur s'arrête, massage; le cœur s'arrête définitivement, le malade meurt. On voit, à

(1) *Concours médical*, 1914, n° 1, p. 23.

l'autopsie, qu'il s'agissait d'une plaie pariétale, incomplète au niveau de la base du ventricule gauche. Par contre, il y avait des lésions pulmonaires considérables.

Ces trois cas, ajoute M. le rapporteur, sont instructifs. M. Moure, dans son cas, attribue le souffle qu'il a constaté au reflux du sang de la plèvre dans le péricarde. Dans les trois cas il y a eu hémothorax, à gauche dans deux cas, à droite dans un cas. Dans le second cas de M. Guibé, il y avait des lésions pulmonaires pouvant expliquer l'hémothorax.

Il y a des cas où le diagnostic de plaie du cœur est très difficile. On pourrait, dans ces cas, songer à la ponction du péricarde. Mais cette ponction a été condamnée à la Société de chirurgie comme pouvant être dangereuse et pouvant léser le cœur lui-même. Alors que cette ponction donnerait du sang, comment savoir si ce sang vient du cœur ou du péricarde ? Aussi M. Morestin préfère-t-il à la ponction une petite incision exploratrice. Cette incision peut trouver place entre le grand volet thoracique et la simple ponction.

En terminant, M. Morestin félicite les auteurs de ces trois observations d'avoir publié trois insuccès. On n'arrivera, en effet, à jeter quelque lumière sur l'histoire des plaies du cœur qu'en connaissant à la fois les succès et les insuccès.

En publiant ses deux observations, M. Guibé émet quelques réflexions sur ces arrêts brusques et définitifs du cœur au cours de ces opérations. On a discuté la question de savoir s'il valait mieux passer l'aiguille pour la suture des plaies du cœur en diastole ou en systole. On fait comme on peut. A l'aiguille de Reverdin qu'il faut enfoncer puis retirer, M. Morestin préfère une simple aiguille courbe qui d'abord est généralement plus courbe que la Reverdin et n'est passée qu'une fois à travers les tissus.

L'une des observations précédentes montre le danger qu'il y a à ce que le projectile reste dans le cœur. Sera-t-il possible un jour à la chirurgie d'aller l'y chercher. C'est ce que l'avenir nous apprendra.

Dans un cas qui lui est personnel, M. Morestin a suturé une plaie du cœur chez un jeune étudiant. La balle était restée dans le cœur et quelques jours après le jeune homme semblait tout à fait guéri, la balle a quitté le cœur et a déterminé la mort subite comme par embolie.

Arrivant à la toilette du péricarde, M. Morestin estime qu'il ne faut pas le drainer, mais qu'il y a tout avantage à le laver à l'eau bouillie tiède.

La symptomatologie des plaies du cœur reste incertaine, mais c'est surtout l'état grave du blessé qui doit pousser le chirurgien à l'intervention.

Au cours des manœuvres que nécessite la suture d'une plaie du cœur, il faut éviter de trop malaxer, de trop presser le cœur, tout en l'attirant le plus possible pour faciliter la suture.

M. Quénu estime qu'il ne faudrait pas trop insister sur cette dernière assertion de M. Morestin. Il est tellement nécessaire d'attirer et de bien maintenir le cœur dans ces cas. M. Quénu ne croit pas que, dans les faits que vient de rapporter M. Morestin, il faille attribuer la mort aux malaxations du cœur. La mort subite peut s'expliquer, en effet, par d'autres causes.

Pancréatites hémorragiques. — M. Delbet montre deux pièces très intéressantes provenant d'expériences faites par MM. Brocq et Morel. Ces expérimentateurs provoquent à volonté et à coup sûr, chez l'animal, des pancréatites hémorragiques qui évoluent comme chez l'homme, en ponctionnant la vésicule biliaire aseptique et en injectant la bile aseptique dans le canal pancréatique. Mais pour que l'expérience réussisse il faut que l'animal soit en pleine digestion. Si l'expérience est faite sur un animal à jeun, le résultat n'est plus le même.

LIVRES NOUVEAUX

Les Phases aiguës de la dilatation bronchique chez les enfants (1), par le docteur Pierre Lefranc.

La dilatation bronchique est habituellement décrite comme une affection caractérisée par une série de signes fonctionnels qui constituent une véritable infirmité, et par une marche progressive aboutissant à la mort. Ce schéma classique correspond bien à un grand nombre de cas; mais on peut observer aussi, surtout chez l'enfant, de petites dilatations bronchiques avec un simple élargissement cylindrique des bronches, très différentes de la bronchectasie banale; dans ces cas, en effet, les dilatations bronchiques sont bien supportées, elles ne se révèlent par aucun symptôme pendant de longues périodes; mais à l'occasion d'une bronchite ou d'une poussée inflammatoire quelconque, elles sont susceptibles de déterminer des symptômes graves qui en imposent pour d'autres affections dont il faut savoir les différencier, en particulier pour le pronostic, car ces dilatations des bronches peuvent guérir chez l'enfant. De cette forme clinique des bronchectasies, M. Lefranc donne, dans sa thèse, une bonne description.

L'étiologie ne présente rien de particulier; on y retrouve les broncho-pneumonies de la coqueluche, de la rougeole ou d'une autre maladie infectieuse. Comme cause prédisposante, il faut retenir l'insuffisance de la respiration nasale et les infections de la gorge sur lesquelles M. le professeur Hutinel insiste beaucoup.

La bronchectasie, qui s'est constituée à la suite de cette broncho-pneumonie, reste pendant plusieurs mois, des années même, sans déterminer ni toux, ni expectoration, ni aucun autre symptôme fonctionnel; l'état général de l'enfant reste excellent; seuls quelques signes physiques auraient pu attirer l'attention sur l'appareil respiratoire : légère dépression du thorax, diminution de la sonorité et modifications du murmure vésiculaire d'un côté. Puis survient une phase aiguë avec toux quinteuse, coqueluchoïde avec expectoration (chez les enfants au-dessus de six ans), avec dyspnée souvent intense, mais surtout extrêmement variable d'un jour à l'autre; la fièvre est élevée, elle a le type rémittent à exacerbations vespérales, à grandes oscillations; à l'examen des poumons, on trouve, à la partie moyenne ou dans le lobe inférieur d'un poumon, rarement au sommet, une zone submate donnant à l'auscultation un souffle tubaire ou tubo-caverneux, parfois franchement caverneux, et des râles humides qui éclatent sous l'oreille par bouffées et simulent parfois le gargouillement; on note aussi du ralentissement de la voix et de la toux.

Le diagnostic est à faire avec la broncho-pneumonie et surtout avec la tuberculose; le début rapide, le siège du foyer, la variabilité des symptômes, la conservation relative de l'état général sont des arguments cliniques en faveur du diagnostic de bronchectasie; il sera souvent utile de faire un examen bactériologique des crachats et de soumettre le petit malade à l'épreuve de l'intradermoréaction.

La phase aiguë de la dilatation bronchique dure en moyenne deux à trois semaines; puis les symptômes peuvent disparaître complètement, mais l'enfant est exposé à de nouvelles poussées, à l'occasion d'un coryza, d'une grippe. On observe quelquefois la guérison définitive, le poumon augmentant de volume dans tous ses diamètres, celui des bronches restant stationnaire, il peut arriver que les bronches tendent de cette manière à se rapprocher de la normale. Chez d'autres enfants ayant eu des poussées aiguës fréquentes et rapprochées avec sclérose pulmonaire, la guérison est encore

(1) Un vol. in-8. — Paris, Alfred Leclerc.

possible si l'on évite à l'enfant toute cause d'infection pulmonaire, mais le traitement devra être poursuivi pendant très longtemps.

Comme thérapeutique, au moment des phases aiguës, on utilisera les enveloppements froids du thorax, les bains, l'ipéca, le benzoate de soude; à la convalescence, il faut lutter contre la sclérose pulmonaire par la révulsion sous toutes ses formes, donner la médication sulfureuse, plus tard conseiller une cure aux Eaux-Bonnes, à Cauterets, au Mont-Dore ou à la Bourboule. L'enfant viv a à la campagne, dans de bonnes conditions d'hygiène, car il est exposé, plus que tout autre, à l'infection tuberculeuse. M. BRELET.

Thérapeutique générale basée sur la physiopathologie clinique (1), par le docteur GRASSET. Tome II : *Médications de la défense dans les divers appareils.*

Dans le premier volume de cet ouvrage, l'auteur avait étudié la première partie de la thérapeutique générale basée sur la physiopathologie clinique : les médications de la fonction antixenique générale. Le présent volume est consacré aux médications de la défense dans les divers appareils et traite successivement des médications de la fonction digestive, de la fonction respiratoire, de la fonction circulatoire et du sang, des sécrétions externes (médications exocriniques), des sécrétions internes (médications endocriniques, opothérapie), de la nutrition et enfin du système nerveux.

Ce deuxième tome termine non seulement la thérapeutique générale mais encore, avec les trois volumes de la physiopathologie clinique parus antérieurement, l'enseignement complet de pathologie et de thérapeutique générales de l'auteur.

Extrêmement documenté, pratique et clair, ce livre obtiendra sans aucun doute auprès des lecteurs, le succès qu'il mérite et qu'ont toujours remporté les précédentes publications de l'auteur. B. GAYARD.

Les Bronchites chroniques. Leur traitement (2), par A. FLORAND, M. FRANÇOIS et H. FLURIN.

Beaucoup de malades et aussi de médecins considèrent les bronchites chroniques comme des affections plus gênantes que graves, d'ailleurs à peu près incurables et ne méritant pas qu'on s'y arrête. Telle n'est point la manière de voir des auteurs qui se sont décidés à écrire l'histoire de ces bronchites parce qu'elle leur paraît comporter des enseignements utiles et d'une portée pratique indiscutable.

Certaines bronchites sont particulièrement intéressantes à cause de leur valeur séméiologique; elles sont sous la dépendance d'un affaiblissement léger du myocarde, d'une insuffisance rénale commençante, d'un désordre atténué des fonctions gastro-intestinales, d'une diathèse plus ou moins latente. Elles peuvent donc révéler, à un observateur perspicace, la phase initiale de ces affections à une période où, le plus souvent, la thérapeutique est encore à même d'empêcher l'éclosion d'accidents plus graves.

D'autres bronchites chroniques, celles des vieux emphysémateux bacillifères, méritent d'être connues au point de vue social.

Toutes ces bronchites de longue durée sont graves, parce que, non traitées, elles mènent à une échéance plus ou moins lointaine à l'emphysème vésiculaire, à l'oblitération des capillaires du poumon, à la dilatation du cœur droit et à l'asystolie terminale.

Or, un traitement bien conduit, qui sait utiliser, à bon escient, les substances nombreuses offertes par la pharmacopée, les vaccins autogènes de Wright, la merveilleuse médication par les eaux minérales sulfureuses, peut entraver le développement des lésions broncho-pulmonaires, et même, dans certains cas, en amener la guérison complète.

Ce sont tous ces points, essentiellement pratiques, que les auteurs ont voulu exposer utilement et ils y ont parfaitement réussi. ST. CHAUVET.

(1) Montpellier, Coulet et fils; Paris, Masson et Cie.
(2) Paris, Masson et Cie.

Précis de thérapeutique clinique et de pharmacologie (1), par le docteur ZILGIEN.

L'étude de la pharmocologie et de la matière médicale est aride en raison surtout de l'effort de mémoire qu'elle exige.

Ce précis de thérapeutique clinique et de pharmacologie a été écrit dans le but de rendre cette étude plus agréable et par suite plus facile, et l'auteur a parfaitement atteint ce but. On trouvera, dans ce précis, le traitement des maladies décrit dans le même ordre que celui qui est généralement adopté par les livres de pathologie interne et, en tête des chapitres ou intercalée dans le texte, l'étude individuelle des médicaments actuellement employés. Ce plan met ainsi le médicament dans son centre d'action.

Pour la rédaction de ce précis l'auteur a utilisé, outre les livres classiques et les périodiques français, divers traités allemands. C'est dire que, tout en étant concis, le travail de l'auteur est très complet, et très au courant des dernières nouveautés thérapeutiques et ces qualités lui assureront un légitime succès. B. GAYARD.

Atti dell'XI° Congresso nazionale d'idrologia, climatologia e terapia fisica (2), par Cesare BADUEL et Carmine STRIANO.

Ce volume considérable et très soigneusement édité contient le résumé de tous les travaux du onzième congrès italien d'hydrologie, de climatologie et de physiothérapie, tenu à Naples en octobre 1912, sous les auspices de l' « Associazione medica italiana d'idrologia, climatologia e terapia fisica ». Il est dû aux soins du professeur Cesare Baduel, aidé, pour cet énorme travail, par le docteur Carmine Striano.

Insister sur la masse de documents que renferme un pareil ouvrage serait inutile, et les médecins qui voudraient le consulter n'auront qu'à s'adresser au professeur Cesare Baduel, 18, piazza Donatello, Firenze.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Dilatation ou distension de l'estomac chez le nourrisson hypoalimenté [tensions intragastriques] (3), par LACAU-SAINT-GUILY.

L'ectasie gastrique, chez le nourrisson, ne reconnaît pas, comme cause unique, la suralimentation. Elle peut s'observer dans l'hypoalimentation. L'examen radioscopique a permis de déceler l'existence de cette variété.

L'ectasie gastrique, dans ce cas, paraît sous la dépendance de plusieurs facteurs : aérophagie, insuffisance musculaire de la paroi gastrique, obstacle au niveau du cardia.

Des caractères de l'ectasie gastrique chez le nourrisson hypoalimenté, les uns plaident en faveur de la distension, les autres en faveur de la dilatation; dans la majorité des cas, il est difficile de préciser le diagnostic. ST. CHAUVET.

La Dactyloscopie des régions anatomiques. [I. Le pied] (4), par G. JOLAND.

L'auteur appelle dactyloscopie, l'emploi méthodique de la palpation appliqué à l'étude de l'anatomie. Il estime, à juste titre, que ce procédé est utile à l'étudiant et au médecin praticien. Au premier, elle permet d'apprendre la structure du

(1) Paris A. Maloine.
(2) Un vol. de 754 pages. — Prix : 10 l. 60. — Napoli, 1912.
(3) Paris, Steinheil.
(4) Paris, A. Maloine.

corps humain et elle fournit de précieux points de repère dans l'étude de l'anatomie et de la médecine opératoire. Au second elle sert à étayer des souvenirs d'anatomie souvent un peu défaillants, et cependant indispensables à conserver pour le diagnostic de toutes les affections des membres.

L'auteur commence la série d'études qu'il compte consacrer aux diverses régions anatomiques, par celle du pied. Cet excellent petit livre ne peut qu'être utile à tous, et aux chirurgiens en particulier.

ST. CHAUVET.

NOTE DE PRATIQUE

GROSSESSE

La femme enceinte se déminéralise : en utilisant la prescription suivante, on l'aide à supporter sa grossesse et on assure au fœtus les sels de chaux dont il a besoin :

Prendre deux fois par jour une cuillerée à café de Ternose.

La Ternose est un granulé contenant de la chaux, de la magnésie et du fluorure de calcium assimilables.

COURS ET CONFÉRENCES

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX (M. Pierre SEBILEAU, agrégé de la Faculté, chirurgien à l'hôpital Lariboisière). — SEMESTRE D'ÉTÉ 1914. EXERCICES DE MÉDECINE OPÉRATOIRE SPÉCIALE. — Premier cours du 2 au 12 mars 1914 : *Chirurgie d'urgence et pratique courante* par M. le docteur Etienne Sorrel. — 1° Traitement des hernies étranglées, crurales et inguinales. — 2° Traitement de la hernie ombilicale étranglée, suture et résection intestinales. — 3° Traitement des péritonites aiguës, appendicectomie, anus cæcal et anus iliaque. — 4° Gastrostomie, résection costale, traitement des pleurésies purulentes récentes et anciennes. — 5° Traitement des abcès du foie par voie transpleurale, traitement des plaies du cœur, des plaies de la plèvre et du poumon. — 6° Traitement des ruptures traumatiques de l'urètre, cystostomie. — 7° Traitement de l'ostéomyélite aiguë, traitement des phlegmons des membres, arthrotomies. — 8° Traitement des traumatismes des membres, amputations d'urgence. — 9° Traitement des plaies des tendons, des nerfs et des vaisseaux, technique de la transfusion. — 10° Colpotomie, traitement de la grossesse extra-utérine rompue, hystérectomie subtotale.

Deuxième cours du 13 au 24 mars 1914 : *Chirurgie gastro-intestinale et hépatique*, par M. le docteur René Toupet. — 1° Technique générale des sutures et anastomoses gastriques et intestinales. — 2° Gastrostomie, gastro-entérostomie. — 3° Gastro et pyloroplastie, exclusion du pylore, traitement de l'estomac biloculaire. — 4° Chirurgie du cæcum et de l'appendice. — 5° Anus iliaque, colectomies, iléo-sigmoïdostomie. — 6° Traitement des hémorroïdes, des fistules anales, du cancer du rectum. — 7° Pylorectomie. — 8° Traitement des abcès du foie et des kystes hydatiques. — 9° Cholécystostomie, cholécystectomie, cholécysto-anastomoses. — 10° Cholédocotomie sus et transduodénale.

Troisième cours du 25 mars au 4 avril 1914 : *Chirurgie gynécologique*, par M. le docteur Etienne Sorrel. — 1° Curetage, colpotomie, stomatoplastie, amputation du col. — 2° Colpo-périnéorraphie, myorraphie des releveurs. — 3° Hystéropexies. — 4° Anatomie chirurgicale du petit bassin (uretère et pédicules utérins). Les différentes incisions de la paroi abdominale. — 5° Ablation unilatérale des annexes, hystérectomie subtotale. — 6° Traitement des tumeurs bénignes, des tumeurs malignes et des abcès du sein. — 7° Traitement des fistules vésico-vaginales. — 8° Hystérectomie totale, opération de Wertheim. — 9° Conduite à tenir en cas de blessure de l'uretère, uretéro-cysto-néostomie. — 10° Hystérectomie vaginale simple et élargie (procédé de Schauta).

Quatrième cours du 20 avril au 30 avril 1914 : *Chirurgie des voies urinaires*, par M. le docteur René Toupet. — 1° Découverte du rein, néphropexies. — 2° Néphrotomie, néphrostomie, pyélotomie, néphrectomie. — 3° Chirurgie de l'uretère. — 4° Cystostomie, lithotritie, cathétérisme uretéral à vessie ouverte. — 5° Traitement de l'exstrophie vésicale, urétrotomie interne et externe. — 6° Traitement des ruptures traumatiques de l'urètre. — 7° Traitement de l'hypospadias, traitement du phimosis. — 8° Chirurgie de la prostate. — 9° Traitement du varicocèle et de l'hydrocèle. — 10° Epididymectomie, castration.

Les cours auront lieu tous les jours à deux heures.

Les élèves répéteront individuellement les opérations sous la direction des prosecteurs.

Le droit d'inscription est fixé à 60 francs par cours. — Le nombre des élèves est limité à 15 pour chaque série.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 19 AU 24 JANVIER 1914

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 19 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 20 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu.*

Mercredi 21 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.
3e (oral, 1re partie, 1re et 2e séries).
4e.

Jeudi 22 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
2e (1re et 2e séries).
3e (oral, 1re et 2e parties).
4e.

Vendredi 23 janvier, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque.*

Samedi 24 janvier, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier.*

THÈSES

Mercredi 21 janvier, à une heure. — M. POSIN. De l'occlusion intestinale au cours de la péritonite tuberculeuse. (MM. Kirmisson, président; Hartmann, Ombrédanne et Alglave.) — M. CHAUVEL. Contribution à l'étude des ulcérations tuberculeuses de l'anus. (MM. Hartmann, président; Kirmisson, Ombrédanne et Alglave.)

Jeudi 22 janvier, à une heure. — Mme MIKHAILOWSKI. Syphilis et affections congénitales du cœur. (MM. Hutinel, président; A. Robin, Nobécourt et Gougerot.) — M. BACKOUSE. De la lymphacémie alacémique (maladie de Hodgkin). (MM. A. Robin, président; Hutinel, Nobécourt et Gougerot.) — M. DAVIDOFF. L'anesthésie lombaire à la néo-cocaïne. (Technique de M. le docteur Chapot). (MM. Pozzi, président; Lejars, Chevassu et Anselme Schwartz.) M. KUHN. L'appendicectomie chez la femme par l'incision transversale sus-pubienne (méthode Pfannenstiel). (MM. Lejars, président; Pozzi, Chevassu et Anselme Schwartz.) — M. RAINGEARD. Deux cas de myasthénie grave avec prédominance des symptômes oculaires. (MM. Thoinot, président; Gilbert Ballet, Rathery et Ribierre.) — M. BAVELAER. Les cénestopathies. (MM. Gilbert Ballet, président; Thoinot, Rathery et Ribierre.)

AVIS. — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 23, 23 déc. 1913.) René GAULTIER : Du rôle pathogène et de l'action thérapeutique de l'altitude (*suite*). — Lucien RIVET : Les nouvelles méthodes de diagnostic et de traitement des abcès dysentériques du foie (*fin*).

Journal de médecine interne. — (N° 36, 30 déc. 1913.) Ch. VIANNAY : Un cas de néphrectomie pour tuberculose rénale après cathétérisme des uretères à vessie ouverte.

Lyon chirurgical. — (N° 6, 1er déc. 1913.) ROCHET et LATARJET : Etude sur les voies d'abord chirurgical du plexus hypogastrique et de son ganglion (2 fig.). — L. BÉRARD et SARGNON : A propos de deux cas de laryngo-pharyngectomie pour cancer. — Henri PASCHOUD : Contribution à l'étude des greffes thyroïdiennes (10 fig.).

Lyon médical. — (N° 1, 4 janv. 1914.) GALLAVARDIN : Pauses ventriculaires et accidents vertigineux dans la maladie de Stokes-Adams.

Presse médicale. — (N° 1, 3 janv. 1914.) OMBRÉDANNE : Le principe d'Abbott. Essai d'interprétation et résultats déjà acquis. — Iginio TANSINI : Quelques mots sur mon procédé d'amputation du sein cancéreux. — Ernest FOURNEAU : Essais sur des membranes lipoïdes artificielles. — (N° 2, 7 janv.) Mathieu-Pierre WEIL et Louis GUÉNOT : De la rénovation sanguine déterminée chez les syphilitiques par le dioxydiamidoarsénobenzol. Sang veineux rouge. Hyperglobulie. Hyperrésistance. — J.-M. BARTRINA : Valeur de la méthode d'anesthésie par les injections intrarachidiennes.

Province médicale. — (N° 49, 6 déc. 1913.) J. COUDRAY : Note sur un cas de pneumothorax traumatique double. Suture des deux perforations. Epanchement purulent secondaire unilatéral. Thoracotomie. Guérison. — (N° 50, 13 déc.) J. TEISSIER (de Lyon) : La réforme des études médicales.

Revue de chirurgie. — (N° 12, 10 déc. 1913.) A. MOUCHET : L' « Os tibiale externum », ses rapports avec la tarsalgie et la fracture du scaphoïde tarsien (10 fig.). — P. HARDOÜIN : Etude clinique et expérimentale sur les luxations traumatiques du genou en arrière (14 fig.). — L. DE RYDIGIER : Sur le traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac (5 fig.). — J. WALTER-SALLIS : Les pancréatites non biliaires. — L. M. PUSSEP : Traitement opératoire de l'hydrocéphalie interne chez les enfants.

Revue de la tuberculose. — (N° 6, déc. 1913.) NOBÉCOURT : Recherche du bacille de Koch dans les urines d'enfants atteints d'affections diverses par l'inoculation du cobaye. — Sophie FUCHS-WOLFRING : Réveil du paludisme à la suite d'une cure de tuberculine. — M. PIERRE-WEIL : Les granulations de Much.

Revue de médecine. — (N° 12, 10 déc. 1913.) G. HUMBERT et W. ALEXIEFF : Contribution à l'étude de la méningite cancéreuse. Etude anatomo-clinique. — A. KAKOWSKI : Matériaux pour la pharmacothérapie des œdèmes. Etude clinique. — S. BONNAMOUR et A. BADOLLE : L'ostéomalacie, syndrome de décalcification osseuse.

Revue de psychiatrie et de psychologie expérimentale. — (N° 11, nov. 1913.) E. TOULOUSE : Les réformes dans les asiles de la Seine. — Auguste MARIE : Les aliénations mentales dites parasyphilitiques.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 49, 5 déc. 1913.) LANNOIS et Robert RENDU : Ulcération de la carotide dans un cas d'otite tuberculeuse avec carie du rocher. — (N° 50, 15 déc.) E. J. MOURE : De l'hypertrophie aiguë des amygdales. (Adénite amygdalienne aiguë.) — H. ABOULKER : Ulcération de la carotide interne dans le rocher. — (N° 51, 20 déc.) Théodor FISCHER GALATI : Sporotrichose expérimentale du labyrinthe. — J. DUVERGER : Abcès du cerveau d'origine otique : mort brusque par rupture de la collection purulente à la base du crâne ; autopsie. — (N° 52, 27 déc.) LAFITE-DUPONT : Résection sous-cutanéo-muqueuse partielle de l'aile du nez dans les cas d'atrésie du vestibule ou d'aspiration des ailes.

Revue neurologique. — (N° 22, 30 nov. 1913.) C. F. ZANELLI : Tumeur sous-corticale des lobes frontaux et du lobe pariétal inférieur droit (3 fig.). — (N° 23, 15 déc.) H. MEIGE : Les dysphasies fonctionnelles, comment étudier les bégaiements. — G. MINGAZZINI : Remarque additionnelle à ma note : « Sur quelques petits signes des parésies organiques. »

Revue suisse de médecine. — (N° 6, 13 déc. 1913.) ROLLIER : La cure solaire de la tuberculose externe. — SAUERBRUCH-JEHLE : Chirurgie du poumon. — MEYER : Sur un cas de ganglion intrathoracique.

Semaine médicale. — (N° 49, 3 déc. 1913.) L. CHEINISSE : Les paralysies infantiles. — (N° 50, 10 déc.) B. SCHIASSI : Nouvelles solutions physiologiques. — (N° 51, 17 déc.) R. DE BOVIS : La prévention des infections puerpérales par les injections « ante partum ». — (N° 52, 24 déc.) WIDAL, ABRAMI et BRISSAUD : L'auto-anaphylaxie, son rôle dans l'hémoglobinurie paroxystique. Traitement anti-anaphylactique de l'hémoglobinurie. Conception physique de l'anaphylaxie. — (N° 1, 7 janv. 1914.) LEJARS : L'utérus ballant.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de Chirurgie d'urgence, par Félix LEJARS, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, membre de la Société de chirurgie. 7e édition revue et augmentée. 1 vol. gr. in-8° de 1170 pages avec 1086 figures dans le texte et 20 planches hors texte. — Prix : relié toile, 30 francs ; relié en 2 volumes pouvant être expédiés par la poste, 35 francs. — Paris, Masson et Cie.

Précis de Pathologie interne, par MM. G.-M. DEBOVE, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Paris, professeur de clinique, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, et A. SALLARD, ancien interne des hôpitaux de Paris. 2e édition, entièrement refondue. 2 forts vol. in-18 colombier d'ensemble 2000 pages, contenant de nombreuses figures dans le texte et 4 planches en chromolithographie hors texte. — Prix, cartonnés : 24 francs. — Paris, J. Lamarre et Cie.

L'Anatomie sur le vivant (anatomie de surface). Guide pratique des repères anatomiques, par le docteur AUBARET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux. 1 vol. in-8 de 136 pages avec 54 photographies. — Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Massage théorique et pratique. La méthode indirecte, par L. COLOMBANI. 1 vol. in-18 de 325 pages avec 29 figures. Prix : 4 francs. — Paris, A. Legrand.

Léonard de Vinci, physiologiste, par le docteur Henri VERDIER. In-8 de 88 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, J. Rousset.

Le Traitement du Paludisme (*Consultations médicales françaises*, fasc. 57), par le docteur Ed. BENHAMOU, médecin des hôpitaux d'Alger. In-16 de 28 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco ; abonnement annuel (12 fasc.) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

Désintoxication organique et Régime végétarien, par le docteur G. GUELPA. In-8° raisin de 28 pages. — Prix : 0 fr. 75. — Paris, O. Doin et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 5. — MARDI 13 JANVIER 1914. 87e ANNÉE. MARDI 13 JANVIER 1914. — N° 5.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 10 francs par an.
Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 9 janvier. — Question donnée : « Artère sylvienne. — Paralysie diphtérique. Symptômes et diagnostic. »

MM. Duter, 12 + 25 = 37; Mordret, 14 + 19 = 33; Salles, 16 + 22 = 38; Saint-Yves Ménard, 17 + 25 = 42; Piémont, 13 + 19 = 32; Lanos (Jean), 16 + 25 = 41; Küss, 14 + 23 = 37; Duneau, 12 + 17 = 29; Stiassnie, 13 + 20 = 33; Piédelièvre, 15 + 17 = 32.

Séance du 10 janvier. — Question donnée : « Nerf sciatique, poplité externe. — Fracture du col du fémur. »

MM. Poisvert, 14 + 22 = 36; Sedan-Miégeviolle, 17 + 17 = 34; Greder, 13 + 18 = 31; Guillouet, 15 1/2 + 21 = 36 1/2; Colombet, 13 + 18 = 31; Poissonnier, 12 + 19 = 31; Lebrun (Maxime), 17 + 22 = 39; Hartglass, 13 + 21 = 34; Codet, 13 + 17 = 30; Vincent, 14 + 19 = 33.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de l'intérieur. — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Thoinot, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Glénard et Guépin (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Fabre, Caboche, Gautiez et Trognon (de Paris), Laborde (de Montbron), Scheffler (de Saint-Etienne), Gestat (de Loury), Peret (de Florac), Desaintfuscien (de Grand-Villiers), Comte (de Poitiers).

— Ministère de l'agriculture. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Deguy (de Paris).

Ministère des colonies. — (Au titre civil) :

Au grade de chevalier. — M. le docteur Martin (de la Réunion).

(Au titre militaire) :

Au grade de chevalier. — M. le médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales Brochard.

Ministère de la justice. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Malgat (de Nice).

GUERRE. — Service de santé. — Par décision ministérielle du 9 janvier 1914 :

Médecins principaux de première classe. — MM. Billet passe à la direction du service de santé des troupes d'occupation du Maroc oriental; Bouchereau est nommé médecin chef de l'hôpital Villemanzy à Lyon; Collinet, directeur du service de santé de la division d'Oran; Batut, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Besançon.

Médecins-majors de première classe. — MM. Patte passe à l'école de l'artillerie (médecin chef); Beaulies est désigné pour l'Algérie.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Letainturier de la Chapelle passe au 171e d'infanterie; Pigeon, au 116e d'infanterie; Chaudoye, au 166e d'infanterie; Notin est désigné pour la Tunisie; Mayrac passe au 2e génie; Guichard, à l'hôpital Bégin à Saint-Mandé; Duchêne-Marullaz, à la direction du service de santé du 16e corps d'armée; Mossier, au 5e cuirassiers.

Médecin aide-major de première classe. — M. Rouquier passe au 97e d'infanterie.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le docteur Jeanne, directeur du *Concours médical.*

Le docteur Jeanne qui avait été médecin de la marine avant de se fixer à Meulan, s'était consacré depuis de longues années

RENSEIGNEMENTS

à la défense des intérêts du corps médical et aux œuvres de mutualité patronnées par le *Concours médical.*

Nous adressons à la rédaction du *Concours médical* l'assurance de nos bien vives condoléances.

— de M. le docteur Tesson, professeur honoraire à l'Ecole de médecine d'Angers, chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu et président de la Société de médecine d'Angers.

Nous adressons à son fils, le docteur René Tesson, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Angers l'expression de notre très affectueuse sympathie.

— de M. le docteur A. Meige, médecin principal de l'armée en retraite, décédé à Paris à l'âge de quatre-vingt-onze ans.

— de M. le docteur E. Baudrimont, chirurgien des hôpitaux, ancien président de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX. — *Radiologie médicale.* — Docteur A. BÉCLÈRE (hôpital Saint-Antoine). — I. L'enseignement des notions théoriques et techniques, indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie, de la radiothérapie et de la radiumthérapie, est donné annuellement en deux cours de vacances, d'une durée de huit jours, l'un dans la seconde quinzaine d'octobre, l'autre immédiatement avant Pâques.

Ces cours, librement ouverts à tous les étudiants et docteurs en médecine, sont complétés par des exercices pratiques de radioscopie et de radiographie, auxquels donne accès un droit d'inscription de 100 francs.

II. En dehors des cours de vacances, les applications de la radiologie au diagnostic et à la thérapeutique sont l'objet de conférences annoncées par des affiches spéciales, et, à quelque moment de l'année que ce soit, l'enseignement pratique de la radiographie est donné par le chef du laboratoire à tout étudiant ou docteur en médecine qui acquitte un droit d'inscription de 100 francs.

III. L'enseignement clinique de la radiologie médicale est donné journellement.

Le laboratoire du docteur Béclère comprend une bibliothèque de radiologie médicale et un musée de radiothérapie ouverts à tous les étudiants et docteurs en médecine.

CORRESPONDANCE

Le docteur E. Hirtz, médecin de l'hôpital Necker, nous fait savoir que sa photographie et une note scientifique de lui empruntée à un journal de thérapeutique ont été publiées dans une page de réclames du « Matin » *à son insu*, comme le reconnaît une note de l'industriel auteur de cette publication illicite, dans le numéro du surlendemain.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Voyages, à itinéraires facultatifs, de France en Algérie, en Tunisie, en Corse et aux Echelles du Levant, ou vice-versa.* — Carnets individuels ou collectifs, 1re, 2e et 3e classes, délivrés pour voyages pouvant comporter des parcours sur les réseaux métropolitains, départementaux (réseau de la Corse), algériens et tunisiens, ainsi que sur les lignes maritimes desservies par la Compagnie générale transatlantique, par la Compagnie de navigation mixte (Compagnie Touache), par la Société générale de transports maritimes à vapeur, par la Compagnie marseillaise de navigation à vapeur (Fraissinet et Cie) ou par la Compagnie des messageries maritimes. Ces voyages doivent comporter, en même temps que des parcours français, soit des parcours maritimes, soit des parcours maritimes et algériens, tunisiens ou corses.

Minimum de parcours sur les réseaux métropolitains : 300 kilomètres.

Les parcours maritimes doivent être effectués par les paquebots de l'une seulement des compagnies de navigation participantes; ils peuvent cependant être effectués à la fois par les paquebots de la Compagnie des messageries maritimes ou de la Compagnie marseillaise de navigation à vapeur (Fraissinet) et par ceux de l'une quelconque des trois autres compagnies de navigation.

Validité : 90 jours; 120 jours, lorsque les carnets comprennent des parcours sur les lignes desservies par la Compagnie des messageries maritimes. Faculté de prolongation moyennant paiement d'un supplément.

Arrêts facultatifs dans toutes les gares du parcours.

Demander les carnets cinq jours à l'avance à la gare de départ.

Pendant la saison d'hiver Paris et Marseille sont reliés par des trains rapides et de luxe composés de confortables voitures à bogies. Trajet rapide de Paris à Marseille en dix heures et demie par le train « Côte d'azur rapide » (1re classe).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda médical pour 1914 *(88e année)*, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du praticien*, par le docteur H. BARTH, médecin de l'hôpital Necker. — 2° *Mémorial obstétrical* (du professeur PAJOT), revu par le docteur BAR, professeur à la Faculté, accoucheur des hôpitaux. — 3° *Formulaire magistral*, revisé conformément au Codex de 1908, par M. Paul ROBIN, pharmacien de première classe, ancien interne des hôpitaux. — 4° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*, par le docteur DE VALCOURT. — 5° *Notice sur les stations thermales de la France et de l'étranger*, par le docteur MACREZ, ancien interne des hôpitaux, médecin aux eaux de Saint-Sauveur.

Plus, un calendrier à un ou deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la liste des médecins, pharmaciens et vétérinaires du département de la Seine; les médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins des bureaux de bienfaisance; les médecins inspecteurs des eaux minérales; maisons de santé de Paris et des environs; la liste des divers journaux scientifiques; les Facultés et les Ecoles préparatoires de médecine de France; les Ecoles de médecine militaire et navale, avec le nom des professeurs; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales; le nouveau tableau des rues de Paris, etc. — 1 vol. in-32 de 600 pages.

Prix. — Cartonné à l'anglaise : 2 francs. — Divisé en 5 cahiers (trimestres à deux jours par page) et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille : 3 francs. — Divisé en 5 cahiers (trimestres à un jour par page) : 3 fr. 50. — Trimestres seuls dorés sur tranches, à deux jours par page, 1 fr. 75; à un jour par page, 2 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Traité médico-légal des accidents du travail, par les docteurs OLLIVE et LE MEIGNEN. In-8 de 628 pages. — Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Traité des urines. L'analyse des urines considérée comme un des éléments de diagnostic, par GÉRARD. Troisième édition. In-8 de 568 pages. — Prix : 8 francs. — Paris, Vigot frères.

Maladies de la mamelle, par A. BAUMGARTNER, chirurgien des hôpitaux de Paris. Grand in-8 de 339 pages avec 57 figures. — Prix : broché, 6 francs; cartonné, 7 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Du Symptôme à la maladie. Guide élémentaire de diagnostic clinique, par Félix COSTE. Introduction du professeur GRASSET. In-18 relié peau souple. — Prix : 5 fr. 50. — Paris, A. Maloine.

Manuel technique de massage, par le docteur J. BROUSSES, ex-répétiteur de pathologie chirurgicale à l'Ecole du service de santé militaire, lauréat de l'Académie de médecine, membre correspondant de la Société de chirurgie. Quatrième édition revue et augmentée. In-16 de 455 pages avec 72 figures dans le texte, cartonné toile souple. — Prix : 5 francs. — Paris, Masson et Cie.

GYMNASTIQUE : ÉTIQUETTES ET MÉTHODES

DIVERSITÉ ET NOUVEAUTÉS FICTIVES — DONNÉES IMMUABLES

Par MM. P. DE CHAMPTASSIN,
Chargé du service de mécanothérapie de l'hôpital Saint-Louis,
Lauréat de l'Académie de médecine et de l'Académie des sports,

et H. CASTAING,
Médecin-major de 1re classe de l'armée.

Pendant la phase d'admiration provoquée par le Congrès d'éducation physique et les épreuves organisées pour accroître la publicité de certaine gymnastique concrète, en vedette sous une étiquette naturiste, il nous eût semblé intempestif de chercher à restreindre l'enthousiasme se propageant des foules au public médical, sous l'impression soit de spectacles agréablement présentés, soit de quotidiens et périodiques embellis par un ensemble d'illustrations gymniques suggestives.

Aussi avons-nous cru devoir laisser temporairement dans l'ombre le point de vue que nous considérions ici au début de cette étude (1) et duquel nous continuons d'analyser aujourd'hui les procédés gymnastiques en nous réservant d'édifier nous-mêmes sur des données à la fois scientifiques et pratiques, qualifications qu'il importe de préciser pour prévenir les objections émanant de doctrinaires inopérants ou de praticiens sans doctrine.

I. Etat actuel de la question gymnastique et commentaires du congrès. — *Résultats généraux.* — Ici même, l'un de nous, rapportant le Congrès (2), a formulé les éloges de circonstance en constatant sans réserve les heureux résultats attribuables à l'exhibition de sujets sélectionnés et soigneusement préparés pour toutes les présentations. La section suédoise, ressortissant à une méthode de gymnastique directement critiquée dans un travail précédent (*La Gymnastique scientifique*, par P. de Champtassin, Paris, O. Doin et fils, 1911), a reçu dans ce rapport sa part d'éloges des plus mérités par la correction des exercices et la belle apparence des exécutants.

Il n'en saurait résulter que nos propres notions sur des méthodes en présence, méthodes depuis longtemps existantes, connues déjà et examinées, aient pu être modifiées par le spectacle, les conférences et les échos du Congrès.

Aujourd'hui, aux éphémères enthousiasmes suscités par cette publicité succèdent les appréciations plus mesurées de l'opinion commune ainsi que des professionnels.

Formulant leurs observations dans le recul du temps, ces derniers semblent bénéficier d'un certain état de recueillement, favorable à une mise au point progressive et restrictif des propagandes suggérées.

Il convient que le médecin professionnalisé en gymnastique fasse entendre sa voix, car, en la matière, il est seul l'*ingénieur biologiste compétent.*

Cependant, comme nous l'avons exposé précédemment, nous n'attribuons aux thérapeutes et nosologues aucune autorité en gymnastique, excepté celle conférée par des études et pratiques personnelles que ne favorisent aucun enseignement dans les Facultés de médecine et écoles.

Cette inexpérience des choses gymnastiques est prouvée surabondamment par certaines fantaisies, œuvres de quelques médecins nouveaux venus dans ces questions qui construisent leurs textes en rassemblant des matériaux épars, à la portée de quiconque connaît les lieux communs de la biologie générale et a eu l'occasion de visiter en curieux une station maritime, un sanatorium ou un établissement de culture physique.

En gymnastique, le Congrès nous a-t-il révélé des faits nouveaux?

Nous ne le croyons pas.

Toutes les méthodes présentées étaient déjà connues et cataloguées. Si l'on entreprenait de les distinguer par le degré des éloges qu'elles ont reçus, elles seraient équivalentes et différeraient par la catégorie des sujets, l'âge et le sexe des exécutants, beaucoup plus que par le degré des résultats qu'elles nous ont présentés dans leurs programmes respectifs. Cela ne saurait nous étonner, car avec des sujets bien choisis, des procédés qui mettent à contribution la force des exécutants, assurent une répétition des séances, et une graduation des exercices, il arrive que les exhibitions gymnastiques se distinguent surtout par la sélection des élèves préparés, et la spécialité des coordinations qui sont l'objet des programmes.

Aujourd'hui les occasions d'exercices sportifs divers sont telles que, s'il les cumule avec les exercices que peut éventuellement donner la profession de chacun, il se trouve que l'élève gymnasiarque, culturiste ou sportif, a gymnastiquement parlant bénéficié de plusieurs méthodes depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte, et ne peut par suite être réclamé en propre par un seul des procédés qui ont contribué à assurer son développement, son endurance et son adresse.

Pour ces raisons les prohibitions de certains exercices, même en exécution de la méthode suédoise, sont le plus souvent inopérantes. En sorte que ce qu'une certaine méthode a condamné, l'élève l'exécute pour son plus grand bien dans un autre programme gymnastique, sportif, professionnel ou spontané.

Pour les spectateurs, parmi lesquels il faut comprendre un grand nombre de témoins scientifiques, et pour la grande masse du public, le Congrès a réalisé surtout la leçon des choses existant depuis longtemps. Pour les moins avertis des questions d'entraînement et d'éducation ou de culture physique, il en résulte la découverte d'une Amérique gymnastique, dont les territoires sont depuis longtemps occupés par des groupes adverses professionnellement intéressés encore plus que doctrinairement opposés.

Quant aux écoles en compétition, composées partiellement de ces groupes adverses, leur émulation

(1) Voir *Gaz. des hôp.*, 1913, n° 33, p. 517; n° 54, p. 870; n° 62, p. 1016.
(2) Voir *Gaz. des hôp.*, 1913, n° 36, p. 574; n° 38, p. 620.

a été mise en jeu non seulement à son degré louable, mais bien au delà. Cela ne saurait surprendre ceux qui sont familiarisés avec la question gymnastique envisagée non seulement dans sa nature intrinsèque, mais aussi par ses côtés extérieurs toujours prédominants, et sans la connaissance desquels l'histoire des mœurs et des réglementations gymnastiques resterait incomprise.

Renaissance gymnastique. — L'heureuse terminaison de cette phase nous paraît surtout consister dans un réveil de l'opinion publique, donnant l'essor à ce qu'on a appelé une *renaissance gymnastique.*

L'opinion publique gymnastique a été suscitée dans les milieux où elle n'existait pas, et retournée dans les milieux assez rares où elle s'était formée.

Pour beaucoup de théoriciens l'horizon s'est élargi. La gymnastique s'est notamment libérée de nombreuses notions prohibitives, malencontreusement répandues au nom des principes de la gymnastique de Ling par des protagonistes qui en avaient fait chez nous un système pratiquement étriqué, que les Suédois eux-mêmes complétaient depuis longtemps par d'autres exercices et la pratique de tous les sports.

On ne pourrait que sourire aujourd'hui de la rigueur de ces prohibitions qui ont abouti à la disparition matérielle des agrès dans l'armée. Et nous ne discuterons pas ici la question de savoir s'il vaut mieux les ressusciter sous la forme unique et flexible d'une corde lisse, que sous la forme rigide d'une perche, d'une échelle, etc., ou s'il est préférable d'interdire la variété des points d'*appuis avec suspension pour les membres supérieurs et même inférieurs* que sont par définition tous les agrès.

Cette question a été déjà examinée en principe par l'un de nous (*Gym. scient.*, 1911) et par nous deux séparément (v. H. CASTAING, *Soc. méd. milit. franç.*, 27 avril 1911, p. 260 à 261; et P. DE CHAMPTASSIN, 4 mai 1911, p. 300) dans l'esprit de les rendre aisément accessibles à tous.

Malgré ce mouvement d'opinion, rien n'a été changé ni chez les professionnels du culturisme, ni dans la nature ou le degré des sports depuis longtemps au point, ni même dans le règlement gymnastique de l'armée.

A ce propos, nous ne reviendrons pas sur des critiques faites dans *La Gymnastique scientifique* (O. Doin, 1911) avant la publication de *La Gymnastique naturelle* (1912) dont le titre correspond à une antithèse suggestive beaucoup plus qu'à l'adoption de procédés nouveaux, ce que nous précisons plus loin.

Il y a une renaissance physique parce qu'il y a quelque chose de neuf dans l'opinion, mais dans l'opinion seulement.

Snobisme gymnastique. — Bien que le snobisme gymnastique continue de fleurir comme précédemment, il a déplacé ses préférences qui ont passé de la gymnastique suédoise à une gymnastique jadis connue en France sous le nom de gymnastique amorosienne.

Cette gymnastique amorosienne, matériellement et doctrinairement supprimée dans l'armée de terre depuis les règlements gymnastiques de la Guerre (1902 et 1910) avec une toute petite place cependant pour la gymnastique de sélection, nous revient aujourd'hui par la Marine où elle s'est *naturalisée* sous une étiquette nouvelle, en se simplifiant en apparence, grâce à quelques contingences dans un milieu plus tolérant et plus propice.

On conçoit bien en effet facilement que, dans la Marine, il eût été plus que paradoxal d'interdire aux mousses de s'élever aux agrès divers qui les entourent, dans la crainte chimérique d'exagérer leur développement musculaire périthoracique supérieur à un degré nuisible à l'élargissement de l'extrémité supérieure du cône thoracique squelettique, dont certains théoriciens actuels font une condition de prédestination à l'emphysème pulmonaire, alors que d'autres théoriciens (Frund en Allemagne) font de son rétrécissement une condition de prédestination à la tuberculose.

Nous formulons toutes nos réserves vis-à-vis de la certitude que comportent ces théories, de même que nous avons critiqué la notion suivant laquelle les pectoraux d'un athlète bien musclé constitueraient pour son thorax un inutile et compressif cataplasme (théorie suédoise).

Nous nous bornerons à formuler les remarques suivantes :

Les mousses doivent se servir forcément de leurs membres supérieurs pour grimper, même en l'état actuel de perfectionnement mécanique du gréement et de la mâture. De même dans la vie du fusilier marin, l'occasion de faire travailler les membres supérieurs est quotidienne. Au contraire dans l'armée de terre, excepté pour les sapeurs-pompiers, professionnellement gens d'agrès, rien de plus facile que de décréter l'interdiction de tout point d'appui pour les membres supérieurs, c'est-à-dire de tout agrès, par raison d'hygiène et d'esthétique alléguées.

C'est ce qui a été fait depuis 1902.

Il importe en outre de considérer que dans l'armée de terre, fantassins, artilleurs et, même à un degré moindre, cavaliers (classes à pied, voltige et beaucoup plus passivement équitation) trouvent quotidiennement l'occasion d'entretenir l'entraînement utilitaire de leurs membres inférieurs. Aussi, pour eux, la prévision d'exercices gymnastiques propres aux membres inférieurs ne s'impose pas nécessairement.

Au contraire, ne fût-ce qu'à titre d'hygiène, les exercices des membres inférieurs sous des formes variables, dont la marche, la course et le saut sont l'élément fondamental, sont indiqués pour tous groupes de jeunes gens qui par leur apprentissage spécial ne sont pas astreints à des marches ou exercices à pied.

Il faut aussi noter que, par nécessité de métier et par tradition, le matelot (accidentellement homme à la mer) est toujours vêtu légèrement, que sa tenue se distingue par la brièveté de la coupe, sans que pour cela, sous un bon climat et en bonne saison,

il en résulte aucun inconvénient particulier pour sa santé.

Il n'est pas étonnant qu'un instructeur attentif et habile, témoin familier de cet ensemble de conditions, ait songé à systématiser dans une pratique concrète et à consigner dans une monographie l'instruction spéciale qu'il dirigeait, en recommandant d'accentuer pendant les exercices la légèreté professionnelle du vêtement jusqu'à la nudité complète du torse. En cela, il n'a fait du reste qu'imiter non pas seulement les mœurs des naturels des pays chauds en toute saison, mais aussi les habitudes des geindres, lutteurs et boxeurs pendant leur travail. D'ailleurs cette nudité du torse était préconisée et réalisée par plusieurs culturistes qui l'agrémentent depuis longtemps déjà par la multiplicité des glaces permettant à l'élève de prendre conscience de ses formes en les comparant à celles d'autrui, indépendamment de toutes notions relatives à l'action de l'air et de la lumière solaire sur les téguments, notions que des données récentes analysent contradictoirement avant que les applications hygiéniques en soient précisées.

Certaines théories suédoises n'ont plus cours aujourd'hui, mais le snobisme gymnastique n'en subsiste pas moins. Et il devient intéressant de remarquer que, parmi ceux qui applaudissent aujourd'hui aux levers de poids et aux grimpers à la corde lisse (*agrès ni plus ni moins déformant que les autres*) et se félicitent également de la diversité des courses, des jeux, ainsi que de l'entrain des chants (*sans se douter qu'avec la natation le programme d'Amoros comprenait tout cela*), on retrouve la plupart de ceux pour lesquels la gymnastique dite lourde, aérienne, acrobatique d'Amoros semblait à jamais discréditée.

Nouveautés fictives. — Ce revirement très prévoyable de l'opinion publique, que nous avions annoncé et auquel nous avons contribué dans la mesure de nos moyens (v. P. de Champtassin, *Gymn. scient.*; Castaing, de Champtassin, *Communications à la Soc. méd. milit. franç.*, 1911-1912), montre bien le peu de consistance de la plupart des notions courantes sur la question gymnastique peu connue, même des hommes de science, qui jusqu'à ce jour s'y sont médiocrement intéressés.

Si à l'occasion du travail actuel de l'opinion qui croit à la nouveauté gymnastique nous examinons en quoi il y aurait quelque chose de neuf dans les sports et exercices à pied, nous ne trouvons rien non plus pour cette raison que leur exécution est mise au point depuis longtemps.

Est-il besoin de rappeler que précédemment fantassins (*marche connue du « Matin », raids divers*), sportsmen, amateurs et professionnels, marchaient, couraient, sautaient, s'entraînaient à tous les exercices de locomotion ainsi qu'à divers sports balistiques et de préhension, homologués et chronométrés dans les comptes rendus spéciaux que chacun peut lire? Il est bien entendu qne les étapes de l'infanterie pas plus que les records du pédestrianisme ne sauraient être modifiés par les exemples de performers des épreuves satellites du Congrès. Ces épreuves qui ont mis en présence et en vedette plusieurs professionnels connus, dont les premiers succès étaient très antérieurs à la méthode naturelle, ne sauraient par conséquent se réclamer des bienfaits de cette dernière. Notons aussi que tous ces performers appartenaient à des milieux civilisés, et que plusieurs étaient des employés de bureau, vivant en citadins.

Quant au caractère concret des séances et des épreuves, il ne saurait être réclamé en propre par aucune méthode nouvelle, comme le prouvent les deux exemples suivants relatant des séances et des épreuves concrètes.

Exemple de travail concret en une même séance. — Beaucoup en pourraient citer de semblables. Cet exemple se rapporte à des souvenirs vécus par l'un de nous. Nous les citons parce qu'ils illustrent à propos notre sujet en raison de leur date éloignée de trente ans, en précisant que le travail concret en une même séance n'est pas nouveau, et parce qu'ils appellent, d'autre part, quelques commentaires d'ordre plus général.

Dans un gymnase amorosien de province, dont le maître était fils d'un élève direct d'Amoros, était peinturée, en large affiche murale, cette phrase lapidaire, toujours mise en exécution pendant les séances :

Ici, le repos consiste en un changement de travail.

La douzaine d'élèves bénévoles de quatorze à dix-huit ans, qui y étaient réunis bihebdomadairement de midi à une heure, n'était pas exposée pendant ce temps à l'ennui d'une séance suédoise pure. En effet, dans l'heure tout le matériel de gymnase passait par les mains des élèves, et, sans aucune interruption, massues, haltères, perches, grand mât, corde lisse, corde à nœud, échelle oblique et horizontale en bois, en corde, en fer, anneaux, trapèzes, barre fixe, barres parallèles, manivelle tournant un treuil plus ou moins bloqué, cordes pour la lutte de traction debout ou assis, cheval en long ou en travers, poutres pour équilibres, portiques, tremplin étaient mis à contribution. La séance se terminait par la lutte à la corde de traction et quelques passes de lutte à main plate. Ce petit groupe d'élèves était fractionné en équipes avec un camarade moniteur pour chacune.

Ces équipes n'exécutant pas simultanément le même travail, aucun temps n'était perdu; chacun faisait ce qu'il pouvait. En dehors de ces séances les élèves de ce groupe jouaient à des jeux violents, sorte de foot-ball français (dénommé simplement ballon), faisaient de longues promenades bihebdomadaires; certains pratiquaient le canotage (aujourd'hui rowing) sur 4 à 8 kilomètres de la rivière locale, et y nageaient pendant la belle saison.

L'exécution de ce programme, conçu sans aucune idée théorique autre que de dégourdir et développer physiquement la jeunesse suivant les procédés du jour qui se trouvaient alors ceux d'Amoros, est-elle bien différente de celle de la gymnastique récemment appelée naturelle? Nous ne le croyons pas.

Les séances avaient lieu dans un gymnase couvert, ce qui permettait de ne tenir aucun compte du temps et de la saison comme facteurs d'interruption du travail. Nous ne pensons pas d'ailleurs que, malgré le principe du plein air, les collèges d'athlètes de l'avenir s'imposent le travail sous l'averse, le grimper à la corde lisse rigidifiée par la gelée, en s'interdisant l'usage des abris.

En cela, ils n'imiteraient pas la nature qui nous offre le spectacle d'animaux évitant les intempéries par de multiples procédés instinctifs dont la construction des terriers est l'exemple le plus typique.

Exemple d'épreuves concrètes. — La gymnastique naturelle ne saurait non plus s'attribuer en propre les épreuves concrètes dites de l'athlète complet. En y comprenant le diplôme de débrouillard du baron de Coubertin, on pourrait citer dans les faits divers de nombreux exemples d'épreuves similaires telles que le défi de l'ancien champion cycliste (nov. 1912), V. Thuau, devenu jockey, lancé à tous les sportsmen, en spécifiant neuf exercices différents, et relevé par le jockey Salmon.

Ces épreuves concrètes ne constituent pas seulement des faits isolés. Elles ont depuis plusieurs lustres été organisées, comme le prouve l'extrait suivant de la méthode belge d'Happel (v. *Educateur moderne*, fév., mars 1907).

« Happel évalue la force et l'agilité humaines en kilogrammètres et en points : il indique pour chaque nombre de points, de 1 à 30, les exercices, le travail équivalents. L'ensemble constitue son dynamomètre et son agilomètre. Cette division basée sur la pratique, l'expérience, la statistique, se rapproche beaucoup des résultats scientifiques.

« Ennemi de toute spécialisation, il soumet les gymnastes à une épreuve au saut en hauteur, au saut en largeur, à la course, au lever de poids, lancer la pierre, au grimper, enfin, à un concours de flexion et d'extension des bras, en appui et en suspension. Les gymnastes qui obtiennent de 1 à 10 points sont classés dans le degré inférieur, de 11 à 20 points, dans le degré moyen, de 21 à 30 points, au supérieur. Pour répondre aux exigences de ce degré supérieur, les gymnastes doivent, outre le travail aux engins, se soumettre à des exercices de saut et de course intensifs, car Happel exige d'eux des sauts en hauteur allant de 1 m. 45 à 1 m. 70, des sauts en largeur de 4 m. 20 à 6 mètres, et de franchir à la course 200 mètres en un délai de trente-quatre à vingt-cinq secondes.

« Le premier tournoi international, organisé par l'initiative de M. Ch. Cazalet, et qui eut lieu à Anvers, en 1903, a fourni la preuve que les résultats obtenus par la méthode sont en concordance avec le dynamomètre et l'agilomètre. Un gymnaste de Bomm (près d'Anvers), formé à la méthode Happel, en sortit vainqueur et, malgré son entraînement aux engins de suspension et d'appui, il courut le stade (150 mètres) en dix-huit secondes, et franchit au saut une hauteur de 1 m. 67. »

Aujourd'hui les cent mètres se courent en onze et douze secondes, rien de neuf. Nous pourrions aussi mentionner une épreuve de ce genre organisée précédemment sur une piste circulaire par un culturiste connu. Il n'y a donc rien de changé pour la bonne raison qu'en gymnastique il est impossible d'innover réellement et que la matière entraînable, c'est-à-dire l'homme, ne change pas.

II. Immuabilité des données gymnastiques. — De tout cela il nous paraît légitime de conclure à propos de certaine méthode nouvelle qu'elle ne constitue pas une révolution gymnastique, mais plus simplement une restauration d'une méthode supplantée dans l'armée de terre par la gymnastique suédoise (1902-1910) [sous l'influence de certains protagonistes qui, dans leur propagande, allaient jusqu'à affirmer que la méthode amorosienne constituait une erreur centenaire en même temps qu'un fléau pour la jeunesse]. Aujourd'hui cette méthode encouragée dans la marine avec quelques retouches, simplifications et adaptations, nous revient sous le titre de gymnastique naturelle dont le titre se trouve une antithèse de celui de gymnastique scientifique.

Sans les prohibitions au titre de la suédoise, l'armée de terre n'eût pas eu à subir le recul qui l'obligera sans doute à reprendre ce qu'elle avait condamné.

La marche, la course, le saut, le grimper, le lever, le lancer, la natation, les luttes, les chants faisaient partie du programme d'Amoros. Nous avons montré plus haut que, ni l'exécution en une même séance, ni les épreuves concrètes ne constituaient une nouveauté puisqu'on les retrouve dans divers programmes.

Nous terminons ce chapitre en constatant une fois de plus que le programme gymnastique est immuable.

« La gymnastique suédoise n'a fait que reproduire les attitudes et gestes d'une gymnastique millénaire précisée dans le kong-fou chinois. Ces attitudes et gestes ne sont qu'une série de mouvements que l'on retrouve, d'ailleurs, dans beaucoup d'autres systèmes gymnastiques plus anciens, et qui ne sont en définitive, sous une diversité très étendue, que les manières normales du fonctionnement des membres : flexion, extension, adduction, abduction, rotation, circonduction (v. P. de Champtassin, *Gymnastique scientifique*).

« En résumé, qu'a pu faire la gymnastique dès la plus haute antiquité ? Au cours des siècles elle n'a pu faire autre chose que de mettre en jeu les membres supérieurs, inférieurs et le tronc, dont le développement musculaire partiel ou total est limité à un développement maximum impossible à dépasser, et dont les actions se réduisent à des mouvements physiologiques normaux, quelle que soit l'infinie complexité des coordinations musculaires combinées par le système nerveux.

« L'homme se comporte conformément à sa morphologie toutes les fois qu'il fait un complet usage musculaire de son corps, c'est-à-dire qu'il se tient debout, marche, court, saute, empoigne, s'accroche, soulève, grimpe, avec des répétitions de mouvements toujours semblables, dont l'étendue, le rythme, la résistance, l'amplitude, la vitesse, la fréquence, sont compris entre les limites naturelles que les records

reculent difficilement. » (CASTAING, v. *Soc. de méd. milit. française*, 15 fév. 1912, p. 142).

La plupart des méthodes qui se disent nouvelles ne sont donc que des méthodes faiblement modifiées par quelques détails et justifient l'adage :

« Multa renascuntur quæ jam cecidere. »

Le programme gymnastique demeure immuable. Il est connu depuis l'antiquité la plus reculée. Il reste aujourd'hui à décider si l'empirisme seul ou bien une science appliquée doivent en préciser les données et l'exécution, question que nous examinerons.

ACTUALITÉS

LA RADIOLOGIE DU TUBE DIGESTIF

On ne trouvera pas dans cet article un exposé complet de la radiographie et de la radioscopie du tube digestif ; une pareille étude remplirait tout un numéro de ce journal, au moins ; elle ne pourrait d'ailleurs être écrite que par un spécialiste en radiologie. Nous voulons simplement signaler quelques-uns des cas dans lesquels les rayons X ajoutent à l'examen clinique du malade des renseignements très utiles pour le diagnostic ; parmi les travaux récents où ces questions ont été bien étudiées, signalons un article de Roger Glénard (1) et un chapitre du volume que vient de publier Albert-Weil (2) sur le diagnostic et la thérapeutique par les rayons X.

La radioscopie de l'œsophage se pratique sur le sujet debout, placé en position oblique antérieure droite, et qui avale quelques gorgées d'un lait de bismuth. Si l'œsophage est normal, le lait de bismuth met à peine une à deux secondes pour le traverser. Chez certains sujets nerveux, on peut reconnaître aux rayons X l'atonie de l'œsophage, affection décrite par Holzknecht et Olbert, et caractérisée par la progression difficile des aliments de consistance molle, des ingesta de petit volume ; au lieu de passer sous forme d'une colonne compacte et ramassée, les aliments s'étalent sur toute la longueur du conduit œsophagien et y stationnent. Dans quelques cas, la radioscopie montre l'existence de diverticules ; on distingue les diverticules de traction qui sont dus à des adhérences d'une des parois œsophagiennes, par exemple à l'adhérence de quelque ganglion trachéobronchique sclérosé et les diverticules de pulsion qui résultent d'une distension due à une cause intraœsophagienne ; le diagnostic de diverticule sera fait quand l'œsophage est parcouru librement de haut en bas par une portion des substances opaques dégluties tandis qu'une autre portion de ces substances s'arrête et stagne dans un cul-de-sac immédiatement voisin du canal œsophagien.

Mais c'est surtout pour le diagnostic des sténoses de l'œsophage que les rayons X doivent être placés au premier rang parmi les méthodes d'exploration ; la question qui se pose souvent est de savoir si l'on est en présence d'un spasme, d'un cancer ou d'une dysphagie symptomatique d'un anévrisme de l'aorte. Comme le fait remarquer Bouhéret (3), l'examen radioscopique est le premier procédé à employer pour explorer l'œsophage, car il ne comporte que peu de danger puisqu'il occasionne un minimum de traumatisme ; employé ainsi en premier lieu, il peut contre-indiquer un des autres modes d'examen, si par exemple la radioscopie a décelé la présence d'un anévrisme de l'aorte, le cathétérisme de l'œsophage risquant alors de provoquer des accidents. La radioscopie pratiquée pendant que le malade ingère successivement une bouillie bismuthée à consistance fluide, une pâte bismuthée plus épaisse, et enfin un cachet de bismuth, montre qu'il existe un point sténosé dont le siège peut être exactement fixé, et qu'au-dessus de la sténose l'œsophage est plus ou moins dilaté ; l'image radioscopique est parfois la même dans le spasme œsophagien que dans le cancer, la dilatation œsophagienne sus-jacente au rétrécissement spasmodique pouvant atteindre un volume considérable ; cependant la radioscopie fournit parfois deux signes de diagnostic différentiel : tout d'abord, dans l'œsophagisme, le rétrécissement est souvent inconstant ; l'image radioscopique présente des changements de forme d'un examen à l'autre ; d'autre part, lorsqu'il s'agit d'une sténose cancéreuse, un examen attentif permet, dans certains cas, d'apercevoir une masse sombre autour de la sténose, masse qui correspond au néoplasme ; quelquefois encore, à côté de cette masse, mais séparée d'elle par un espace clair, se trouve une tache, également sombre, donnée par la présence de ganglions hypertrophiés et dégénérés.

On sait que les fistules œsophago-trachéales ou œsophago-bronchiques sont assez fréquentes au cours du cancer de l'œsophage ; leur diagnostic radiologique a été fait dans quelques cas ; Bouhéret en relate dans sa thèse trois observations très curieuses (Zimmern, Turchini et Bénard ; Desternes et Bauffle ; Lesné et Legros). Après avoir avalé le lait de bismuth, le malade, porteur d'une telle fistule, est pris de toux, de dyspnée, et l'on voit se dessiner sur l'écran toute l'arborisation bronchique, le bismuth ayant pénétré jusqu'aux dernières ramifications des voies aériennes ; puis une certaine quantité de bismuth est expectorée et l'image des bronches devient moins nette. Chez le malade de Desternes, la pénétration du lait bismuthé dans les voies respiratoires détermina la mort en quelques minutes ; dans les deux autres cas elle n'eut aucune suite fâcheuse ; il en fut de même chez un malade de Goinard et Viallet (1) atteint d'un cancer de l'œsophage avec fistule œsophago-trachéale : tout le lait bismuthé ayant injecté les gros troncs bronchiques, le malade fit seulement quelques efforts de toux et déclara que, chaque fois qu'il ingérait des liquides, il ressentait ainsi le besoin de tousser.

En ce qui concerne la radiologie gastrique, on a surtout cherché à diagnostiquer l'ulcère et le cancer de l'estomac. Les signes radiologiques qui permettent de reconnaître l'ulcère au début ne sont qu'indirects et doivent être interprétés en tenant compte des anamnestiques ; à une période plus avancée, l'ulcère peut donner des signes très précis (Glénard). Comme signes indirects, l'existence d'un point douloureux à la pression sur la zone gastrique fera penser à la présence d'un ulcère, si ce point est bien limité et se déplace avec l'estomac ; un spasme médiogastrique, localisé, intermittent ou durable, se manifestant par une dépression plus ou moins profonde de la grande courbure, constitue un signe indirect très précieux ; cette biloculation de l'estomac est, d'après Béclère, « l'analogue du blépharospasme lié à l'érosion de la cornée, ou, plus exactement encore, de la contracture du sphincter anal qui accompagne la fissure à l'anus ». Les signes directs apparaissant à une période plus avancée sont fournis par l'ulcère lui-même ; dans quelques cas, assez rares, l'ulcère est visible aux rayons X sous forme d'une ombre plate, fixe, en forme de ligne droite, siégeant sur la petite courbure

(1) Roger GLÉNARD. La radiologie de l'appareil digestif en 1912, *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrition*, juin 1913.

(2) E. ALBERT-WEIL. *Eléments de radiologie*, 1914 ; Paris, Félix Alcan.

(3) BOUHÉRET. *Contribution à l'examen radiologique du cancer de l'œsophage*, Th. de Paris, 1912-1913, n° 390.

(1) GOINARD et VIALLET. Examen d'un cancer de l'œsophage aux rayons X. Fistule œsophago-trachéale, *Revue méd. d'Alger*, nov. 1913.

(Bonniot et Maréchal). Parfois on observe une rétraction de la petite courbure, déplaçant le pylore en haut et à gauche; c'est l'enroulement en hélice ou en escargot (Hœrtel et Schmieden), signe qui, d'après Haudeck, serait important pour le diagnostic d'un ulcère ancien. Le symptôme des niches (Haudeck) ou des images diverticulaires de l'estomac est relativement fréquent; Béclère l'a très minutieusement exposé dans un rapport au XXVe Congrès de l'Association française de chirurgie (Paris, oct. 1912). Les diverticules de l'estomac sont de petites cavités annexes qui se remplissent de bismuth pendant la réplétion de l'estomac, grâce à une perte de substance de la paroi de cet organe; presque toujours unique, le diverticule occupe, dans la plupart des cas, le tiers moyen de la portion descendante de l'image stomacale, au voisinage de la petite courbure. Les dimensions du diverticule varient depuis le diamètre d'un gros pois jusqu'à celui d'une petite noix; sa communication avec l'estomac se fait plus ou moins bien, aussi observe-t-on toutes les formes, depuis la saillie sessile se vidant en même temps que l'estomac jusqu'à la poche restant visible longtemps encore après l'évacuation de la cavité gastrique. Le diverticule est pathognomonique de l'ulcère simple, de l'ulcère calleux pénétrant ayant provoqué, dans la paroi de l'estomac, une perte de substance à travers laquelle s'engage la bouillie bismuthée.

Le radio-diagnostic du cancer de l'estomac a fourni le sujet de plusieurs importants travaux qui ont été bien exposés dans la thèse de Pimpaneau (1). En se basant sur l'anatomie pathologique, on distingue deux grandes variétés macroscopiques du cancer gastrique : les cancers encéphaloïdes, végétants, qui forment des tumeurs saillantes dans la cavité de l'estomac, et les cancers squirrheux caractérisés par l'épaississement et la rétraction des parois de l'estomac, par une réduction progressive du volume de l'estomac. Chacune de ces formes se traduit sur l'écran par des signes particuliers; de plus, tout cancer détermine sur l'estomac une série de malformations qui seront visibles aux rayons X, puisque l'image obtenue sur l'écran représente le moule bismuthé de la cavité gastrique. Voici, par exemple, une masse bourgeonnante faisant saillie dans un estomac : alors que, à l'état normal, on constate, à la radioscopie d'un sujet ayant ingéré du lait bismuthé, que l'image gastrique obtenue présente partout la même opacité et que le bismuth a envahi toute la cavité stomacale, sauf sa partie supérieure, dite chambre à air, qui reste claire, on remarquera, en cas de cancer encéphaloïde, une tache claire au siège même de la tumeur, car à ce niveau le bismuth n'aura pu pénétrer ou se trouvera sous une moindre épaisseur. Cette image spéciale, par défaut de réplétion (Holzchnecht), Béclère l'a bien décrite sous le nom d'image lacunaire ou lacune; les images lacunaires sont d'une variété infinie selon le siège, le volume et la forme de la tumeur, mais elles sont toujours permanentes, invariables pendant toute la durée de l'examen radioscopique et retrouvées les jours suivants; s'il existe une tumeur palpable de la région épigastrique, l'image lacunaire se superpose à cette tumeur. Ce signe de l'image lacunaire, quand il est net, qu'il se superpose ou non à une tumeur palpable de l'épigastre, est pathognomonique du cancer végétant de l'estomac; on ne saurait, en effet, faire entrer en ligne de compte les cas exceptionnels où une tumeur voisine de l'estomac détermine une lacune en déprimant un point quelconque de la paroi gastrique. Au cas d'une tumeur épigastrique d'origine indéterminée, l'absence d'image lacunaire présente une grosse valeur diagnostique en faveur de l'intégrité de l'estomac. La seule difficulté réside dans le fait d'affirmer à la radioscopie la présence d'une lacune de petites dimensions, à bords indistincts, si fréquente à la région pylorique; mais alors la précision plus grande de la radiographie permet souvent d'arriver à la certitude (Pimpaneau).

Les cancers infiltrés, squirrheux, se manifestent sur l'écran par une image de petit estomac (microgastrie décrite par Jonas, Jaugeas et R. Glénard) avec deux types principaux : le type globulaire et le type cylindrique. Mais il faut savoir que la microgastrie peut dépendre de causes autres que le cancer; on ne sera donc en droit d'affirmer son origine cancéreuse que d'après l'ensemble des symptômes. L'exploration radiologique révèle encore la sténose pylorique, que celle-ci soit sous la dépendance d'un cancer ou d'une autre affection; elle renseigne sur l'insuffisance pylorique, presque toujours symptomatique d'un cancer. Les complications du néoplasme, adhérences et propagations aux organes voisins, fistules gastro-coliques, collections sous-phréniques, peuvent être aussi mises en évidence par l'examen aux rayons X. Quelquefois, enfin, la dégénérescence cancéreuse de l'ulcère chronique sera reconnue à la radioscopie, à une époque où les apparences cliniques de l'ulcus sont encore conservées. C'est pourquoi, d'après Béclère, « tout malade soupçonné de cancer de l'estomac doit être aussi tôt que possible soumis à l'exploration radiologique ».

Il y aurait bien d'autres questions de radiologie gastrique à mentionner : l'estomac biloculaire, la dilatation, la ptose, l'estomac hypertonique décrit par Enriquez et G. Durand. Il faudrait également signaler que la radioscopie peut montrer le fonctionnement postopératoire des bouches anastomotiques, dans la gastro-entérostomie par exemple. Mériel (1) a insisté sur ce point, et pour lui l'examen radioscopique est aussi utile dans la chirurgie du tube digestif que la cystoscopie dans la chirurgie urinaire.

L'exploration de l'intestin aux rayons X mériterait aussi qu'on s'y arrêtât un peu longuement; les sténoses chroniques de l'intestin grêle, par exemple, bien étudiées par Schwarz, Béclère, se révèlent à l'écran par trois signes caractéristiques : une stagnation du contenu de l'intestin qui peut durer un, deux, trois jours et plus; un élargissement considérable de la dimension des circonvolutions intestinales; un aspect typique de collections hydro-gazeuses déroulées en tuyaux d'orgue par le poids du liquide bismuthé accumulé à leur base.

L'appendice lui-même a retenu l'attention des radiologues qui sont arrivés à en obtenir l'image; Béclère, Aubourg, Fayard firent les premiers la radiographie de l'appendice; puis Desternes entreprit sur ce sujet une série de recherches méthodiques, les continua avec Baudon, et les résultats obtenus ont été bien exposés dans la thèse de Gourcerol (2). D'après Desternes et Baudon, avec une bonne technique, l'appendice normal ou pathologique peut être visible radiographiquement beaucoup plus souvent qu'on ne l'a admis jusqu'à ce jour; l'examen aux rayons X renseigne sur la forme, la direction, la longueur, les rapports de l'appendice et explique certains troubles dont il est le siège; d'autre part, cet examen permet parfois d'éliminer le diagnostic d'appendicite porté cliniquement, en révélant le siège exact des lésions sur un organe autre que l'appendice; il montre aussi la situation, la forme, la mobilité du cæcum qui peuvent être altérées au cours des affections typhlo-appendiculaires; il peut enfin, en donnant l'image des différents segments du gros intestin, expliquer certains accidents surajoutés à l'appendicite ou persistant après l'intervention chirurgicale. Dupuy de Frenelles et Mahar ont mis en évidence l'utilité de la radiographie pour le diagnostic de l'appendicite chronique;

(1) Pimpaneau. *Du Radio-diagnostic du cancer de l'estomac*, Th. de Paris, 1912-1913, n° 207.

(1) Mériel. Rapport au XXVe Congrès de l'Association française de chirurgie, Paris, oct. 1912; voir *Gaz. des hôpit.*, 17 oct. 1912.

(2) Gourcerol. *La Radiographie de l'appendice*, Th. de Paris, 1912-1913, n° 89.

celle-ci se traduit par trois signes : la douleur qui est un signe de présomption ; la reconnaissance de l'appendice malade à la palpation, signe de probabilité; la radiographie qui apporte la preuve que l'organe en souffrance est bien l'appendice. On s'accorde à reconnaître aujourd'hui que les points de Mac Burney, de Long ou de Moriss ne correspondent pas d'une façon constante au siège de l'appendice; leur origine appendiculaire n'est donc pas certaine ; la palpation de la région appendiculaire expose aussi à plusieurs causes d'erreur, car on peut prendre pour l'appendice la corde résistante du bord externe du droit ou le bord externe du cæcum, ou le cæcum en état de spasme. Avec la radiographie, on contrôle les résultats fournis par la palpation sur le siège de la douleur et sur la présence d'un cordon supposé être l'appendice; lorsque le clinicien a localisé la douleur en un point limité, si la radiographie montre que ce point douloureux correspond au siège de l'appendice, c'est une confirmation du diagnostic d'appendicite chronique.

La radiologie du tube digestif perfectionne donc presque chaque jour ses méthodes d'exploration et rend déjà à la clinique de très grands services. « Elle peut, écrit Glénard, redresser des erreurs de diagnostic ; elle permet de limiter le nombre des laparotomies exploratrices; elle permet enfin d'éviter des opérations trop tardives et certainement inefficaces. » Nous devons, par conséquent, nous tenir au courant de ses progrès et connaître les ressources dont elle dispose. Mais n'oublions pas que, si la radiologie contrôle la clinique, les résultats fournis par la radiologie ont d'autant plus de valeur qu'ils sont, eux aussi, soumis à la critique du médecin ou du chirurgien. Pas d'enthousiasme excessif, car la radiologie n'est pas infaillible; médecins, chirurgiens, radiologues chercheront seulement à associer leurs efforts pour arriver à faire des diagnostics aussi précis que possible.

M. BRELET.

JURISPRUDENCE

PRIVILÈGE ET HONORAIRES MÉDICAUX (1)

Nous avons défini dans notre dernière note de jurisprudence ce qu'il fallait entendre par dernière maladie. Aujourd'hui nous examinerons l'exercice du droit conféré au médecin par le paragraphe 3 de l'article 2101 du Code civil.

Ainsi donc le médecin est en droit de réclamer son privilège, même s'il n'a pas donné ses soins jusqu'à la fin de la maladie. Mais il est obligé de le faire valoir dans un délai relativement court.

Une jurisprudence qui trouve sa consécration dans un arrêt de la Cour de cassation du 3 août 1897 (v. *D. P.*, 1898, 1, 394) affirme que le médecin ne doit pas attendre longtemps pour se prévaloir de l'article 2101, car il peut en être déchu si, son débiteur rétabli, il laisse après la guérison s'écouler beaucoup plus de temps qu'il ne lui en faudrait pour réclamer ses honoraires : car il suit alors la foi du débiteur et renonce à sa garantie (voir également Trib. Narbonne, 5 juin 1891, *Sirey*, 1891, 2, 175, motifs). Cette dernière règle a trouvé son application dans le cas de maladies chroniques où une longue interruption de soins fera disparaître le privilège. Cependant on peut se demander, lorsqu'il n'y a pas à proprement parler interruption de soins, doit-on considérer comme privilégiés tous les honoraires du médecin ou seulement ceux qui correspondent à la dernière crise ayant emporté le malade.

La jurisprudence déclare privilégiés les honoraires de toute la période où, étant donnée la gravité du mal, les soins ont été si continus qu'aucun répit n'a été laissé au médecin pour pouvoir réclamer ses honoraires sans risquer d'interrompre le traitement (Cass., 3 août 1897, précité; Trib. Montdidier, 27 nov. 1884, *S.*; 1886, 2, 47).

En dehors de ce cas particulier, le médecin a deux ans pour user de son privilège. Sans cela il se heurte à la prescription de l'article 2272 du Code civil. Il n'y a donc pas de difficulté sur ce deuxième point.

On s'est demandé si les sommes privilégiées devaient représenter seuls les soins donnés au débiteur ou si elles devaient englober les honoraires des frais de maladie des membres de sa famille à sa charge. Certains tribunaux l'avaient admis (Trib. civ. Montargis, 3 mai 1860, *Gaz. des hôpit.*, 10 juillet 1860; Trib. commerce Besançon, 22 juin 1895, *Pand. franç.*, 1896, 2, 324; Trib. comm. Cherbourg, 20 nov. 1896, *Sirey*, 1897, 2, 251); mais il nous semble que, depuis l'arrêt de Cassation du 3 août 1897 (précité), le privilège de la dernière maladie doit être limité aux frais concernant le seul débiteur (voir également Trib. comm. Le Havre, 20 mai 1891, *Sirey*, 1897, 2, 251, la note).

Le privilège de l'article 2101 appartient non seulement aux médecins, mais aussi aux dentistes et aux sages-femmes. Il s'étend même aux pharmaciens, aux gardes-malades. On y ajoute même les frais de cure dans un institut médical.

Aucun ordre n'ayant été fixé par la loi entre ces diverses créances, elles viennent toutes au même rang. Par suite si les deniers mis en distribution sont insuffisants pour les payer intégralement, les juges les réduiront proportionnellement à leur chiffre en vertu de l'article 2097 du Code civil ainsi rédigé : « Les créanciers privilégiés qui sont dans le même rang sont payés par concurrence. » Les tribunaux ont même une jurisprudence encore plus large. Lorsqu'ils se trouvent en présence d'une longue maladie dont les frais risqueraient d'absorber la plus grande partie de l'actif du débiteur, ils réduisent le chiffre des honoraires privilégiés en tenant compte de la fortune réelle du malade (Trib. Seine, 2 juin 1891, et Trib. Narbonne, 5 juin 1891, *Sirey*, 1891, 2, 175).

Est-ce à dire que le médecin pourra perdre la portion non privilégiée de ses honoraires? En aucune façon il garde toujours le droit de la réclamer, comme créancier chirographaire, soit au malade, soit à ses héritiers, soit même aux personnes qui sont tenues de leur paiement.

Quels sont, enfin, les biens sur lesquels porte le privilège? En vertu de l'article 2101 précité, la créance privilégiée du médecin s'exerce en troisième ordre sur la généralité des meubles, et en vertu de l'article 2104 du Code civil sur les immeubles. Par suite les biens sur lesquels porte le privilège du médecin sont d'abord les deniers provenant de la vente des meubles du débiteur et ensuite les deniers provenant de ses immeubles (Trib. Seine, 28 fév. 1905, *Concours médical*, 1905, p. 236). Ajoutons, pour terminer, que, en cas de privilège sur les immeubles, le médecin profite des dispositions de l'article 2105 du Code civil ainsi conçu : « Lorsque, à défaut de mobilier, les privilégiés en l'article précédent se présentent pour être payés sur le prix d'un immeuble en concurrence avec les créanciers privilégiés sur l'immeuble, les paiements se font dans l'ordre qui suit : 1° les frais de justice et autres énoncés en l'article 2101... » Donc, sur le prix des immeubles, le médecin vient avant tous les créanciers ayant un privilège spécial immobilier.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

(1) Voir *Gaz. des hôp.*, 1914, n° 2, p. 30.

AVIS. — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

ANALYSES

CHIRURGIE

Transfusion au moyen de tubes de verre. (A. R. Kimpton. *Boston med. and surg. Journ.*, CLXIX, 22-27 nov. 1913.) — **Les accidents de la transfusion. Le moyen de les prévenir par l'examen préalable du sang, basé sur une expérience de 128 transfusions.** (Reuben Ottenberg et David J. Kaliski. *The Journ. of the amer. med. Assoc.*, LXI, 24-13 déc. 1913.) — Les Américains qui ont, naguère, tiré de l'oubli la transfusion sanguine cherchent à la rendre plus pratique et plus sûre, soit en imaginant de nouvelles techniques, soit par l'étude approfondie des éléments physiologiques ou pathologiques qui entrent en jeu dans l'emploi de cette méthode. C'est ce dont on peut juger par deux articles récents dont voici l'analyse :

1° Kimpton estime que la transfusion mérite d'avoir une place bien définie dans le traitement de certains états médicaux ou chirurgicaux et non pas d'être réservée aux seuls cas d'urgence ou surtout aux cas désespérés. Supposant que ce sont les grandes difficultés de la transfusion directe qui en restreignent l'usage, il propose un procédé plus simple qui se distingue par deux caractères essentiels : d'abord le sang ainsi transfusé est veineux et non artériel, puis cette transfusion est indirecte, c'est-à-dire qu'elle ne comporte aucune anastomose vasculaire et se fait en deux temps par l'intermédiaire d'un récipient qui reçoit le sang du donneur et sert à l'injecter au malade.

Le récipient est un cylindre de verre, de capacité variable, fermé à l'une de ses extrémités par un bouchon de liège, se continuant à l'autre par une fine canule de verre et possédant sur le côté une autre petite canule implantée perpendiculairement dans sa paroi non loin du bouchon de liège. En outre, la canule terminale deux fois infléchie dans des plans différents est effilée, taillée en biseau et polie. Il y a deux types de cylindres qui ne diffèrent que par la capacité : un de 150 et l'autre de 250 centimètres cubes.

L'appareil est stérilisé à l'autoclave et enduit intérieurement dans toutes ses parties, soit de paraffine, soit du mélange de Vincent : stéarine, paraffine et vaseline. La transfusion à l'aide de l'appareil ainsi préparé, se pratique de la manière suivante :

On place un lien sur le bras du donneur comme pour la saignée ; on découvre une veine de l'avant-bras au-dessous de laquelle on passe deux fils ; l'un, le proximal, est lié, l'autre, simplement tenu par l'aide, agit comme une pince ; la veine est ensuite incisée entre les deux fils avec un couteau à cataracte. Le malade récepteur est préparé d'une façon analogue avec cette différence qu'on ne lui applique pas le lien de la saignée et que c'est ici le fil distal qui est noué. La canule effilée du cylindre de verre est alors introduite dans la veine du donneur et on attend, en tenant verticalement l'appareil, qu'il se soit empli de sang, sous l'effet de la pression veineuse, ce qui demande deux ou trois minutes avec un cylindre de 250 centimètres cubes. On le retire ensuite pour le transporter horizontalement jusqu'au récepteur, dans la veine duquel la canule est introduite. L'appareil étant redressé, on adapte une soufflerie de thermocautère à la canule latérale et on chasse doucement le sang de l'appareil dans la veine. Cette manœuvre peut être répétée une ou plusieurs autres fois, selon la quantité de sang que l'on désire introduire.

Le procédé a été employé dans 16 cas et, paraît-il, sans difficulté, sauf en deux circonstances dans lesquelles, dit Kimpton, il a suffi de corriger la technique pour procéder aisément à la transfusion. En lisant, en effet, les observations, on constate que deux d'entre elles mentionnent une coagulation du sang contenu dans l'appareil et cette constatation est malgré tout un peu inquiétante. Les quantités de sang transfusé sont très variées (de 100 à 1050 centimètres cubes). Les maladies qui ont nécessité l'opération et les résultats obtenus ne le sont pas moins.

Les avantages de cette méthode résident principalement dans sa simplicité qui permet de l'appliquer sans entraînement spécial et au besoin sans aide, puis dans le moyen qu'elle offre de connaître exactement la quantité de sang qui est transfusée.

Les inconvénients sont ceux de la transfusion en général, tels que l'hémolyse et aussi la dilatation du cœur qui se traduit par de l'angoisse précordiale, de la dyspnée, de la tachycardie et nécessite un arrêt dans l'introduction du sang facilement réalisée par la compression digitale de la veine. Quant à la coagulation, elle semble n'inspirer aucune crainte à Kimpton. Il n'en faut pas moins faire des réserves au sujet des altérations que le sang peut subir dans ce procédé comme dans tous les cas où il perd contact avec l'endothélium vasculaire.

2° Ottenberg et Kaliski apportent des faits intéressants dans le débat qui concerne les accidents de la transfusion et les moyens dont nous disposons pour les éviter. Certains auteurs n'attachent pas grande importance à l'hémolyse et à l'agglutination et d'autres pensent que les réactions de laboratoire n'ont pas toute l'utilité qu'on leur attribue parce que l'hémolyse qui a lieu in vitro pourrait ne pas se produire dans les vaisseaux ou au contraire se produire dans ce dernier cas alors que la réaction a été négative. Les observations des auteurs ont porté sur 128 cas de transfusion directe et leur permettent d'avoir une opinion précise qui est tout à fait en faveur de l'examen préalable du sang.

Les rapports qui existent entre l'hémoglobinurie, assez fréquente en somme, si l'on s'en rapporte aux observations publiées, et l'hémolyse sont maintenant bien établies. En ce qui regarde les effets de l'interagglutination, on n'est pas aussi avancé. Ottenberg et Kaliski pensent qu'elle peut être fâcheuse dans certaines circonstances, bien qu'on ne connaisse aucun cas de thrombose étendue ou d'embolie qui puisse lui être attribué. La méthode employée pour la recherche de l'agglutination et de l'hémolyse a été celle de Wright modifiée qui permet d'examiner le sang de dix à douze donneurs en deux ou trois heures.

L'*hémolyse* d'un sang humain par un autre sang humain est un phénomène pathologique qui s'observe dans de nombreuses maladies. Sur les 128 cas observés, il y en eut 17 dans lesquels le sang du malade hémolysait celui de différents donneurs. Les maladies en cause étaient : le purpura hémorragique, le cancer, la leucémie, l'anémie pernicieuse, l'ostéomyélite chronique, un abcès pelvien. Trois fois l'hémolyse fut inverse, c'est-à-dire causée par le sérum du donneur.

Dans deux cas l'état désespéré du malade fit négliger l'hémolyse et l'agglutination qui étaient certaines. Le premier de ces malades atteint d'anémie pernicieuse eut pendant vingt-quatre heures une hématurie intense et s'améliora cependant ; mais, fait particulièrement démonstratif, il ne présenta aucun accident à la suite d'une autre transfusion pratiquée quelques mois plus tard, cette fois avec un donneur dont le sang n'était pas hémolysé. Le second malade qui avait une leucémie aiguë et dont le sang agglutinait plus qu'il n'hémolysait celui du donneur mourut quarante-deux heures après la transfusion.

Dans quatre autres cas seulement l'examen du culot de centrifugation de l'urine fit découvrir quelques globules rouges. Quant à l'ictère il ne survint qu'une seule fois et put être attribué à une autre cause que l'hémolyse.

Tous ces faits montrent que le danger de l'hémolyse peut être absolument écarté par l'examen préalable du sang.

L'*iso-agglutination* au contraire de l'hémolyse n'est pas pathologique et peut s'observer entre des sangs humains normaux. Faut-il attacher une grosse importance à ce phéno-

mène dans le choix du donneur et quels sont ses effets dans la transfusion ?

Les iso-agglutinines humaines, en général, ne sont pas actives dans une dilution qui dépasse 1 p. 10 ou 1 p. 20. Aussi quand c'est le sérum du donneur qui agglutine, il est, au moment de la transfusion, dilué dans une telle quantité de plasma du malade qu'il ne peut avoir grand effet et en pratique ces transfusions (les auteurs en ont quatre exemples) ne donnent pas de mauvais résultats.

Quand c'est par contre le sérum du malade qui agglutine, les conditions sont évidemment beaucoup plus favorables à l'agglutination, mais il est peu probable que de volumineux amas de cellules agglutinées puissent se former dans la circulation aussi aisément que dans un tube laissé au repos et ce qu'on a surtout observé en pareil cas, c'est la phagocytose des globules rouges. Hopkins l'a vue une fois. Ottenberg et Kaliski l'ont constatée chez trois malades dont deux moururent et l'autopsie de l'un d'eux montra même une phagocytose étendue des globules rouges sur la coupe des organes lymphoïdes et de la rate.

Les réactions fébriles légères que présentaient vingt et un malades peuvent sans doute être attribuées à l'opération. Mais il n'en est pas de même des réactions plus sérieuses avec frisson et vomissements, des urticaires et des diverses éruptions qui ont été observés dans un dixième des cas et n'eurent d'ailleurs jamais de gravité. La cause de ces accidents n'est pas encore exactement déterminée, mais on est certain qu'ils ne sont dus ni à l'hémolyse, ni à l'agglutination, ni au fibrine-ferment, ni à la destruction des plaquettes sanguines. P. CHASTENET DE GÉRY.

Contribution à l'étude des kystes hydatiques multiples du foie. (P. MORNARD. Th. de Paris, 1913.) — On dit qu'il y a kystes hydatiques multiples du foie quand cet organe contient simultanément plusieurs kystes indépendants les uns des autres. Cette disposition est beaucoup plus fréquente qu'on ne le pensait, et s'observe environ dans 22 p. 100 des cas. Le nombre et le volume des kystes sont variables. La multiciplité est due soit à une infection multiple, soit, très exceptionnellement sans doute, à une greffe secondaire après rupture du kyste principal. Le diagnostic est surtout difficile avant l'opération. Il devra s'appuyer alors sur la constatation de plusieurs tuméfactions distinctes, sur la consistance inégale des lobes d'une tumeur irrégulière, sur la disproportion entre le volume du foie et celui du kyste qu'on a pu reconnaître. Les complications sont plus fréquentes et par suite le pronostic est plus grave dans cette forme qui comporte souvent une diminution importante du parenchyme hépatique, des lésions de cirrhose hydatique, des compressions biliaires ou veineuses, des suppurations et des ruptures de kystes. Le traitement nécessite une exploration systématique du foie par l'extérieur de l'organe et par l'intérieur du premier kyste incisé. Quand tous les kystes sont reconnus, leur évacuation devra se faire soit par l'intérieur de la première poche, soit s'ils sont éloignés par une incision distincte du parenchyme hépatique, soit même à l'aide d'une autre incision cutanée. Quand l'opération est très complexe il est préférable de la pratiquer en plusieurs séances. CHASTENET DE GÉRY.

La hanche à ressort extraarticulaire (maladie de Perrin-Ferraton). (G. COUDRAY. Th. de Lyon, 1913.) — Cette variété est caractérisée par un claquement coïncidant avec le brusque ressaut d'une bandelette sur le grand trochanter. Elle se présente sous deux formes : spontanée c'est-à-dire congénitale, et acquise c'est-à-dire habituellement d'origine traumatique, qui l'une et l'autre peuvent se compliquer de subluxation intermittente de la hanche ou hanche à ressort articulaire. Le phénomène est produit soit par des mouvements de la cuisse, soit par des mouvements du bassin et dans des conditions très diverses, aussi bien dans la station debout que pendant la marche. Les deux facteurs du phénomène sont la bandelette et l'obstacle trochantérien. La bandelette dont la nature est discutée serait, d'après l'auteur, le faisceau trochantérien de la bandelette de Maissiat. L'obstacle trochantérien est constitué par cette saillie osseuse elle-même qui est anormalement saillante ou hypertrophiée, ou rejetée au dehors, ou bien, enfin, déformée par des rugosités. La bandelette forme sur le grand trochanter une sangle qui « ressaute grâce à la contraction musculaire du tenseur du fascia lata et du grand fessier qui la tirent successivement en avant et en arrière de l'obstacle ». Quand elle est spontanée la hanche à ressort, volontaire, indolore ou peu gênante, est une singularité plutôt qu'un état pathologique. Acquise, elle est le plus souvent involontaire et douloureuse et peut occasionner des troubles fonctionnels qui constituent quelquefois une infirmité. Le traitement qui n'est nécessaire que dans des cas exceptionnels consiste, soit à fixer la bandelette au périoste trochantérien, soit à l'allonger, soit à la sectionner, soit enfin à détacher les insertions du grand fessier au fascia lata. CHASTENET DE GÉRY.

Sur la vasostomie et la radiographie du vas deferens. (William T. BELFIELD. *Journ. Amer. med. Assoc.*, vol. LXI, n° 21, 22 nov. 1913, pp. 1867-1869.) — Il est facile de laver le canal déférent et la vésicule séminale avec de l'argyrol après vasostomie scrotale. De 4 à 6 centimètres cubes sont nécessaires pour remplir les voies spermatiques, après quoi le sphincter de la vésicule cède et la solution passe dans l'urètre postérieur d'où elle reflue dans la vessie d'ordinaire, quelquefois vers le méat. Alors on peut faire passer autant de liquide que l'on désire. Pendant plusieurs jours après un tel lavage, les conduits éjaculateurs laissent échapper de l'argyrol, ce qui démontre l'existence d'un péristaltisme normal des voies spermatiques. Trois fois Belfield observa une miction rétrograde, c'est-à-dire l'issue d'urine par l'incision scrotale quand le malade éprouvait un fort besoin d'uriner et y résistait. Dans deux de ces cas, il y avait béance anormale de l'orifice des conduits éjaculateurs et il y avait eu des attaques répétées d'épididymite. La relation causale est évidente. Peut-être cette miction rétrograde est-elle plus fréquente qu'on ne pense.

Le péristaltisme normal des voies spermatiques explique certains phénomènes jusqu'ici obscurs, par exemple la phosphaturie si fréquente chez les neurasthéniques sexuels. La sécrétion vésiculaire précipite les sels de chaux de l'urine. Si elle reflue dans la vessie, elle y causera de la phosphaturie. Belfield a démontré la vérité de ceci par le cathétérisme uretéral chez un phosphaturique.

L'étude de la vasostomie a démontré que la stérilité peut être due non seulement à une occlusion de l'épididyme, mais aussi à une du canal déférent ou éjaculateur, ou même à un arrêt de spermatogénèse due à la toxémie d'une maladie infectieuse (oreillons, fièvre typhoïde).

L'irrigation du canal déférent après vasostomie a permis à Belfield de guérir une infection générale coli-bacillaire à point de départ dans les canaux éjaculateurs.

La radiographie des voies spermatiques après remplissage au collargol montre que l'uretère correspond à peu près au grand axe de la vésicule. Ce n'est point ce qu'enseignent les traités classiques. F. GARDNER.

Implantation des uretères dans l'intestin. (Carl BECK. *Journ. Amer. med. Assoc.*, vol. LXI, n° 9, 8 nov. 1913, pp. 1691-1694.) — **Réfection opératoire des pertes de substance de l'uretère.** (Daniel N. EISENDRATH. *Ibid.*, pp. 1694-1698.) — Beck relate deux cas, le premier remontant à quatorze ans. Pour tuberculose vésicale grave, Beck fit la dérivation intestinale des urines. L'uretère droit fut

implanté dans le cæcum, le gauche dans l'anse sigmoïde. Le péritoine recouvrant l'intestin fut relevé avec un lambeau de musculaire, l'intestin fut ouvert obliquement et au moyen d'un fil l'extrémité de l'uretère coupé fut attirée dans la lumière de l'intestin assez loin pour qu'il y eût une certaine longueur pendant librement dans la cavité intestinale. L'extrémité de l'uretère fut fendue longitudinalement sur une longueur de 6 à 7 millimètres, puis le lambeau péritonéal fut rabattu et suturé. Cette technique visait à éviter les deux grands dangers, à savoir le rétrécissemant de l'anastomose et l'infection ascendante, car celle-ci commence dans les granulations de cicatrisation de la suture uretéro-intestinale quand on en fait une. Le malade resta en bonne santé pendant dix-huit mois, puis il mourut de tuberculose pulmonaire ou rénale, ou des deux. A l'autopsie on trouva les deux reins fortement lésés : l'uretère droit pendait encore librement dans le cæcum; l'orifice de l'anastomose gauche s'était très rétréci. Le second cas fut opéré il y a quelques mois pour cystite chronique rebelle et fistule vésicale. Les résultats furent bons et Beck attend que la cystite soit guérie pour réimplanter les uretères dans la vessie. Cette méthode, ainsi que l'implantation de l'uretère dans l'appendice, retarde, plus que toute autre, le développement de la pyélite.

Eisendrath a étudié expérimentalement le remplacement d'un segment manquant de l'uretère par un lambeau vésical enroulé en manchette. L'opération est parfaitement faisable. Les segments transplantés gardent leur vitalité, même en l'absence de connexions vasculaires avec la vessie. Une approximation très exacte des extrémités n'est même pas absolument nécessaire. Mais, bien que la muqueuse vésicale soit accoutumée au contact de l'urine, le segment transplanté subira une dégénérescence cicatricielle de la même façon que d'autres tissus transplantés (artère, veine, appendice, intestin, corne antérieure) qui sont doublés d'un endothélium ou d'une muqueuse qui n'est pas adaptée à la présence de l'urine. Même quand la greffe prend, le segment transplanté dégénère rapidement en tissu cicatriciel qui, en se rétractant, attire l'un vers l'autre les deux bouts de l'uretère, d'où rétrécissement et hydronéphrose.

F. GARDNER.

PRATIQUE MÉDICALE

L'ADONIS VERNALIS DANS L'ALBUMINURIE

D'après Roch (1), les thérapeutes ne sont guère d'accord au sujet de l'adonis vernalis, les uns le considèrent comme un cardio-tonique excellent, les autres le regardent comme absolument inefficace au point de vue de son action cardiaque.

Il semble que, avec G. Lemoine (2) et Henneton (3), la majorité reconnaît que l'adonis est un toni-cardiaque n'amenant pas de modifications dans la pression sanguine. Ce n'est pas là l'opinion d'Henrijean et Honoré (4). Cependant G. Lemoine (5) a démontré que l'adonis n'élève pas la tension artérielle et peut par suite être donnée sans inconvénient dans l'artériosclérose et dans les néphrites avec hypertension.

Dans les cas d'asystolie aiguë, l'adonis amène très rapidement la disparition des œdèmes et l'allure normale du cœur. Ici il est en concurrence avec la digitale et on peut peut-être lui préférer celle-ci. Mais là où son action est incomparable et où l'emploi de la digitale n'est pas de mise, c'est dans le traitement des néphrites interstitielles lorsque l'urémie devient menaçante par suite d'une élimination insuffisante au travers du filtre rénal (1).

(1) M. Roch. *Arch. des mal. du cœur*, juin 1913.
(2) G. Lemoine. *Congrès Pr. méd. Lyon*, oct. 1911.
(3) A. Henneton. Th. de Lille, 1909.
(4) Henrijean et Honoré. *Mém. de l'Acad. royale de méd. belge*, juin 1909.
(5) G. Lemoine. *Soc. méd. des hôpit.*, 6 déc. 1912.

Voici l'observation empruntée au docteur Arnaut et telle qu'elle est donnée par cet auteur d'un cas de ce genre et dans lequel l'administration d'un extrait total d'adonis donna un résultat tout à fait remarquable.

Appelé auprès d'un malade de cinquante-huit ans, grand artérioscléreux, notre confrère constata l'état suivant :

« Du côté des reins, émission d'urine assez abondante, 1600 à 1800 grammes en vingt-quatre heures avec pollakiurie nocturne, albumine en petite quantité, environ 0g50 par litre, rétention de chlorures. Le cœur est volumineux, il existe un léger bruit de galop, l'aorte est élargie, mais les artères radiales sont restées souples. Le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigt. Mais cela peut être aussi bien le fait de la mauvaise hygiène alimentaire du malade que de la mauvaise circulation. Rien au poumon, mais il existe une dyspnée d'effort et une dyspnée nocturne très accusée. Maux de tête, somnolence, crampes dans les membres inférieurs, en un mot phénomènes de petite urémie. Le malade est surtout arrêté à cause de sa dyspnée qui a beaucoup augmenté depuis quelques jours. »

Notre confrère prescrivit le repos, une alimentation composée de lait écrémé, de légumes verts, de pâtes alimentaires, tout cela sans sel, et ordonna de prendre six cuillerées à café d'extrait total d'adonis en trois prises par jour. Dès le lendemain les urines passent à 2200 centimètres cubes, et ce taux s'élève encore les jours suivants pour atteindre 2600 le sixième jour du traitement; sous l'influence de cette diurèse la dyspnée et les autres symptômes généraux disparaissent totalement; la marche et tous les mouvements deviennent possibles sans la moindre gêne; les crampes disparaissent et le sommeil qui était nul revient normal. En même temps un léger œdème malléolaire qui existait avant le traitement s'efface complètement. En un mot le malade revient à un état en apparence normal; tous les symptômes d'urémie commençante ayant disparu. M. Arnaut diminue alors de moitié la dose d'extrait total d'adonis et la fait prendre pendant huit jours encore, puis il conseille au malade au bout de ce temps-là de prendre chaque semaine, pendant trois jours, trois cuillerées à café d'extrait total d'adonis, afin d'avoir ainsi une débâcle d'urines hebdomadaire et d'éviter tout accident d'intoxication urémique.

J'emploie ce traitement avec le plus grand succès dans tous les cas de ce genre, me servant du diurène qui est le seul extrait total usité. J'insiste surtout sur la nécessité de ne pas abandonner la médication lorsque l'amélioration cherchée est obtenue. En donnant chaque semaine, pendant deux ou trois jours, une dose moyenne de médicament, on a les plus grandes chances de conserver la santé retrouvée. Je connais des malades qui ont pu se maintenir ainsi pendant plusieurs années dans un état relativement bon, à la condition, bien entendu, de suivre un régime alimentaire sévère et de ne pas se livrer à des exercices fatigants.

On pourra objecter que d'autres diurétiques peuvent donner un résultat semblable. Cela est vrai, mais j'insiste sur l'opportunité de prescrire l'adonis surtout à cause de son innocuité absolue. De plus, l'emploi de certains de ces diurétiques ne peut jamais se faire que pendant un temps limité, tandis que celui de l'adonis, ainsi que l'a démontré le malade de Roch, peut se poursuivre sans interruption pendant des mois.

P.-L. PERSAC.

(1) Docteur Arnaut. *Gaz. des prat.*, 15 nov. 1913.

LIVRES NOUVEAUX

Maladies de la mamelle (1), par A. BAUMGARTNER.

Cette excellente étude forme le dernier fascicule paru du *Nouveau Traité de chirurgie*. En quatorze ans celle que Binaud et Braquehaye avaient écrite pour la première édition avait vieilli d'une façon assez apparente en divers endroits. Baumgartner ne s'est pas contenté de la remettre au point en lui incorporant toute une documentation neuve et abondante. Sans en changer notablement le plan général qui ne pouvait guère être modifié, il l'a remaniée de façon très personnelle. C'est ainsi qu'il a su exposer avec beaucoup de clarté des questions sinon confuses encore, du moins vraiment complexes, telles que les maladies inflammatoires de la mamelle, et classer méthodiquement dans un cadre simple et rigoureux toutes les notions anatomiques, cliniques et thérapeutiques fort nombreuses que nous possédons actuellement sur les cancers du sein.

Il faut citer également quelques chapitres d'importance diverse mais qui ont tous le mérite d'être nouveaux; ce sont ceux consacrés au phlegmon ligneux, à l'engorgement mammaire, aux tumeurs mixtes.

Enfin, le diagnostic des tumeurs du sein qui termine l'ouvrage et rappelle, en les comparant, les symptômes de presque toutes les maladies précédemment étudiées est présenté sous cette forme essentiellement clinique, propre aux manuels de séméiologie et de diagnostic, qu'on regrette de ne pas voir plus souvent utilisée dans les traités de pathologie.

P. CHASTENET DE GÉRY.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 11, 1913.) Ino KUBO : Contribution nouvelle à l'étude des polypes choanaux solitaires des cavités périnasales. — Paul GIBERT : L'anesthésie locale dans la laryngectomie. — R. PASSOT : Méningites et états méningés aseptiques d'origine otique.

Archives de médecine des enfants. — (N° 1, janv. 1914.) Mathilde DE BIELHER : Maladie de Heine-Medin, considérations relatives à l'épidémie de 1911 en Pologne. — Marie NAGEOTTE-WILBOUCHEWITCH : La scoliose par malformation de la cinquième vertèbre lombaire et son traitement. — GALOP : Gangrène du membre inférieur consécutive à une artérite aiguë au cours de la rougeole. — PÉHU : Mégacôlon chez une enfant de cinq ans myxœdémateuse avec inversion générale des viscères (hétérotaxie splanchnique totale). — COMBY : Invagination intestinale chez les enfants.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXIX, n° 28, 4 déc. 1913.) William H. ROBEY : L'irritabilité nerveuse dans les maladies chroniques des reins. — Michael M. DAVIS : Une méthode pour améliorer le fonctionnement d'une clinique de malades externes. — William PALMER LUCAS : Rapport sur une clinique vocale, de septembre 1912 à juin 1913, service des malades externes de l'hôpital psychopathique. — Constance CHARNLEY : Quelques observations sur les causes et le traitement du bégaiement. — Walter R. STEINER : La digitale : son action et ses usages. — (N° 24, 11 déc.) John H. GIBBON : Erreurs de diagnostic dans les maladies de la vésicule biliaire envisagées au point de vue chirurgical. — Charles G. STOCKTON : Etat de la région supérieure de l'abdomen dans ses rapports avec les maladies de la vésicule biliaire. — G. L. TOBY : Suppuration aiguë et chronique de l'oreille moyenne.

Bulletin médical. — (N° 103, 31 déc. 1913.) A.-F. PLICQUE : Les injections de médicaments par la voie sous-cutanée, intramusculaire ou intraveineuse. — LAUGIER : A propos d'un cas d'érythème noueux. — (N° 1, 3 janv. 1914.) LAGRANGE : Diagnostic de la cataracte sénile, du glaucome chronique et de l'atrophie du nerf optique. — G.-H. LEMOINE : Incorporation à vingt ans et incorporation simultanée de deux classes. — A.-F. PLICQUE : Le traitement des albuminuries gravidiques. — (N° 2, 7 janv.) DUMAREST et MURARD : Cinq ans de pratique du pneumothorax artificiel. Résultats. — GRANJUX : A propos de la vaccination antityphoïdique obligatoire dans l'armée.

Medical Record. — (Vol. LXXXIV, n° 23, 6 déc. 1913.) Charles L. DARRA : Les réactions sériques dans l'hémiplégie cérébrale. — C. M. RICHTER : Les rhumes et leur rapport avec les conditions atmosphériques. — Edward HUNTINGTON WILLIAMS and James SPENCER BRONN : Les maladies vénériennes et les pratiques eugéniques dans les petites agglomérations. — A. M. FAUNTLEROY : Vienne, Mecque de l'enseignement médical et chirurgical post-scolaire. Quelques points de pratique glanés dans les cliniques viennoises et aux cours donnés par l'Universités de Vienne. — John O. RUSH : Gomme de la prostate et de la vessie. Six injections intraveineuses et une intramusculaire de salvarsan et vingt-six injections intraveineuses de néosalvarsan chez un malade âgé de soixante-dix ans. — B. ROSENBLUTH : Paralysie faciale partielle due à un traumatisme. — Louis SHALET : La tuberculose et la réaction de von Pirquet chez les enfants. — G. A. RUECK : Un cas de septicémie pneumococcique. — A. MERRILL MILLER : Une pince hémostatique servant de manche pour les lames de rasoir de sûreté. — WESLEY GROVE VINCENT : Un nouveau coussin lombaire. Un coussin pneumatique à deux compartiments particulièrement indiqué dans les opérations portant sur le rein, sur la région supérieure de l'abdomen et sur le cou. — (N° 24, 13 déc.) Philip D. KERRISON : Traitement chirurgical de la labyrinthite suppurée diffuse. — Isaac LEVIN : Radium et radiothérapie dans le cancer. — W. MORGAN HARTSHORN : Chorioépithéliome avec l'observation d'un cas mortel. — Albert E. ROUSSEL : Cholécystite phlegmoneuse aiguë. Observation d'un cas avec gangrène intestinale. — Edmond GROS et Martin E. REHFUSS : Radiographie dans la gangrène pulmonaire.

Paris médical. — (N° 5, 3 janv. 1914.) E. ALBERT-WEIL : Le radiodiagnostic en 1914. — BÉCLÈRE : Le radiodiagnostic des maladies de l'estomac : les images lacunaires et diverticulaires. — BELOT : Les progrès du radiodiagnostic en pathologie urinaire. — DESTERNES : La radiographie du cæcum et de l'appendice iléo-cæcal. — KLYNENS : Le diagnostic radiographique des sarcomes osseux. — DESTOT : Du rôle et de l'importance de la radiologie dans l'étude et l'évaluation des impotences fonctionnelles.

Progrès médical. — (N° 49, 6 déc. 1913.) OPPENHEIM et Pierre MAREAU : La valeur fonctionnelle du rein sénile. — (N° 50, 13 déc.) Léon THÉVENOT : Essais de traitement chirurgical des rétentions d'urine sans obstacle mécanique. — (N° 51, 20 déc.) A. MOUGEOT : Tachycardie paradoxale des hypertendus et réflexe oculo-cardiaque. — (N° 52, 27 déc.) LŒPER et A. MOUGEOT : L'absence du réflexe oculo-cardiaque dans le tabes.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 1, 3 janv. 1914.) G. LIÉBAULT : Adénites tuberculeuses prélaryngées.

(1) A. BAUMGARTNER. Maladies de la mamelle, *Nouveau Traité de chir.*, 23e fascicule, 339 pages, 56 figures. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Nº 6. — JEUDI 15 JANVIER 1914. 87e ANNÉE. JEUDI 15 JANVIER 1914. — Nº 6.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, **10** francs par an. Étudiants étrangers, **15** francs par an.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **5** fr. **50.** — 6 mois : **11** fr. — 1 an : **20** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de la médaille d'or. (*Médecine.*) — Le jury est composé de MM. Barth, Courcoux, Pissavy, Laffitte, Dalché.

— (*Chirurgie et accouchements.*) — Le jury est composé de MM. Launay, ~~Lapointe, Magitot~~, Paul Riche, Brindeau.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 12 janvier. — Question donnée : « Nerf moteur oculaire commun (à partir de l'origine apparente). — Epilepsie bravais-jacksonienne. »

MM. Deglaire, 14 + 20 = 34; Marais, 16 + 22 = 38; Levesque, 18 + 22 = 40; Chenet, 13 + 20 = 33; de Nabias, 11 + 20 = 31; Olivieri, 16 + 22 = 38; Mlle Urion, 14 + 21 = 35; MM. Brizard, 14 1/2 + 22 = 36 1/2; Brétégnier, 14 + 18 = 32.

Séance du 13 janvier. — Question donnée : « Ligaments latéraux de l'articulation tibio-tarsienne et leurs rapports. — Ruptures traumatiques de l'urètre. »

MM. Coty, 12 + 18 = 30; Misrachi, 17 + 22 = 39; Laburthe-Tolra, 13 + 21 = 34; Mlle Labeaume et MM. Cabouat, 14 + 18 = 32; Gibert et Thinh, 13 + 19 = 32; Mercier, 14 + 20 = 34; Wiart, 15 + 24 = 39.

Prochaine séance, jeudi 15 janvier, à cinq heures, rue des des Saints-Pères.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — M. le docteur G. Pélissier est délégué, pendant l'année scolaire 1913-1914, dans les fonctions de chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique.

M. le docteur Max Coudray est délégué, pendant l'année scolaire 1913-1914, dans les fonctions de chef des travaux de microbiologie.

M. Fournier, étudiant en médecine, est nommé préparateur d'anatomie pathologique pendant l'année scolaire 1913-1914.

GUERRE. — M. le médecin principal de première classe Loup, adjoint au directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, a été nommé directeur du service de santé du 21e corps d'armée à Epinal.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Des *médailles d'or* viennent d'être décernées pour services exceptionnels à l'Assistance publique à MM. les docteurs Benoit (d'Arba) et Clada (de Souk-Ahras).

Une *médaille d'argent* est décernée à M. le docteur Pison (de Ménerville).

LES MÉDECINS AU PARLEMENT. — MM. les docteurs Augagneur et Dron ont été élus vice-présidents de la Chambre des députés.

UNE LÉPROSERIE A LONDRES. — La lèpre fait-elle une nouvelle apparition en Europe, ou bien ses cas isolés sont-ils mieux dépistés?

Le fait est qu'on signale des lépreux à Londres et qu'ils sont même en assez grand nombre, puisqu'on se propose de créer une léproserie. Mais on voudrait que la situation de cet établissement fût entourée du secret le plus absolu, non seulement pour éviter les réclamations, la terreur même qu'un tel voisinage susciterait, mais surtout parce qu'on craindrait que tous les lépreux du monde affluent dans la capitale britannique.

VICTIME DE L'HYGIÈNE. — Attendu qu'il est nécessaire pour l'hygiène que les parquets soient bien entretenus et qu'on ne peut faire reproche au grand magasin où l'accident s'est produit de cirer le parquet de ses salles de vente...

C'est eu égard à ce motif inséré dans son jugement du 22 novembre 1913 que la quatrième chambre du tribunal de la Seine a débouté une acheteuse de son action en paiement de 30.000 francs de dommages-intérêts. Celle-ci s'était cassé la jambe en tombant sur le parquet trop ciré du grand magasin où elle s'était rendue pour faire des emplètes.

D'après elle, la responsabilité de son accident incombait à la maison, car le fait de cirer ses parquets d'une façon excessive comportait pour sa clientèle un danger grave.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le docteur E. Ombrédanne (de Paris), père de notre excellent confrère et ami le docteur Louis Ombrédanne, professeur agrégé à la Faculté et chirurgien de l'hôpital Bretonneau, auquel nous adressons nos bien sincères condoléances; et celle de MM. les docteurs Meynard à Marines (Seine-et-Oise) et Jean Mussy (de Paris).

COURS ET CONFÉRENCES

HOPITAL BRETONNEAU. — Consultation de médecine. — Docteur B. Weill-Hallé : lundi, mardi, vendredi, samedi à dix heures; examen clinique des enfants.

Le vendredi, la consultation est plus spécialement réservée aux nourrissons.

Le samedi, à neuf heures, conférence de clinique thérapeutique sur les maladies de l'enfance.

Sujet de la conférence du 17 janvier 1914 : « Les anémies du premier âge. Chloroanémie ou anémie hyposidérale. »

Conférence du 24 janvier : « L'intolérance pour le lait chez le nourrisson; idiosyncrasie et anaphylaxie. »

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — Leçons sur la diphtérie. — M. le docteur E.-C. Aviragnet, médecin des hôpitaux, chargé d'un cours de clinique annexe, commencera le samedi 24 janvier 1914, à neuf heures du matin (hôpital des Enfants-Malades, pavillon de la diphtérie), un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (bactériologie, sérothérapie, tubage et trachéotomie).

Tous les matins : visite; examen des malades. Avant et après la visite : leçon théorique et travaux pratiques.

Programme des leçons. — Première et deuxième leçons : Généralités sur la diphtérie. Tubage. — Troisième leçon : Trachéotomie. — Quatrième leçon : Diagnostic bactériologique. — Cinquième et sixième leçons : Etude clinique de l'angine diphtérique. — Septième leçon : Etude clinique du croup. — Huitième leçon : Paralysie diphtérique. — Neuvième leçon : Sérothérapie. — Dixième leçon : Traitements adjuvants. Prophylaxie de la diphtérie.

Seront admis à suivre cet enseignement MM. les étudiants pourvus de seize inscriptions et MM. les docteurs en médecine.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 5), tous les jours, de midi à trois heures.

Les élèves seront classés par série de quinze et pour une période de trois semaines. MM. les docteurs en médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité.

M. le docteur H. Dorlencourt, chef de laboratoire, et M. Gillard, interne du service, dirigeront les travaux pratiques.

HOPITAL DES ENFANTS-ASSISTÉS. — Conférences d'hygiène et de clinique infantiles. — M. le docteur G. Variot commencera ses conférences d'hygiène et de clinique infantiles le lundi 19 janvier 1914, à dix heures et demie du matin, à l'Institut de puériculture (pavillon Pasteur) et les continuera chaque lundi à la même heure.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Conférences de parasitologie et d'histoire naturelle médicale. — M. le docteur Brumpt, agrégé, a commencé ses conférences le mardi 13 janvier 1914, à trois heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Des leçons complémentaires auront lieu les mêmes jours, à six heures du soir, au laboratoire de parasitologie.

Objet des conférences. — Protozoaires, nématodes, arthropodes et champignons parasites de l'homme.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'APEPSIE

Chez les apeptiques, le képhir rend les plus grands services en excitant d'une façon très active la sécrétion gastrique.

On donne un verre de « Képhir Salières », toutes les deux heures, dans les embarras gastriques longs à guérir et chez les cancéreux devenus très anorexiques.

CHRONIQUE

UN ÉLOGE DE PONCET ET DE LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

[Notre éminent confrère, le professeur A. Ceccherelli (de Parme) [*La Clinica chirurgica*, 30 nov. 1913], a consacré à la mémoire d'Antonin Poncet et de Just Lucas-Championnière un éloge qui montre en quelle estime ils étaient tenus en Italie. Nous tenons à reproduire ces lignes et à nous associer à l'hommage rendu à deux maîtres infiniment regrettés. — N. D. L. R.]

A peu de jours de distance, subitement, sont morts deux amis, deux collègues très aimés, auxquels me lièrent des sentiments particuliers d'estime et d'affection.

Le premier fut Antonin Poncet, un des princes de la science, le professeur de clinique chirurgicale à Lyon, l'orateur si convaincant, l'opérateur élégant et prompt, le maître incomparable, le chercheur, le novateur de génie. C'est à Antonin Poncet que l'on doit la connaissance de la tuberculose inflammatoire qui fut si combattue d'abord et qui maintenant est acceptée par presque tous. Il eut beaucoup d'élèves; parmi eux, il en eut un, R. Leriche, qui fut longtemps son fidèle collaborateur. Poncet écrivit encore des beaux travaux sur l'actinomycose qui resteront, eux aussi, comme des témoins de son activité et de son savoir.

La clinique chirurgicale de Lyon, qui avait fait déjà la perte de L. Ollier, en a fait une aussi grande en la personne d'Antonin Poncet.

Le second est Lucas-Championnière, mon collègue même en journalisme, l'apôtre fervent de la théorie et des lois listériennes en France. On connaît de Championnière ses travaux sur le massage dans le traitement des fractures, et parmi beaucoup d'autres ceux traitant de la chirurgie cranienne, sa méthode de topographie cranio-cérébrale qui est universellement employée. Son dernier travail portait sur la trépanation historique. C'est au moment où il le lisait à l'Institut de France qu'il fut frappé subitement d'une hémorragie cérébrale ou d'une syncope cardiaque : comme un chêne vieux et robuste, il tomba foudroyé.

Ce sont deux intelligences qui ne sont plus et qui laissent un très grand héritage d'affection et d'exemple, deux intelligences qui disparaissent sans souffrance, sans une plainte.

L'un mourut avec un dernier regard à sa femme et à ses filles qu'il adorait, l'autre avec une parole de science sur les lèvres, il traitait ce qui fut l'objet même de ses premières recherches, ce qui le fit connaître aux hommes de science comme un soldat sur le champ de bataille.

A tous les deux qui ne sont pas des amis de la dernière heure, mais de la première, à Antonin Poncet et à Lucas-Championnière, va mon salut, ma pensée cordiale et affectueuse.

A. CECCHERELLI.

DE L'INTERVENTION OPÉRATOIRE

DANS LES

GROSSESSES TUBAIRES

Par M. R. PROUST (1),
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Messieurs,

En commençant ce cours libre de gynécologie qui me permet, une fois mon agrégation terminée, de rester en contact avec vous, ma première parole sera une parole de gratitude envers M. le doyen de la Faculté de médecine à qui je dois de pouvoir faire ce cours. Ce m'est également un devoir bien doux à remplir que de vous rappeler que, si je suis en état de vous apprendre aujourd'hui un peu de gynécologie, je le dois à mon maître bien-aimé le professeur Pozzi, qui pendant les neuf ans de mon agrégation a bien voulu me garder à ses côtés et m'a permis ainsi de profiter des immenses ressources de son admirable enseignement.

Nous commençons par une des questions les plus importantes qui se présentent au gynécologue tant au point de vue de la genèse des accidents que de l'indication opératoire : je veux parler de la grossesse tubaire. Je dis grossesse tubaire, car des différentes grossesses extra-utérines, la grossesse tubaire est de beaucoup la plus fréquente et pratiquement la seule qu'on ait à envisager.

La grossesse tubaire n'est pas toujours semblable à elle-même ; dans des cas rares, elle peut progresser jusqu'au terme et une intervention obstétricale permet alors d'extraire un enfant vivant : c'est l'exception. Le plus habituellement la grossesse tubaire donne lieu à des accidents souvent redoutables et qui nécessitent une intervention. Ce sont ces accidents que je vais étudier devant vous.

Mécanisme des accidents. — Pour les comprendre, il faut savoir qu'ils sont très différents suivant le siège de la grossesse. Je ne saurais trop vous rappeler la classification des grossesses tubaires en *grossesse isthmique* et *grossesse ampullaire*, deux formes qu'il convient absolument d'opposer l'une à l'autre, ainsi que l'a fait, le premier, d'une façon particulièrement nette mon collègue et ami le professeur agrégé Couvelaire. Les grossesses isthmiques siègent dans la portion rétrécie de la trompe, et les grossesses ampullaires dans sa portion élargie. Il faut se souvenir en même temps que, dans la portion intra-utérine, *interstitielle*, de la trompe, il existe également des grossesses, quoique beaucoup plus rarement. D'autre part, à l'extrémité terminale de la trompe, au niveau du pavillon, siège assez souvent une grossesse dite alors *infundibulaire*.

Il y a donc quatre sortes de grossesses tubaires, mais au point de vue pratique, la distinction est surtout importante à faire entre la grossesse isthmique et la grossesse ampullaire. Ce qui est vrai de l'isthmique, l'est de la grossesse interstitielle, ce qui l'est de l'ampullaire, l'est de la grossesse infundibulaire.

(1) Leçon d'ouverture d'un cours de gynécologie fait à la Faculté de médecine de Paris et recueillie par M. L. Buquet, interne des hôpitaux.

Grossesses isthmiques. — Examinons une grossesse isthmique : si je pouvais faire la coupe d'une trompe à l'endroit ou s'est développé l'œuf, je vous montrerais que dans cette trompe, l'insertion, la greffe de l'œuf sur la trompe vient, le plus souvent, se faire dans la partie opposée au méso-salpinx. Comment se fait cette greffe ?

Au début, l'œuf a l'aspect d'une véritable châtaigne, d'un teignon ; il est recouvert d'une série de petites houppes, de villosités, ce sont les villosités choriales. On dirait des filaments qui s'échappent de l'œuf ; on les voit sortir parfois au travers d'une perforation tubaire dans certains cas d'inondation. Si je venais à sectionner l'une de ces villosités choriales et si me servant d'un grossissement suffisant à 100 diamètres, par exemple, je l'examinais au microscope, je verrais à la coupe (fig. 1) un stroma

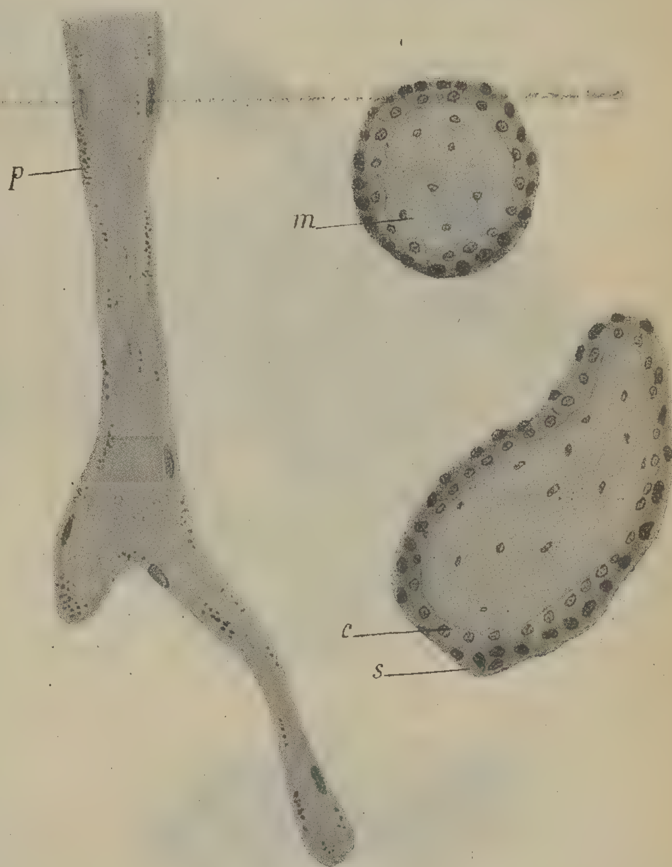


Fig. 1. — *Coupes longitudinale et transversales de villosités choriales* (dues à l'obligeance de M. le professeur agrégé Champy.)

A droite : coupes transversale et oblique de deux villosités choriales jeunes telles qu'on les rencontre dans la paroi de la trompe ou dans les avortements tubaires récents ; *c.* couche cellulaire de l'ectoderme ; *s.* couche syncytiale de l'ectoderme ; *m.* axe de tissu mésenchymateux.

A gauche : débris de villosité retrouvés dans un caillot d'une grossesse tubaire avortée depuis quelque temps. L'ectoderme a disparu presque complètement ; il ne reste que l'axe mésenchymateux ; *p.* pigment produit par transformation de l'hémoglobine du caillot.

de tissu conjonctif parcouru de vaisseaux, stroma recouvert d'un revêtement particulier ; il existe là une couche de protoplasma bourrée d'une quantité prodigieuse de noyaux, c'est le syncitium ; et derrière, servant de provision cellulaire pour l'édification de nouvelles couches de syncitium, ce sont les cellules claires de Langhans.

Si je m'arrête sur ce point d'anatomie pathologique, c'est pour vous rappeler que les villosités choriales recouvertes de leur syncitium, jouissent

aussi bien dans la trompe que dans l'utérus, d'une propriété curieuse. Ces villosités sont le prolongement vers le sang maternel de l'œuf, qui lui permettra de se nourrir; mais pour cela, il faut que la villosité choriale vienne s'imprégner du sang maternel. Or, les villosités, grâce aux cellules de Langhans, jouissent d'un pouvoir destructeur, elles érodent les tissus et s'y vrillent comme les racines de l'arbre qui vont chercher dans la terre la nourriture qui lui est nécessaire. Au contact du sang se produit d'une part la destruction des globules sanguins par les cellules de Langhans et d'autre part l'épaississement toujours plus considérable du syncitium. Quand la grossesse est normale, quand cette villosité choriale rencontre les lacs sanguins de l'utérus, la nourriture de l'œuf est assurée. Au contraire quand la grossesse se développe dans la trompe, dont la paroi est insuffisamment épaisse et vascularisée, la villosité choriale ronge cette paroi, l'amincit toujours et peut même la traverser de part en part.

Dans la grossesse isthmique se produisent deux sortes de phénomènes : d'une part, l'isthme, partie rétrécie de la trompe se laisse mal distendre par l'accroissement de volume de l'œuf; et, d'autre part, le développement des villosités choriales risque de perforer la paroi tubaire; d'où deux causes d'accidents, dans certains cas la *perforation* vraie de la trompe donnant lieu immédiatement à une hémorragie considérable, parce que ce sont les villosités choriales qui ont perforé la paroi et que les vaisseaux sanguins se sont ouverts; d'autres fois, le simple *éclatement* de la trompe par un phénomène mécanique, l'éclatement (fig. 2) par distension en un point déja affaibli par la pénétration des villosités.



FIG. 2. — *Rupture* (au point marqué par la flèche) *d'une grossesse isthmique juxta-utérine ayant nécessité l'hystérectomie.*



FIG. 3. — *Type de « perforation » tubaire.* — On voit une houppe de villosités sortant par la perte de substance.

Qu'il s'agisse de *rupture par perforation* (fig. 3) ou de *rupture par éclatement*, les deux cas donnent lieu à l'irruption de sang dans le péritoine. C'est, en clinique, le tableau brutal de l'*inondation péritonéale*.

GROSSESSES AMPULLAIRES. — Dans la grossesse ampullaire, l'œuf est venu se greffer au niveau de la partie large de la trompe qui est mieux préparée pour son développement. Il en résulte que si le développement de la grossesse isthmique est interrompu souvent au bout de quatre à six semaines, dans la grossesse ampullaire au contraire, vous voyez parfaitement l'évolution se faire jusqu'à deux mois et même trois mois. Quand elle s'interrompra, ce n'est pas en général parce que l'ampoule va éclater : l'ampoule est assez large pour ne pas céder sous l'influence de la distension; ce n'est pas non plus sous l'action d'une perforation, parce que la vascularisation y est mieux disposée et que les villosités choriales tendent moins à la perforer; c'est parce que sous l'influence de l'apoplexie ovulaire, le placenta se décolle et que la trompe en se contractant cherche à l'expulser comme l'utérus cherche à expulser le produit d'une fausse couche.

Comment cela se produit-il? Quand une femme fait une fausse couche ordinaire, elle est prise de douleurs, l'utérus se contracte et cherche à expulser l'œuf, il y a des métrorragies. Lorsque le décollement est suffisant l'œuf s'engage peu à peu dans le col : l'orifice utérin s'entr'ouvre et l'œuf est expulsé. En matière de grossesse ampullaire, la même chose se produit. Il y a des contractions de la trompe et chacune de ces contractions de la trompe s'accompagne de la perte d'une certaine quantité de sang qui s'échappe et tombe dans le péritoine; puis, à un certain moment les contractions deviennent de plus en plus fortes et l'œuf cherche à tomber dans le péritoine lui-même, avec de nouvelles évacuations sanguines. Cela c'est l'*avortement tubaire* (fig. 4).

Il se fait des hémorragies répétées qui ne sont pas comparables à l'hémorragie redoutable de l'*inondation péritonéale* dans la grossesse isthmique, mais qui à la longue remplissent le cul-de-sac de Douglas

et relèvent par conséquent d'une intervention chirurgicale. Ainsi se constitue l'*hématocèle rétro-utérine*. Je voudrais pouvoir opposer devant vous d'une façon aussi forte que possible l'avortement tubaire par le pavillon, facteur d'hématocèle, à la rupture tubaire isthmique, facteur d'inondation. C'est là une distinction capitale qui a été bien faite par Muret (de Lausanne).



FIG. 4. — *Avortement tubaire.*

Ce que je vous ai dit de la grossesse isthmique s'applique à la grossesse interstitielle, et ce que je vous ai dit de la grossesse ampullaire s'applique à la grossesse infundibulaire.

Il existe enfin une troisième source d'hémorragie qui est la suivante. Dans certains cas, il n'y a *pas de rupture*, il n'y a *pas d'avortement tubaire*, mais *par le pavillon libre* de la trompe, à la suite d'un léger décollement du placenta et, pendant ce décollement, du sang s'écoule dans la cavité péritonéale (fig. 5).



FIG. 5. — *Grossesse tubaire non rompue ayant déterminé cependant une hémorragie intrapéritonéale considérable.* — Le sang, comme l'indique la flèche, s'écoulait par le pavillon libre.

Ici, j'ouvre une parenthèse pour vous dire qu'une erreur profonde est de croire que pendant l'évolution des grossesses tubaires le pavillon de la trompe est généralement fermé. Bien au contraire le pavillon reste libre et c'est ce qui fait que, lorsqu'il se produit une hémorragie intratubaire, le sang vien tomber dans le cul-de-sac de Douglas. Voilà donc une troisième source d'hémorragie; c'est l'écoulement de sang par le pavillon libre alors qu'il n'y a ni rupture, ni avortement. Cette hémorragie peut être silencieuse, et c'est alors, à votre grande surprise, qu'en ouvrant le ventre vous trouvez déjà du sang épanché en certaine abondance. Dans d'autres cas, vous avez au contraire une hémorragie qui se révèle par des signes cliniques nets. Dans un cas comme dans l'autre vous avez affaire à une trompe légèrement épaissie, mais non rompue, et c'est par son pavillon que s'est faite l'hémorragie.

En résumé, l'hémorragie reconnaît trois origines principales :

1° L'hémorragie par rupture ou perforation de la trompe, c'est la grande inondation péritonéale;

2° L'hémorragie liée à l'avortement tubaire;

3° L'hémorragie qui se fait par un pavillon libre, alors qu'il n'y a ni perforation, ni avortement. Dans les cas où ce pavillon est au contraire, fermé, il se produit un hématosalpinx. Au début, quand l'apo-

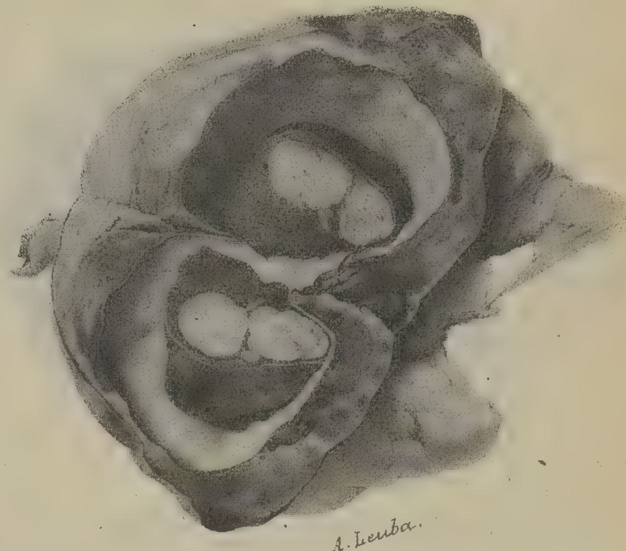


FIG. 6. — *Apoplexie ovulaire discrète avec œuf nettement reconnaissable.*

plexie ovulaire qui va produire cet hématosalpinx est discrète, l'œuf est nettement reconnaissable (fig. 6). Mais lorsque l'hémorragie intratubaire a été considérable, toute trace de l'œuf a disparu au milieu des caillots (fig. 7 et 8).

A ces types d'hémorragie correspondent des tableaux cliniques très différents ; ce sont : le tableau clinique de l'*inondation péritonéale*, le tableau clinique de l'*hématocèle en voie de formation* et celui de l'*hématosalpinx*.

Tout cela est, bien entendu, un peu schématique. S'il est juste de dire qu'un grand nombre de grossesses ampullaires se terminent par avortement ou hématosalpinx, il en est aussi qui aboutissent à la rupture comme les grossesses isthmiques.

Tableau clinique de l'inondation péritonéale. — Les accidents de la grossesse tubaire se présentent toujours chez des femmes présentant deux symptômes principaux : le premier, c'est le retard des règles; le deuxième, coïncidant avec l'inondation, la rupture, la perforation, ou l'avortement est caractérisé par l'existence d'une métrorragie

peu abondante qui dans les cas à marche lente va continuer goutte à goutte et à laquelle le professeur Pozzi a donné alors le nom de métrorragie distillante.

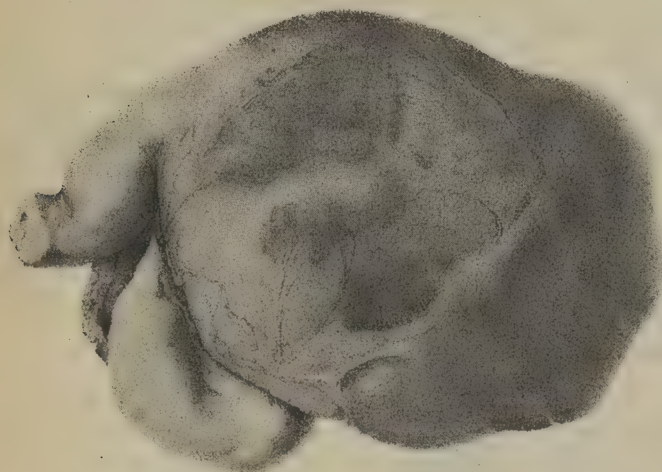


Fig. 7. — *Hématosalpinx.* — Vue extérieure.

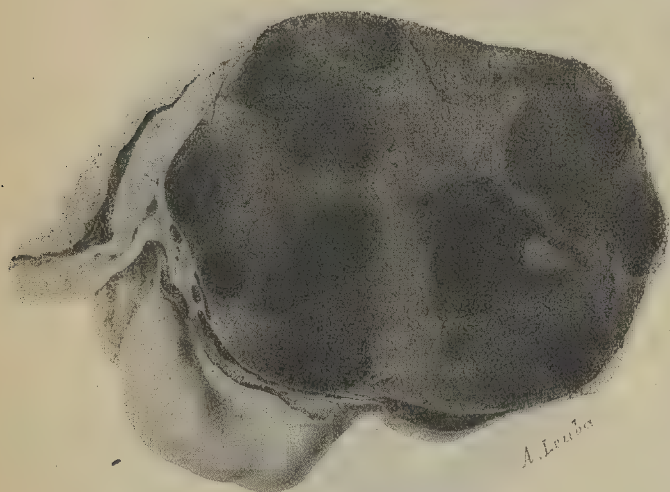


Fig. 8. — *Hématosalpinx.* — Vue en coupe.

Le retard existe toujours mais souvent est peu appréciable. Vous savez, en effet, qu'en matière de règles on peut apprécier le retard au point de vue de la grossesse de la façon suivante : on admet, en général, que la conception s'établit environ dix jours après les dernières règles. Par conséquent, une femme qui est enceinte de dix jours après ses règles, à l'époque des règles suivantes, ou plutôt au moment où devraient se produire les règles suivantes a, exactement, un retard de vingt jours. Or, je vous ai montré que dans la grossesse isthmique la rupture, la perforation, l'interruption de la grossesse en un mot, est excessivement précoce ; elle est quelquefois d'un mois à peine ; un mois à peine, c'est dix jours de retard, c'est quelquefois moins. Il y a des grossesses qui s'interrompent à la troisième semaine ; c'est à peine dans ces cas si l'on compte un jour de retard.

Vous voyez ainsi combien ce retard de règles peut, dans le cas d'inondation, être minime. La femme qui a un retard d'un ou deux mois, c'est le plus souvent la femme qui fait un avortement tubaire ; mais l'hémorragie brutale, qui fait mourir en quelques heures, se produit fréquemment avec un retard de quelques jours et même dans des cas très rares avec un retard d'un jour seulement. Par conséquent, si avec un retard d'un ou de quelques jours apparaît une hémorragie qui n'est pas comparable aux règles habituelles, et si en même temps il se produit une douleur excessivement violente, la douleur classique en coup de poignard, accompagnée d'un réflexe péritonéal, de tendances à la syncope, de vertiges, d'éblouissements, de nuages devant les yeux, de bourdonnements d'oreilles, — et il n'est pas possible que l'attention de la malade ou de son entourage ne soit pas attirée par ces phénomènes particulièrement intenses — vous devez penser à la rupture. Puis pendant une heure, il peut se produire une sorte d'accalmie avec sensation de bien-être ; tout semble s'arranger, une réaction se produit ; mais si c'est la grande inondation, après une heure à peine de calme surviennent avec des signes d'anémie suraiguë les symptômes d'une violente hémorragie interne : rapidité du pouls qui, de plus, est instable, décoloration de la face, décoloration des muqueuses, surtout des conjonctives, refroidissement des extrémités, qu'il ne faut pas chercher seulement aux mains ou aux pieds, mais à la pointe du nez et de la langue ; des éblouissements, des bourdonnements d'oreilles, des nuages devant les yeux. Cette hémorragie marche tellement vite que personnellement j'ai opéré récemment une malade chez laquelle les accidents avaient commencé à neuf heures du matin et qui à une heure de l'après-midi, était sans pouls, avec des symptômes d'agonie commençante, femme véritablement saignée à blanc.

C'est donc, en général, une femme avec un tableau d'hémorragie interne absolument typique que vous avez à examiner. Votre attention est alors attirée vers les causes possibles d'hémorragie interne chez la femme et, en premier lieu, la rupture d'une grossesse tubaire. Vous devez chercher rapidement les phénomènes principaux : le retard de règles, la métrorragie distillante, l'élimination d'une caduque, rare, il est vrai, dans les formes foudroyantes.

Vous examinez maintenant votre malade. Que va vous donner la palpation de l'abdomen ? Rien ou peu de chose ; elle ne vous montrera pas en général la contracture des grands droits. C'est là un des seuls cas où ce signe merveilleux qui vous indique la réaction péritonéale soit en défaut ; il peut exister parfois, mais, le plus souvent, j'ai constaté son absence.

En revanche, il existe un signe qui ne trompe pas et qui est, à mon avis, capital, parce qu'il est constant ; si vous faites le toucher vaginal, la palpation profonde du cul-de-sac de Douglas et surtout la palpation des culs-de-sac latéraux, vous ne trouvez pas de collection, car le sang liquide ne peut être perçu au doigt, mais vous déterminez *un réflexe du Douglas*, une sensibilité exquise qui, même chez la malade en demi-syncope, provoque une douleur intense qui la fait se plaindre. C'est la caractéristique de l'inondation péritonéale, de la rupture tubaire. C'est avec ce signe que vous devez faire le diagnostic autant que sur les phénomènes généraux. Il faut aller vite, très vite, parce que cette hémorragie entraîne rapidement la mort et que si vous opérez avant les derniers phénomènes d'anémie suraiguë vous guérissez les malades dans une proportion de plus de 90 p. 100, tandis que si la perte de sang a été trop considérable, la malade meurt pendant l'opération.

L'interrogatoire d'une part, le toucher de l'autre, précisent le diagnostic et commandent l'intervention

immédiate. Comment doit être menée l'opération dans les ruptures de grossesse tubaire ?

C'est une laparotomie toujours, mais une laparotomie qui demande à être faite d'une façon un peu particulière sur laquelle a bien insisté Lejars. Elle demande à être faite vite, mais aussi dans des conditions un peu différentes d'une simple extirpation d'annexes. Pourquoi ? Parce que cette femme qui a le ventre plein de sang ne doit, sous aucun prétexte, être mise en position déclive : si elle était en position de Trendelenburg accentuée, instantanément le sang qui se trouve dans le petit bassin se répandrait dans la cavité péritonéale, jusque sous la coupole diaphragmatique, pourrait même s'insinuer par l'hiatus de Winslow dans l'arrière-cavité des épiploons et être le point de départ, plus tard, de phénomènes infectieux ou d'adhérences.

Vous devez commencer l'opération, la malade étant laissée dans la position horizontale. L'incision de la peau, rapidement stérilisée à la teinture d'iode, des tissus sous-jacents, l'écartement des muscles droits, se font comme sur un cadavre, la malade est exsangue. Puis, vous arrivez au péritoine. Or, à ce moment, il y a à redouter la possibilité d'une syncope. Pourquoi ? C'est que le sang, qui s'est épanché dans l'abdomen, y est sous une tension relative, tension bien relative mais qui jusqu'à un certain point ralentit l'hémorragie. Quand on ouvre la cavité péritonéale, le sang, qui s'échappe au dehors, provoque toujours un redoublement d'hémorragie, et la malade qui était sur la limite d'une syncope définitive a quelquefois cette syncope à ce moment précis. C'est pourquoi, il faut toujours employer l'anesthésie à l'éther : vous devez de plus prévenir l'anesthésiste qu'il ait à diminuer l'anesthésie quelquefois même à la suspendre quand vous ouvrez le péritoine. Ce péritoine est particulièrement net à reconnaître avant de l'ouvrir dans ces cas. Toute la séreuse a subi une sorte d'imbibition sanguine, elle est bleuâtre, épaissie; jusque-là entre deux pinces vous l'ouvrez. Dès que le plus petit orifice est produit, il va jaillir du sang, et quelquefois l'opération revêt même une allure dramatique du fait de l'abondance de l'hémorragie. Il est bien entendu que si vous cherchez à éponger ce sang, à l'assécher, à faire la toilette de la cavité péritonéale, votre malade mourra d'hémorragie avant que vous ayez pu en tarir la source; il faut donc, en toute hâte, vous précipiter vers la trompe malade. Comment ?

Pour cela, dès le ventre ouvert, la main est introduite dans la cavité abdominale, main nue ou mieux gantée; vous reconnaissez la symphyse, vous remontez vers l'utérus, le contournez, vous plongez la main jusque dans le fond du Douglas, ce qui est facile. Puis vous ramenez cette main derrière l'utérus qui est presque toujours mobile et libre; derrière cet utérus libre la main remonte à droite puis à gauche, et ramène les annexes mobiles hors du ventre ; vous les épongez avec une compresse mouillée de quelques gouttes de sérum, vous les regardez, vous en faites l'exploration très rapide.

Elles vous montrent quoi ? Une rupture (fig. 2), parfois une petite perforation avec une houppe vasculaire (fig. 3) ; mais le plus habituellement un simple trou à la face postérieure de la trompe, légèrement augmentée de volume à ce niveau, un trou tout à fait petit, par lequel sort une gouttelette de sang. Il faut connaître cette lésion pour ne pas courir le risque de réintégrer à tort une trompe malade dans la cavité péritonéale.

Si, au contraire, la trompe ramenée n'a pas la signature de sa lésion, vous l'abandonnez et vous examinez l'autre.

Mais il peut y avoir une cause d'erreur possible ; dans quelques cas vous avez affaire à une trompe simplement épaissie, et, même en l'absence de perforation ou de rupture, un épaississement nodulaire de la trompe est la preuve qu'elle peut saigner; vous pouvez voir en effet, avec un peu d'attention, le sang qui sort par le pavillon (fig. 4).

Si vous êtes tombé dès le début sur la trompe malade, il faut cependant explorer l'autre, car il peut exister — cela est rare mais j'en ai opéré un cas — des grossesses bilatérales rompues et saignant en même temps toutes les deux.

Vous voyez la trompe qui saigne, vous l'enlevez; car il faut, en général, dans l'inondation par rupture, ne faire qu'une ablation unilatérale. Pourquoi? Parce que, en faisant cela, vous faites une opération moins choquante, moins dangereuse, moins longue, chez une femme très anémiée, et parce que vous devez laisser possible, malgré les chances de récidive, une nouvelle maternité future. Mais, si vous avez affaire à un type de grossesse isthmique juxta-utérine, comme celle qui est représentée ici (fig. 2), vous devez dans ce cas faire l'hystérectomie. Si j'avais voulu ne faire que l'ablation unilatérale, voyez le petit champ que j'aurais eu pour poser ma ligature; je n'aurais pas pu faire une hémostase simple et sûre.

Aussi, pour la grossesse isthmique juxta-utérine, et à plus forte raison pour la grossesse interstitielle, doit-on, malgré la gravité de l'état général, faire l'hystérectomie qui est la seule manière d'obtenir une hémostase parfaite et de guérir la malade.

L'ablation de la trompe qui saigne demande environ dix à douze minutes. Doit-on à ce moment-là évacuer les caillots? Oui, si l'état de la malade le permet parce que ces caillots sont toujours le point de départ d'adhérences ultérieures ; non si la malade est dans un état trop grave; il faut alors les laisser en place, mettre un gros drain dans l'abdomen, ou, suivant la technique de Delbet, laisser du sérum dans la cavité abdominale.

Avortement tubaire. Hématocèle. — A côté de cela vous avez souvent affaire à l'avortement tubaire qui évolue d'une façon plus bénigne et qui a aussi son indication opératoire.

Mais ce n'est pas toujours l'avortement type. Le pavillon, quelquefois, se laisse en même temps fendre sur le côté, vous avez alors un mélange d'avortement et de rupture dans lequel l'hémorragie est assez notable. Quoi qu'il en soit, au moment où se fait la première irruption de sang dans la cavité péritonéale elle est assez abondante, et les phénomènes généraux de la maladie sont comparables à ceux de l'inondation péritonéale.

C'est aussi une femme qui a un retard de règles, mais beaucoup plus considérable, et qui avec le premier début de ses accidents fait de la métrorragie distillante suivie souvent de l'expulsion d'une caduque. C'est une femme qui a, non pas un retard de huit à dix jours comme dans les formes foudroyantes de l'inondation, mais un retard d'un mois, de cinq ou six semaines, car l'avortement tubaire se produit

dans les grossesses ampullaires, et nous avons vu que celles-ci s'interrompent d'une façon moins précoce que les grossesses isthmiques.

Il existe également de la douleur en coup de poignard, parfois de la réaction péritonéale, des éblouissements, des bourdonnements d'oreilles, des nuages devant les yeux. Mais, alors que les phénomènes entrecoupés d'une petite accalmie duraient quelques heures à peine dans les cas d'inondation péritonéale, ici l'accalmie se prolonge, parfois même si la malade se repose il semble que tout soit rentré dans l'ordre. Néanmoins elle continue chaque jour sa métrorragie distillante qui dure encore quand on voit la malade. La température s'élève légèrement, à ce moment : il y a de la fièvre de résorption (Pozzi). D'autres fois, il se produit une série d'hémorragies successives, qui arrivent à anémier gravement la malade. Habituellement, au point de vue clinique, les choses s'arrangent, et si huit, dix, quinze jours après les phénomènes initiaux vous examinez la malade, vous trouvez les signes physiques de l'hématocèle qui ne trompent pas.

C'est, au toucher vaginal, la perception d'une grosse tumeur qui distend le Douglas, refoule le rectum jusqu'au contact de la concavité sacrée et qui reporte l'utérus en avant et l'applique contre la symphyse. Si, par le palper combiné au toucher, vous cherchez à préciser les contours de l'utérus, il se dérobe; il se continue, en effet, d'une part avec la tumeur qui se trouve dans le Douglas et d'autre part avec la masse qui remplit la cavité péritonéale.

Les signes physiques de l'hématocèle, le retard de règles d'une part et les métrorragies distillantes d'autre part font facilement poser le diagnostic.

Cette hématocèle entraîne une indication opératoire et relève d'une technique opératoire un peu différente. En général, si vous êtes appelé à la période où l'hématocèle se constitue, où la malade présente des phénomènes d'hémorragie grave, où le diagnostic hésite entre l'inondation et l'hématocèle, vous devez intervenir dans les mêmes conditions que dans l'inondation péritonéale. Le plus souvent, comme les phénomènes généraux ne se sont pas accentués aussi rapidement, on n'a pas fait venir immédiatement le médecin, et ce sont des malades qui ont une hématocèle presque constituée que vous êtes appelés à examiner.

Dans ce cas deux tableaux cliniques : ou bien l'hémorragie continue, l'anémie est grave, la malade a encore des bourdonnements d'oreilles, des tendances aux syncopes et à la palpation abdominale, un peu de contracture de la paroi, un peu de réaction péritonéale. Là il faut opérer immédiatement.

Au contraire, vers le dixième jour, vous pouvez avoir une malade qui, après avoir présenté les mêmes phénomènes de début, a vu son état s'améliorer sensiblement : le pouls est devenu bon, au lieu d'être filiforme comme dans les grandes hémorragies; vous avez un pouls de bonne tension. Vous savez d'une façon formelle que l'hémorragie est arrêtée; eh bien, chez cette malade-là, doit-on intervenir? A mon avis, non. Parce que, vers le dixième jour d'une hématocèle qui s'est arrêtée, il y a commencement d'organisation des caillots, il y a une difficulté opératoire relativement grande, et en laissant la malade au repos au lit pendant une dizaine de jours encore vous aurez une opération bien plus facile. Loin de moi de vouloir empêcher d'opérer en matière d'hématocèle, mais quand après les premiers phénomènes on voit la malade se remonter un peu, il faut savoir attendre.

Pour l'hématocèle, quelle est l'indication opératoire? La laparotomie habituelle, en position de Trendelenburg accentuée, car l'opération sera délicate, parce que cette hématocèle qui plonge dans le Douglas est une poche qui adhère à l'utérus, à l'S iliaque, au rectum; vous aurez besoin d'une vue très étendue que seule la position déclive vous donne; et les adhérences de cette poche d'hématocèle seront venues se faire secondairement avec l'utérus en avant, le rectum en arrière, et pour enlever cette poche vous ne pourrez plus vous contenter d'une ablation unilatérale, vous serez souvent obligé de faire une hystérectomie.

Nous opposerons donc l'hystérectomie dans le cas d'hématocèle à l'ablation unilatérale dans le cas d'inondation péritonéale.

Enfin, il y a un troisième groupe de faits dans lequel vous pouvez être appelés à intervenir : c'est lorsqu'il s'agit d'hématosalpinx. C'est quand l'hémorragie se fait dans la trompe et que par exception le pavillon s'est fermé au lieu de rester perméable. Alors le sang s'accumule dans la trompe même et vous avez affaire à l'hématosalpinx. En général il est fermé, mais dans certains cas il peut se rompre à son tour même, et donner lieu à l'issue d'un peu de sang dans la cavité péritonéale.

Cet hématosalpinx s'est développé, au point de vue clinique comme une hématocèle, ayant donné dans les premières heures des troubles graves, mais de jour en jour les choses se sont arrangées et vous avez à opérer une malade qui a simplement dans la cavité péritonéale une petite tumeur, c'est la trompe distendue, mais libre et mobile. Vous l'enlevez alors facilement et vous ne devez jamais faire l'hystérectomie, mais la simple ablation unilatérale. Il faut en effet toujours, quand cela est possible, laisser courir à la malade les chances d'une maternité future malgré la possibilité qu'elle a de faire une récidive de grossesse tubaire.

Cette question de la récidive des grossesses tubaires est fort importante. Il y a quelques années, on croyait, en vertu d'une sorte de calcul des probabilités, qu'une femme qui avait fait une grossesse tubaire devait être pour le reste de son existence à l'abri d'un semblable accident. Or, c'était une erreur grossière. Si une femme qui a fait une grossesse tubaire vient à être fécondée ultérieurement, elle a les plus grandes chances de faire une nouvelle grossesse tubaire. On a tenté de traduire en chiffres ces chances de récidive. On a essayé d'établir une statistique et on est arrivé à cette conclusion qu'une femme a les mêmes chances de faire une deuxième grossesse tubaire qu'une grossesse normale. Personnellement, je crois que la tendance à la grossesse tubaire est sensiblement plus grande que la tendance à la grossesse normale. Lorsque vous êtes appelés auprès d'une malade qui présente des accidents de grande hémorragie interne, et qui a déjà été opérée d'une grossesse tubaire, vous pouvez faire presque à coup sûr le diagnostic de récidive de grossesse tubaire.

Malgré cette chance énorme de récidive, pourquoi, me direz-vous, ne pas faire l'hystérectomie d'emblée?

Eh bien, parce que, à côté de cette grosse chance, il y a tout de même la possibilité d'une maternité et, si rare qu'elle soit, vous n'avez pas le droit de la supprimer.

Personnellement j'ai recours à la méthode suivante : lorsque j'ai fait une intervention pour grossesse tubaire, quand la malade guérie quitte l'hôpital ou la maison de santé, j'ai l'habitude non pas de lui montrer les risques qu'elle court si elle fait une nouvelle grossesse — je ne m'en reconnais pas le droit — mais d'attirer son attention sur la nécessité qu'il y a pour elle, dès qu'elle croira à une nouvelle grossesse, à la suite du plus léger retard de règles, de prévenir son médecin habituel qu'elle a déjà eu une grossesse tubaire et de lui demander de l'examiner. Celui-ci pourra alors se rendre compte par la douleur, par l'augmentation de volume des annexes restantes, de l'existence d'une nouvelle grossesse tubaire et donner le conseil de l'intervention avant la rupture. En effet dès que le diagnostic ferme de grossesse tubaire est ainsi posé, on doit suivant le juste mot de Werth la considérer comme une tumeur maligne et en faire de suite l'ablation, car elle contient en germe les accidents dont j'ai tâché de faire l'histoire devant vous.

MÉDECINE PRATIQUE

LE DEGRÉ DE CONCENTRATION DE L'ALCOOL EN CHIRURGIE

La Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux vient, dans sa séance du 26 décembre 1913, d'engager une intéressante discussion sur ce sujet.

Il en résulte que l'alcool employé comme agent d'asepsie doit être d'un titre élevé, puisqu'il n'agit sur les diverses bactéries qu'en déshydratant leur proto-plasma. L'alcool qui sert de véhicule à un antiseptique doit, par contre, être d'un titre moins élevé. Le flambage ne donne qu'une stérilisation insuffisante ou brûle les instruments. En somme, pour le lavage des mains ou du champ opératoire, il faut que l'alcool soit bon de goût, que son titre soit de 90 ou 92 degrés; en tout cas, pas inférieur à 85 degrés.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 5 JANVIER 1914)

La glande endocrine de l'intestin chez l'homme. — M. P. MASSON. Les cellules de l'épithélium intestinal ont fait l'objet de nombreux travaux. Outre les cellules à plateau, les cellules à mucus et les cellules de Paneth, divers auteurs ont décrit des éléments glandulaires à cytoplasme granuleux.

Examinant deux tumeurs siégeant à la pointe de l'appendice et opérées par M. Gosset, l'auteur a été frappé par ce fait que ces néoplasmes à localisation sous-muqueuse offraient, malgré leur allure infiltrante, une structure analogue à celle des glandes vasculaires sanguines.

L'imprégnation argentique montra dans ces tumeurs des cellules identiques à une foule de cellules incluses dans des muqueuses intestinales normales prises comme témoins.

Par leur ensemble, ces cellules *argentaffines* constituent une glande diffuse répartie dans tous les points où l'on rencontre de l'épithélium intestinal. L'auteur les a retrouvées même dans les îlots intestinaux de l'estomac.

L'origine endodermique de cette glande, le renversement de polarité qui la caractérise, en font une formation homologue des îlots pancréatiques de Langerhans.

Son rôle physiologique est inconnu. En pathologie, on doit lui rattacher certains néoplasmes très particuliers de l'intestin et surtout de l'appendice qu'on qualifiait de carcinomes atypiques à petites cellules ou qu'on rattachait à des îlots pancréatiques aberrants, faute de connaître leur souche originelle.

Sur le sucre du plasma sanguin. — M. H. BIERRY et Mlle Lucie FANDARD.

Sur le chondriome du corps de Malpighi de l'œsophage signification des filaments de Herxheimer. — MM. Max KOLLMANN et Louis PAPIN.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 13 JANVIER 1914)

Résultats de la vaccination antityphoïdique au Maroc par le vaccin polyvalent de Vincent. — M. LAJOANIO, médecin chef de service du 7e bataillon de chasseurs, signale les résultats de la vaccination antityphoïdique par la méthode du professeur Vincent dans le 9e groupe alpin ayant fait campagne de guerre au Maroc.

Les résultats préventifs en ont été remarquables. Les hommes, au nombre de 1 260, ont été vaccinés, soit avant leur départ de France, soit à leur arrivée au Maroc.

Les réactions déterminées par le typho-vaccin furent minimes ou nulles. Bien que les opérations de guerre n'aient pas été suspendues, il n'y eut, au Maroc, que 20 cas d'exemption de service (soit 1,5 p. 100), sans aucune entrée à l'ambulance ni aucun incident spécial à la suite de ces 1 260 vaccinations qui représentent 5 040 inoculations. Les hommes étaient laissés au repos le lendemain de ces inoculations.

Dès son arrivée au Maroc, cette colonne, composée de chasseurs alpins et d'artilleurs de montagne, dut fournir pendant quatorze mois un effort considérable, faire de jour et de nuit des étapes longues et pénibles, participer aux opérations contre les Zaers, s'arrêter dans des camps où l'eau, le sol étaient gravement infectés. Les nécessités stratégiques obligèrent à camper sur un terrain où d'autres troupes avaient déjà séjourné et avaient installé leurs feuillées, et d'où le vent violent soulevait chaque jour des poussières à odeur fécale caractéristique.

Cette colonne fut constamment en marches ou en opérations. Le paludisme, la dysenterie y donnèrent lieu à de nombreuses atteintes. Cet ensemble si grave de conditions défavorables et de fatigues persistantes, de séjour dans un pays profondément insalubre (où les non vaccinés ont eu, en 1912, près de 169 cas pour 1 000 de fièvre typhoïde), constitue une épreuve d'une sévérité exceptionnelle.

Or, après quatorze mois de séjour et à la rentrée en France de ce groupe alpin, le bilan de la vaccination antityphoïdique s'établit comme il suit : cette colonne n'a eu que deux cas de fièvre typhoïde. Ces deux cas ont été observés uniquement chez deux hommes qu'on n'avait pas jugé utile de vacciner parce qu'ils avaient eu antérieurement la fièvre typhoïde.

Aucun des militaires vaccinés ne fut atteint.

Un épisode intéressant est fourni par la famille d'un officier dans laquelle le père et la mère seuls furent vaccinés. La grand'mère et les trois enfants ne le furent pas. La grand'mère avait eu déjà la fièvre typhoïde.

Pendant le séjour à Casablanca de la famille de cet officier, la grand'mère prit cependant une deuxième fois la fièvre typhoïde confirmée par l'hémoculture.

L'une des enfants contracta aussi la même maladie et succomba. On vaccina aussitôt les deux autres enfants qui furent épargnés. La mère, vaccinée, qui avait assuré les soins à ses deux malades, dans des conditions aussi douloureuses et

aussi fatigantes, obligée de négliger les précautions les plus élémentaires de propreté et d'hygiène (car l'eau est rare à Casablanca), resta complètement indemne.

M. Lajoanio estime que les corps expéditionnaires ne devraient quitter la France qu'après y avoir été complètement immunisés avant leur départ, les difficultés d'ordre pratique gênant beaucoup la marche des vaccinations dans des troupes en campagne.

M. VINCENT s'associe à cette dernière remarque et insiste sur le fait que les trois personnes (deux soldats et une femme) qui avaient déjà eu la fièvre typhoïde en France n'en ont pas moins été atteintes de la même maladie au Maroc. Ce fait n'est pas exceptionnel. Et il justifie, une fois de plus, s'il était nécessaire, l'utilité d'appliquer au vaccin antityphoïdique le principe de la polyvalence, afin d'obtenir un vaccin préventif contre le plus grand nombre possible de races de l'agent infectieux.

Présence de spirilles dans l'intestin. — M. TEISSIER communique un travail sur la présence de spirilles dans l'intestin et la valeur de ces parasites à propos d'un cas de dysenterie amibo-spirillaire.

La cure de légumineuses chez les diabétiques. — M. Marcel LABBÉ. On connaît depuis longtemps le danger des excès de viande capables de faire apparaître le coma chez les diabétiques en état d'acidose. D'autre part, les observations de V. Noorden ont montré les avantages des cures d'avoine dans ces formes de diabète. Malheureusement, ce régime est souvent mal supporté, il a l'inconvénient d'être pauvre en albumine et de ne pas s'opposer suffisamment à la dénutrition azotée.

Aussi M. Labbé lui substitue le régime des légumes secs qui lui a donné d'excellents résultats. La cure est instituée de la façon suivante. Le malade ingère, chaque jour, 300 grammes de légumes secs, 150 grammes de beurre, 3 à 6 œufs, 3 à 6 pains d'aleurone. On peut permettre en outre 3 à 4 verres à Bordeaux de vin rouge et quelques légumes verts; mais jamais de viande. Aux légumes secs ordinaires (pois, haricots, lentilles, fèves), on peut substituer des pois de soja, que connaissent bien les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* depuis la publication des travaux de Le Goff. Ils sont très avantageux à cause de leur richesse en albumine et de leur pauvreté en amidon, mais difficiles à cuire.

« Ce régime est habituellement bien supporté; les malades le préfèrent, en général, aux bouillies d'avoine et au régime lacté; il contente mieux l'appétit que ne le fait le lait et ne constipe point comme lui; il ne donne pas de diarrhée comme le fait l'avoine; il se digère facilement.

La cure doit être suivie au moins trois jours; certains malades la suivent une semaine et même plus longtemps.

Les effets de ce régime sont remarquables surtout dans les formes graves de diabète. Ils se font sentir sur la glycosurie, la dénutrition azotée et l'acidose.

Malgré la forte proportion d'amidon apportée par le régime, la glycosurie n'est souvent pas plus élevée qu'avec un régime mixte très pauvre en hydrates de carbone, parfois même elle est moins forte; dans certains cas heureux, la cure de légumes secs fait même cesser la glycosurie qui persistait avec les autres régimes.

L'étude de la tolérance apparente met en évidence les avantages de la cure; il apparaît nettement que l'amidon des légumes secs est mieux utilisé par l'organisme des diabétiques que celui des autres aliments. Ainsi, dans une de mes observations, le malade présente : avec le régime des légumineuses une tolérance apparente de 65 grammes; avec le régime d'avoine, une tolérance de 35 grammes; avec le régime lacté, une tolérance de 15 grammes; enfin, avec le régime mixte carné, la tolérance est négative (— 42 grammes), et le sujet élimine une quantité de glycose plus grande que la quantité d'amidon absorbée.

Pour lutter contre la déperdition azotée, l'avantage est encore au régime des légumes secs. De l'ensemble de mes observations, il ressort que le bilan azoté a été : avec le régime des légumineuses, nettement positif, + 1g16; avec le régime d'avoine, en équilibre, + 0,05; avec le régime lacté, négatif, — 0,27; avec le régime mixte, fortement négatif, — 2,02. Ainsi, l'albumine des légumineuses est mieux utilisée que l'albumine de la viande et mieux aussi que celles du lait et des céréales.

Contre l'acidose, la cure de légumes secs rend de grands services; la clinique et la recherche systématique des réactions d'acidose le montrent bien : à diverses reprises j'ai réussi, grâce au régime, à dissiper la somnolence et l'anorexie et à éloigner les menaces de coma. La cure de légumes secs diminue l'acidité urinaire mieux que ne le fait le régime lacté ou même le régime d'avoine; chez une de mes malades, 30 grammes de bicarbonate de soude suffisaient à alcaliniser les urines lorsqu'elle était au régime légumineux, tandis que 40 grammes de bicarbonate n'y parvenaient point lorsqu'elle était au régime mixte.

De tous les régimes, c'est celui des légumes secs qui donne la plus faible acétonurie. Il diminue la diacéturie, et parfois même, dans certaines formes intermédiaires, il parvient à la faire disparaître. Enfin, il diminue la proportion d'azote colloïdal, indialysable dans les urines. Et cependant, si l'on étudie ses effets sur l'ammoniurie et sur l'amnioacidurie, il semble qu'il augmente l'excrétion de ces substances, ce qui indiquerait une dégradation moins complète de l'albumine des légumes secs.

De l'ensemble de ces recherches, il ressort que l'amidon et l'albumine des légumes secs sont mieux utilisés que ceux des autres aliments par l'organisme des diabétiques. Ces avantages tiennent sans doute à des propriétés chimiques particulières de l'amidon et de l'albumine des légumineuses; jusqu'ici les analyses ne nous ont pas fait connaître ce qui distingue cet amidon de celui des céréales, et ce qui le rend plus facilement assimilable que le sucre de lait pour les diabétiques; mais la constitution chimique des matières protéiques des légumes secs et des céréales, qui renferment moins d'acides aminés cétogènes que celle du lait ou de la viande, permet de comprendre l'action favorable des légumes secs sur l'acidose.

En résumé, la cure de légumes secs trouve ses indications chez les diabétiques en état d'acidose; elle est indispensable dès qu'apparaissent les menaces de coma. »

Technique du contrôle d'un vaccin, telle qu'elle est en usage à l'Institut supérieur de vaccine de l'Académie de médecine. — M. WURTZ, en son nom et au nom de M. CAMUS, a fait un rapport, dans la dernière séance, sur cette question.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

Le dipylidium caninum. — M. BLANCHARD rappelle son rapport sur ce sujet (voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 141, p. 2242). Les conclusions en sont adoptées.

Élection. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie.

La liste de présentation porte : en première ligne, M. Daniel Berthelot; en deuxième ligne, MM. Coutière et Patein; en troisième ligne, MM. Breteau et Fourneau.

M. Berthelot a été élu par 57 suffrages sur 68 votants.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 8 JANVIER 1914)

En prenant possession du fauteuil présidentiel, Mme DÉJERINE rappelle les mérites de ses prédécesseurs et souhaite la bienvenue aux quatre nouveaux membres appelés à rajeunir

la Société et à lui apporter des idées nouvelles, surtout, espère-t-elle, au point de vue thérapeutique.

Dissociation des sensibilités superficielles et profondes et physiologie des cordons postérieurs. — M. Souques dit qu'une autopsie, autrefois publiée par lui (quadriplégie, abolition des sensibilités profondes, conservation des superficielles), vient confirmer le fait récemment apporté à la Société de biologie par M. Déjerine, et que celui-ci résume ainsi : il s'agit du syndrome ataxie sans douleurs fulgurantes ni signe d'Argyll, troubles des sensibilités profondes, intégrité des superficielles. Une autopsie montra l'existence de lésions diffuses des fibres longues des cordons postérieurs et paraissant de nature toxi-infectieuse. — Dans un cas de syndrome alterne avec paralysie de la sixième paire, M. Thomas a observé semblable dissociation des sensibilités : intégrité des superficielles, abolition du sens stéréognostique.

Monoplégie cérébelleuse. — M. Thomas présente un garçon de quinze ans, opéré d'un abcès cérébelleux consécutif à une mastoïdite. Depuis six semaines, il présente au membre supérieur droit un peu de dysmétrie et d'adiadococynésie, le membre est plus ballant que son congénère. Au membre inférieur, rien de notable.

Maux perforants plantaires par gelure. — MM. Achard et Leblanc. Les maux perforants ont apparu après l'action du froid, sans signes de tabes ni aucune des réactions de laboratoire de la syphilis chez un malade présenté par M. Achard, auquel M. Marie ajoute deux faits analogues observés par lui.

Paralysie infantile des membres inférieurs avec atrophie du bassin. — MM. Achard et Leblanc montrent un adulte dont les membres inférieurs sont très atrophiés et recroquevillés : les organes génitaux sont intacts, le squelette du bassin très atrophié. Cette lésion est rare et s'accompagne d'une laxité ligamenteuse qui l'empêche, chez la femme, d'être une cause de dystocie. — M. Marie ajoute que dans les paralysies infantiles cérébrales, même avec paraplégie peu accentuée, on observe fréquemment l'atrophie du bassin.

Troubles sensitifs : discrimination tactile et astéréognosie dans un cas de tumeur cérébrale. — MM. Claude, Scheffer et Rouillard présentent un homme atteint de tumeur cérébrale caractérisée par céphalée, stase papillaire, diplopie, quelques vomissements. Le seul signe localisateur est l'existence d'astéréognosie avec troubles de discrimination tactile, et intégrité des sensibilités superficielles, de la sensation spatiale, baresthésie peu atteinte. Ces troubles peuvent indiquer la région pariétale ou une lésion cérébello-protubérantielle. La craniectomie décompressive les a améliorés.

Hémiplégie cérébrale infantile avec troubles de la sensibilité. — M. Thomas. Ils prédominent nettement, contrairement à la règle, puisque leur existence est rare dans cette affection, sur les troubles moteurs. Ceux-ci, très minimes, atteignent surtout les interosseux palmaires.

Astéréognosie dans un cas d'hémiplégie infantile. — MM. Pélissier et Regnard. Ici encore, les troubles moteurs prédominent sur les interosseux palmaires. Les sensibilités sont bonnes; mais il existe une astéréognosie complète qu'on peut attribuer au défaut d'éducation, le malade ne s'étant jamais servi de sa main. Un deuxième malade eut, après un choc sur la tête, des convulsions jacksoniennes : la paralysie prédomine sur les interosseux palmaires, mais tous les mouvements sont possibles. L'astéréognosie est complète.

Réaction d'Abderhalden dans six cas de maladie de Basedow. — M. Léri. Négative avec le thyroïde sain, dès que les lésions thyroïdiennes de la maladie s'aggravent elle est positive avec le thyroïde malade : la réaction thymus et ovaire fut positive conformément aux dires de Lampé, la réaction cerveau positive dans quatre cas.

Élections. — Quatre nouveaux membres sont élus : MM. Barré, Barbé, Tinel et Vurpas.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 10 janvier 1914)

Nouveaux cas de contagion éberthienne de laboratoire prévenue par la vaccination antityphoïdique (vaccin polyvalent). — M. H. Vincent. Aux cas publiés jusqu'ici de contagion de laboratoire par le bacille d'Eberth absorbé à doses parfois colossales, et prévenu par les injections de vaccin polyvalent (Vincent, Haibe), on peut adjoindre un nouveau cas dans lequel le sujet infecté a encore été entièrement préservé. Ce cas concerne un pharmacien qui, en voulant répartir une culture vivante de bacille typhique dans des ampoules, avala par mégarde un centimètre cube de cette culture. La première injection immunigène fut pratiquée vingt-quatre heures après.

Les faits d'observation fort nombreux ont démontré qu'on peut préserver, en temps d'épidémie, par une vaccination suffisamment précoce, les personnes qui sont en incubation de fièvre typhoïde. A ce point de vue tout spécial, la vaccination antityphoïdique mérite d'être rapprochée du traitement antirabique, véritable vaccination rendue possible par la longue incubation de la rage.

Une remarque intéressante c'est que chez les sujets qui sont en état d'incubation de fièvre typhoïde, l'inoculation du vaccin polyvalent éveille souvent à la première ou à la seconde injection une réaction fébrile prolongée (pouvant aller jusqu'à un ou deux jours). Cette réaction est tout à fait comparable à celle que détermine l'injection de tuberculine chez les tuberculeux ou de malléine chez les animaux morveux. Elle se produit aussi, quoique non constamment, chez ceux qui ont eu antérieurement la fièvre typhoïde.

On ne saurait trop conseiller à ceux qui ont été exposés à la contagion de se faire immuniser dans le plus bref délai.

Azotémie aiguë au cours de quelques infections aiguës. Son intérêt pathogénique, sa valeur pronostique. — MM. Guy Laroche et Brodin. L'albuminurie fébrile des infections aiguës ne s'accompagne cliniquement d'aucun signe de néphrite. Aussi sa pathogénie a-t-elle été et reste-t-elle encore très discutée. Les auteurs ont recherché dans un certain nombre de cas l'état de la perméabilité rénale par l'étude de la teneur du sérum en urée. L'urée est tantôt normale, tantôt augmentée. C'est ainsi que dans douze cas de pneumonie il y avait rétention azotée dans 67 p. 100 des cas et les chiffres ont varié de 0g60 à 1g65.

Dans la fièvre typhoïde l'azotémie est moins fréquente : cependant dans trois cas les chiffres ont varié de 0g65 a 2g75; cette azotémie relève d'une néphrite diffuse et légère, son pronostic est très différent de celui de l'azotémie chronique; cette azotémie aiguë disparaît en général en quelques jours. Il est cependant possible que certaines de ces néphrites puissent continuer à évoluer et ne se manifester que plusieurs années après sous forme de néphrites chroniques.

Automatisme atrio-ventriculaire par excitation du pneumogastrique chez le lapin. — Après Lohmann, MM. C. Pezzi et A. Clerc concluent que la contraction simultanée de l'oreillette et du ventricule s'observe fréquemment chez le lapin au cours du ralentissement provoqué par l'excitation du pneumogastrique. La compression répétée du sillon atrio-ventriculaire favorise la production de ce phénomène et augmente sa durée au point que l'on réalise un véritable rythme atrio-ventriculaire d'ailleurs transitoire.

Emploi des anesthésiques pour la purification des vaccins. — M. L. CAMUS. Dans la préparation des vaccins, l'emploi des anesthésiques peut être recommandé. Parmi ces substances, le choix doit porter sur celles qui sont le moins solubles dans l'eau et dont le point d'ébullition est le plus bas; les combinaisons qu'elles contractent avec les éléments des tissus sont moins stables et leur élimination au moment opportun est plus facile et plus complète.

Influence du corps thyroïde sur la minéralisation du cobaye. — MM. SARVONAT et ROUBIER. L'hyperthyroïdisation ne modifie pas sensiblement le phosphore, mais produit une décalcification du squelette et une hypercalcification des parties molles. Ces phénomènes sont liés à la mobilisation de la chaux, celle-ci possédant peut-être un rôle antitoxique.

Glycosurie par la pilocarpine chez la grenouille. — M. Cl. GAUTIER. La pilocarpine, à dose convenable, provoque, chez la grenouille, une glycosurie de brève durée. Pour obtenir cette glycosurie, il faut injecter l'alcaloïde directement dans le foie. En l'injectant dans les sacs dorsaux, même à doses beaucoup plus élevées, on n'obtient aucun résultat.

Autres communications :

L'épreuve de l'atropine, du nitrite d'amyle et de la compression oculaire dans les bradycardies totales. — M. PETZETAKIS.

Sur quelques levures rencontrées dans la pulpe vaccinale. — MM. LESIEUR et MAGNIN.

A propos du dosage des acides aminés. — M. LANZENBERG.

PRATIQUE MÉDICALE

SELS COMPLEXES A BASE DE CUIVRE ET DE LÉCITHINE

Par l'action des sels de cuivre sur la lécithine on obtient des composés complexes, utilisables dans le traitement de certaines maladies infectieuses, particulièrement de la tuberculose où l'action destructive des sels cuivriques est complétée par l'action dissolvante de la lécithine sur la substance cireuse des bacilles de Koch.

On obtient ces sels complexes en mélangeant, par exemple, des solutions saturées de chlorure cuivrique et de lécithine dans de l'alcool méthylique et en isolant le précipité brun vert qui se forme immédiatement et renferme 6 p. 100 de cuivre et 3 p. 100 de phosphore. On peut obtenir des préparations analogues en utilisant des dérivés organiques tels que l'acide cinnamique ou en remplaçant la lécithine par d'autres amino-phosphatides comme la jécorine, cuorine, etc.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Inconnus de la biologie déterministe, par A. DE GRAMONT-LESPARRE. In-8. — Prix : 5 francs. — Paris, Félix Alcan.

Les Bronchites chroniques. Leur traitement, par les docteur Antoine FLORAND, médecin de l'hôpital Lariboisière, Max FRANÇOIS, assistant de consultation à l'hôpital Saint-Antoine, et Henri FLURIN, médecin des eaux de Cauterets. In-18 de VIII-321 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, Masson et Cie.

La Goutte. Son traitement, par le docteur G. GUELPA. In-8 raisin de 120 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin et fils.

ARTICLES ORIGINAUX DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 51, 18 déc. 1913.) GROBER : Traitement du coma. — BIER : Sur le diagnostic de l'ulcère duodénal. — STARCK : Traitement des dilatations et des diverticules de l'œsophage. — KISSLING : Cinquième communication sur le vaccin antidiphtérique de Behring. — OELLER et STEPHAN : Innovations dans la méthode de la dialyse. — CASSEL : Contribution à la maladie de Médin. — WOLFF et LEHMANN : Méningite pneumococcique guérie par injections intrarachidienne et intraventriculaire d'éthylhydrocupréine. — SPIESS : Nouvel appareil transportable pour l'inspiration d'air comprimé et l'expiration dans l'air raréfié. — STEINER : Traitement de l'asthme bronchique et de l'emphysème par la lipoïodine. — KLEIN : La myélogonie et la vraie leucémie à myélogonies. — ALLMANN : Attention aux substances radio-actives ! — (N° 52, 25 déc.) GROBER : Traitement de l'asphyxie. — STARCK : Traitement des dilatatations et des diverticules de l'œsophage. — KÆRGER ; Traitement des fissures palatines par la méthode de Brophy. — KLOTZ : Economie de l'énergie radiante dans le traitement du carcinome inopérable. — SALZMANN : Essais de remplacement des substances radioactives par les rayons de Rœntgen dans le traitement profond. — SZÉCSI : Une nouvelle méthode pour l'examen du liquide céphalo-rachidien. — HARA : Sérodiagnostic des tumeurs malignes. — EHRLICH : Traitement de la constipation chronique par la péristaltine.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 50, 16 déc. 1913.) HELFERICH : Sur la néarthrose opératoire. — ABDERHALDEN : Influence de la composition du sang sur les résultats de la réaction d'Abderhalden. — BAETGE : Traitement de la fièvre tierce par le néosalvarsan. — BECK : Est-ce que la syphilis constitutionnelle de l'oreille peut être diagnostiquée ? — LINDEMANN et ASCHNER : Sur la nature et la diffusion dans le corps de substances vaso-constrictives et excitatrices des contractions utérines. — FRIED : Sur le séro-diagnostic des tumeurs malignes. — MEIROWSKY : Sur la recherche des processus de multiplication des spirochètes. — LEWINSKI : Sur la valeur des injections intraveineuses d'arthigon. — BOHM : L'hégonon dans le traitement des gonorrhées. — GLÜCKSMANN et GOBBI : Action désinfectante du solargyl. — BENNECKE : L'isticine, nouveau purgatif. — BRIX : Un cas d'inversion totale des viscères. — SCHNEIDER : Un nouveau forceps et son emploi. — (N° 51, 23 déc) SPENGLER et SAUERBRUCH : Traitement chirurgical des exsudats pleuraux tuberculeux. — MORO : Sur les coliques ombilicales récidivantes chez les grands enfants. — HEIMANN : Thymus, ovaires et formule sanguine. Recherches expérimentales. — LAMPÉ : Sur la technique de la préparation des organes pour la réaction d'Abderhalden. — OBERMÜLLER : Sur le « coagulène Kocher-Tonio », un nouvel hémostatique et son emploi en rhinologie. — UFFENHEIMER : Etat de la paralysie infantile en Bavière. — BAAR : Sur les structures de l'uretère qui simulent une néphrolithiase. — THILO : Sur le traitement de l'eczéma dû au formol. — WEISS : Appareil simple pour le dosage des chlorures urinaires.

Progrès médical. — (N° 1, 3 janv. 1914.) H. AIMÉ : Quelques modes actuels de traitement des crises épileptiques et conjectures sur la théorie dialytique de leur mécanisme. — Henri DAMAYE : Psychose toxique grave ; ses rapports avec la paralysie générale.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 52, 25 déc. 1913.) PHILIPOWICZ : Contribution au diagnostic de l'appendicite dans l'âge avancé. — HOFBAUER : La signification clinique de l'allongement du thorax.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES CIRRHOSES BILIAIRES (1)

Histologiquement on constate la présence de plaques de sclérose, larges, irrégulières, brusquement renflées, coudées, anastomosées, entre lesquelles s'emboîtent en jeu de patience des îlots de parenchyme hépatique, souvent échancrés sur leurs bords, la sclérose formant en ce point une tête de serpent; c'est une cirrhose insulaire, columnaire, exceptionnellement annulaire; le tissu conjonctif scléreux est plus ou moins dense, adulte ou jeune; on y voit par places des amas de cellules embryonnaires en manchons autour des canaux biliaires; les artères hépatiques sont peu modifiées; les ramifications de la veine porte sont quelquefois dilatées (*télangiectasie de Kiener*). Ce qui est caractéristique encore, c'est l'intégrité habituelle des veines sus-hépatiques, la richesse du tissu de sclérose en néo-canalicules, la présence d'amas embryonnaires au sein de ce tissu, l'état de conservation du parenchyme. Il existe d'importantes lésions des canaux biliaires qui peuvent aboutir par endroits à l'*angiocholite oblitérante*; les néo-canalicules biliaires sont extrêmement abondants au sein du tissu de sclérose, ils forment parfois de véritables *angiomes biliaires*; bien qu'on puisse en rencontrer au cours d'autres cirrhoses, c'est là un caractère important pour le diagnostic anatomique; ces canalicules, sans paroi propre, sont constitués par un épithélium cubique. Le parenchyme hépatique, entre les bandes de sclérose, montre une conservation presque générale de l'aspect normal des travées et des cellules; quelquefois les cellules sont hypertrophiées, en karyokinèse et surchargées de pigments; vers la fin de la maladie les cellules s'altèrent et présentent la dégénérescence granulo-graisseuse ou pigmentaire. La rate montre des lésions congestives avec hyperplasie du tissu conjonctif, les ganglions, des lésions d'inflammation chronique. En résumé, ce qui caractérise histologiquement les cirrhoses biliaires c'est l'hyperplasie conjonctive diffuse très abondante, respectant les veines sus-hépatiques, c'est l'abondance des néo-canalicules biliaires, l'angiocholite et la périangiocholite constantes, c'est l'atteinte très légère, nulle souvent, des ramifications de la veine porte et de l'artère hépatique, l'intégrité et même l'hyperplasie du parenchyme.

SYMPTOMATOLOGIE. — Nous allons d'abord en une étude synthétique passer en revue les symptômes qui sont communs à toutes les variétés de cirrhoses biliaires, puis nous étudierons à part les différentes formes cliniques et leurs diagnostics.

a. *Début*. — Le début est le plus souvent *lent*, *insidieux*, impossible à préciser; dans certains cas un ictère brusquement apparu, souvent étiqueté ictère émotif, en a été l'origine; parfois, au contraire, l'ictère s'est installé lentement, précédé quelquefois d'un prurit rebelle à toute médication. Les *troubles gastro-intestinaux* peuvent ouvrir la scène : il s'agit de vomissements, de diarrhée, symptômes digestifs survenus sans cause appréciable; le ballonnement du ventre sera parfois le signe révélateur; il peut prédominer à droite s'accompagnant de douleurs hépatiques; on peut aussi l'observer surtout marqué à gauche avec douleur splénique; dans ces cas, l'on peut, avec M. Chauffard, parler de début splénique; pour Lereboullet un interrogatoire attentif montre, en réalité, la préexistence de symptômes hépatiques. Il est exceptionnel que le premier symptôme soit une ascite temporaire; plus souvent on observe une *fièvre persistante*, à allure de *fièvre intermittente*, précédant l'ictère de plusieurs mois (pseudo-paludisme biliaire); en général d'ailleurs ces symptômes n'ont qu'un intérêt rétrospectif, car les malades ne viennent consulter qu'en période d'état.

b. *Période d'état*. — Ce qui caractérise cette période c'est la coexistence d'ictère chronique, de symptômes hépato-spléniques et de symptômes associés.

L'*ictère* est le plus souvent un ictère franc; parfois la peau est d'un jaune terreux rappelant le teint de l'ictère hémaphéique; très exceptionnellement il fait défaut ou n'est pas plus accusé que dans la cholémie familiale; il s'accompagne de prurit, de pigmentations, de xanthelasma; il s'associe à de la cholurie avec urobilinurie souvent très abondante, parfois absence de pigments; la cholémie est toujours très accusée; le chiffre moyen du taux de la bilirubine dans le sérum est de 1/3000; on observe de l'hypercholestérinémie; la résistance globulaire est normale, parfois augmentée.

Parmi les symptômes abdominaux il faut signaler l'hypertrophie considérable du foie et de la rate. Le foie est tantôt uniformément hypertrophié, tantôt développé surtout au niveau du lobe gauche, sa surface est unie, sa consistance ferme, son bord net et tranchant, la vésicule n'est habituellement pas perceptible. La rate est ferme, on peut entendre à son niveau un souffle splénique, suivant le volume respectif des deux organes on distingue diverses formes cliniques que nous étudierons plus loin.

Il faut insister sur l'*absence habituelle d'ascite et de circulation collatérale*, cependant dans certains cas on pourra observer l'ébauche d'un syndrome d'hypertension portale (légère ascite, circulation sous-cutanée abdominale, hémorroïdes, hémorragies gastro-intestinales).

Symptômes associés. — L'examen des urines rend compte en outre du degré de la *cholémie*, et l'*urobilinurie*, de l'état du fonctionnement hépatique et rénal. On constate toujours de la *polyurie*, mais celle-ci est très variable d'un jour à l'autre (*anisurie*); souvent l'examen des urines fractionnées révèle uue *opsiurie* plus ou moins nette. L'*azoturie* est variable, souvent diminuée, l'indicanurie est fréquente, le *sucre* fait souvent défaut, il peut cependant exister et la *glycosurie alimentaire* est souvent positive au moment des poussées aiguës. Il est des cas au contraire où l'on peut mettre en évidence l'exagération du pouvoir fixateur du sucre par le foie; la toxicité urinaire est assez variable, la teneur des urines en acide urique, chlorures, phosphates ne présente rien de particulier, l'albuminurie existe parfois, elle reste ordinairement légère.

Les fonctions digestives sont souvent normales, parfois on observe de la *boulimie* et des signes de dyspepsie hyperpeptique, ou au contraire de l'anorexie.

Les *matières fécales* sont normales, mais il y a cependant souvent *polycholie*, la coloration peut d'ailleurs varier d'un jour à l'autre, on peut observer une décoloration temporaire ou permanente s'expliquant soit par une rétention intracanaliculaire, soit par l'acholie pigmentaire.

Rien de spécial à l'auscultation pulmonaire, sauf l'existence dans certains cas de tuberculose pulmonaire associée; l'auscultation du cœur peut révéler l'existence de souffles anorganiques, de bradycardie. La tension artérielle peut être abaissée. Le système nerveux est peu touché, cependant l'on observe quelques troubles psychiques, des somnolences, migraines, etc.

MM. Gilbert et Lereboullet insistent sur l'existence d'un *rhumatisme biliaire*, associé aux *doigts hippocratiques*.

Dans quelques cas, en somme assez rares, on peut observer des *adénomégalies* multiples qui ont permis à Popoff de rapprocher ces cirrhoses des états pseudoleucémiques. LA FIÈVRE est un symptôme important, il peut s'agir soit de *crises fébriles passagères* comme dans les angiocholites, soit de fièvre journalière.

La tendance aux *hémorragies* est toujours assez accusée; on constate dans le sang une anémie en général modérée et une hyperleucocytose à polynucléaires (Hanot et Meunier); inversement dans quelques cas on a noté de la leucopénie avec prédominance des mononucléaires. (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 3, p. 47.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 7. — SAMEDI 17 JANVIER 1914. 87e ANNÉE. SAMEDI 17 JANVIER 1914. — N° 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 10 francs par an. Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 15 janvier. — Question donnée : « Glande sous-maxillaire sans l'histologie ni la physiologie. — Oreillons, signes, complications et diagnostic. »

MM. Vivier, 15 + 23 = 38; Perrin (Henri), 15 + 21 = 36; Saxe, 8 + 22 = 30; Gresset, 12 + 18 = 30; Trousset, 16 + 23 = 39; Pichon, 16 + 22 = 38; Mlle Le Conte, 15 + 22 = 37; MM. Rougeulle, 16 + 25 = 41; Picard (René), 12 + 20 = 32; Guillard, 16 + 21 = 37.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Poitiers. — Le Concours d'externat s'est terminé par les nominations de MM. Charlanne, Briault, Melou, Guibert, Mahieu, Le Paumier, Mérine, Barrault et Guérin.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Toulouse. — Les concours du clinicat se sont terminés par les nominations suivantes :

Chefs de clinique médicale : MM. Roques et Timbal.

Chef de clinique obstétricale : M. Laurentie.

Chef de clinique syphilitique et dermatologique : M. Nanta.

— Lille. — M. Le Fort, agrégé, chargé d'un cours complémentaire à la faculté de médecine de l'université de Lille, est nommé professeur adjoint à ladite faculté.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — La séance annuelle de la Société de chirurgie aura lieu mercredi prochain 21 janvier.

M. le docteur E. Rochard, secrétaire général de la Société, fera l'éloge de Charles Nélaton.

GUERRE. — M. le médecin inspecteur général Vaillard est maintenu président du comité consultatif de santé pour l'année 1914.

— M. le médecin-major de deuxième classe Ringenbach est inscrit d'office au tableau de concours pour le grade de chevalier de la Légion d'honneur (expéditions lointaines).

L'ÉTAT SANITAIRE DE L'ARMÉE. — D'une façon générale, écrit *La France militaire*, l'état sanitaire de l'armée au présent mois de janvier 1914 est meilleur que l'état sanitaire de la période correspondante de 1913. C'est ainsi, notamment, que dans certains hôpitaux de Paris, le nombre de malades actuellement en traitement pour les trois classes sous les drapeaux est inférieur à ce qu'il était à l'époque correspondante de 1913. Cette situation satisfaisante tient sans aucun doute non seulement à la valeur physique du contingent de 1913, mais aussi aux précautions nouvelles et rigoureuses que le ministre, sur la proposition de la direction du service de santé au ministère de la Guerre, a fait prendre en même temps qu'étaient votées la loi de trois ans et l'incorporation à vingt ans.

LA DÉJEUNER DE LA SOCIÉTÉ D'ACCLIMATATION. — La Société d'acclimatation a donné jeudi, sous la présidence de M. E. Perrier, directeur du Muséum, son déjeuner annuel.

Le menu comprenait d'abord en apéritif une liqueur de grappe-fruit des Antilles.

Les hors-d'œuvre furent moscovites.

On servit ensuite des filets de porc fumé de Corse, un peu lourds, paraît-il.

Et parut le plat de résistance : un tatou braisé en carapace; gros succès.

Ce n'est pas tout : l'appétit des banqueteurs fut sollicité par des moutons de l'île d'Ouessant rôtis entiers et garnis de maïs doux; des oignons d'Almerida et des piments d'Espagne farcis au riz et aux crevettes.

Le fromage fut corse.

En dessert, des fruits exotiques, des bananes, des confitures de lait du Chili, de la pâte de goyave de Pernambouc.

Liqueurs : eau-de-vie vieille de riz Sham-Sham, eau-de-vie de sorgho de Kao-Ling.

LA VENTE DES CHAMPIGNONS VÉNÉNEUX. — Le tribunal correctionnel de Versailles vient de condamner à trois mois de prison une commerçante de Saint-Germain accusée d'avoir vendu des champignons vénéneux à la famille G., et d'avoir ainsi causé la mort de Mme G. et de sa fille âgée de dix-sept ans.

LE PRIX D'UN « APPENDICE ». — A Constantinople, il y a plusieurs années, l'une des filles d'Abdul-Hamid souffrant d'une crise d'appendicite, les sommités médicales qui soignaient la malade jugèrent l'opération nécessaire.

L'ex-sultan, plein de méfiance, exigea une preuve de l'adresse des praticiens. Ces derniers furent obligés de procéder à une « expérience ». Ils allèrent chercher à l'hôpital une femme qu'on soignait pour une maladie de l'oreille et l'opérèrent de l'appendicite. L'opération réussit et les médecins purent ensuite extraire l'appendice de la jeune princesse.

Longtemps après, la brave femme opérée commença à éprouver des regrets : elle se présenta devant le cadi, lui exposa l'affaire et réclama de sa justice la restitution de son appendice ou une somme d'argent qu'Abdul-Hamid serait condamné à verser comme dédommagement.

Le cadi, très embarrassé, a consulté le Coran, mais ce

« conseiller » n'a pu encore l'aider à trancher la question, et l'affaire a été renvoyée à une date ultérieure.

IVe CONGRÈS DES PRATICIENS. — Le quatrième Congrès des praticiens se tiendra à Paris les 27, 28 et 29 avril 1914 ainsi que nos lecteurs le savent déjà (voir *Gaz. des hôp.*, 1914, no 2, p. 19).

Il a pour objectifs :

1o La lutte contre la fonctionnarisation du corps médical;

2o L'étude de l'organisation méthodique de l'hygiène en France par les groupements professionnels médicaux.

Adresser les adhésions avec cotisation (10 francs) au trésorier, docteur Quidet, 54, rue Bonaparte, Paris VIe. Les parents des congressistes peuvent s'inscrire comme membres associés au Congrès (cotisation : 5 francs).

SOCIÉTÉ DE PSYCHOTHÉRAPIE, D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE. — La prochaine séance aura lieu le mardi 20 janvier 1914, à quatre heures et demie, au Palais des Sociétés Savantes, 8, rue Danton.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Courses de Nice.* — Billets d'aller et retour spéciaux émis jusqu'au 21 avril 1914.

Paris à Cannes, 1re classe : 177 fr. 40; 2e classe : 127 fr. 75; Paris à Nice, 1re classe : 182 fr. 60; 2e classe : 131 fr. 50; Paris à Monaco-Monte-Carlo, 1re classe : 185 fr. 45; 2e classe : 133 fr. 55; Paris à Menton, 1re classe : 186 fr. 65; 2e classe : 134 fr. 40.

Validité : 20 jours à compter du départ (ou du dernier jour de la période d'émission si le voyage est commencé après cette période), prolongeable deux fois de dix jours moyennant un supplément chaque fois de 10 p. 100.

Deux arrêts en cours de route, tant à l'aller qu'au retour.

Admission, sans supplément de prix, des voyageurs de 1re classe dans le train de jour « Côte d'azur rapide » et « extra-rapide » de nuit. Toutefois les voyageurs empruntant le Côte d'Azur rapide ne peuvent s'arrêter en cours de route, à l'aller, qu'à partir de Marseille; aucun arrêt n'est autorisé au retour (Côte d'azur rapide et Extra-rapide de nuit).

— Excursions organisées avec le concours de l'Agence Lubin :

1o *Sports d'hiver en Dauphiné et en Savoie.* — Départs de Paris les 31 janvier, 14 et 28 février 1914. Durée : 12 jours.

Prix en 1re classe, au départ de Paris, 475 fr.

2o *Bords de la Méditerranée. Carnaval de Nice.* — Départ de Paris le 18 février 1914. Durée ; 12 jours.

Prix, en 1re classe, au départ de Paris, 420 fr.

3o *Italie et Carnaval de Nice.* — Départ de Paris le 26 janvier 1914. Durée : 32 jours.

Prix en 1re classe, au départ de Paris, 1 170 fr.

Départ de Paris le 19 février 1914. Durée : 33 jours.

Prix en 1re classe, 1 190 fr.

4o *Italie.* — Départ de Paris le 26 février 1914. Durée : 26 jours.

Prix en 1re classe, au départ de Paris, 1035 fr.

5o *Tunisie et Sud Tunisien.* — Départs de Paris les 18 janvier, 15 février et 15 mars 1914. Durée : 27 jours.

Prix en 1re classe, au départ de Paris, 1080 fr.

6o *Tunisie et Algérie.* — Départs de Paris les 1er février, 1er et 29 mars 1914. Durée : 33 jours.

Prix en 1re classe, au départ de Paris, 1 440 fr.

7o *Tunisie, Sud Tunisien et Algérie.* — Départs de Paris les 18 janvier, 15 février et 15 mars 1914. Durée : 47 jours.

Prix en 1re classe, au départ de Paris, 1870 fr.

Les souscriptions et les demandes de prospectus contenant les itinéraires complets sont reçues aux bureaux de l'Agence Lubin, 36, boulevard Haussmann, à Paris.

—*Les publications artistiques P.-L.-M.*— Poursuivant la série de ses publications artistiques, la Compagnie P.-L.-M. vient de faire paraître un remarquable *Atlas Côte d'Azur*, qui continue une collection d'albums similaires destinés à former un admirable ensemble descriptif des régions desservies par le P.-L.-M.

Comme ses devanciers « Savoie-Dauphiné » et « Vallée du Rhône », l'*Atlas Côte d'Azur*, minutieusement documenté, illustré de nombreuses photogravures, renferme deux superbes planches, hors texte, en couleurs, et une carte très intéressante de la région, également en couleurs.

Il est en vente, au prix de 0 fr. 50, à la gare de Paris-Lyon, dans les bureaux succursales et bibliothèques des gares du réseau, ou adressé sur demande faite au service de la publicité, 20, boulevard Diderot, Paris, accompagnée de 0 fr. 60 pour les envois à destination de la France et de 0 fr. 65 (mandat-poste international), pour ceux à destination de l'étranger.

FORMULAIRE

TRACHÉO-BRONCHITE (RHUME ORDINAIRE)

Pour réaliser l'antisepsie des voies aériennes, calmer la toux, faciliter l'expectoration, prévenir la généralisation et l'infection, prescrire de prendre à chaque repas, entre deux plats, deux des capsules suivantes :

Gouttes Livoniennes de Trouette-Perret : un flacon.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 26 AU 31 JANVIER 1914

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 26 janvier, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 27 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 28 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

1er (oral).

2e (1re et 2e séries).

3e (oral, 2e partie).

5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

Jeudi 29 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

2e.

3e (oral, 1re partie, 1re et 2e séries).

4e.

Vendredi 30 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 31 janvier, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier*.

THÈSES

Mercredi 28 janvier, à une heure. — M. RYCKEBUSCH. Psychopathies et varicocèle. (Indications opératoires). (MM. Reclus, président; Letulle, Gougerot et Alglave.) — M. LEMPERT. Herpès et zona d'oriine dentaire. (MM. Letulle, président; Reclus, Gougerot et Alglave.)

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.


FAC-SIMILE
AK
30 CENTIGR.

REVUE GÉNÉRALE

L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Par M. Ch. ESMEIN,
Ancien interne des hôpitaux,
Ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris.

I

Définition. — *L'hypertension artérielle est l'augmentation de tout ou partie des valeurs que prend successivement la pression artérielle pendant l'accomplissement d'une révolution cardiaque.*

Cette définition paraît à l'abord bien cherchée. Elle est cependant nécessaire pour caractériser exactement l'hypertension artérielle. La pression artérielle, en effet, qu'elle soit normale, abaissée ou élevée, n'appartient pas au groupe de ces phénomènes stables qui restent semblables à eux-mêmes pendant la durée d'une observation. Produite par le conflit permanent de deux forces antagonistes, dont l'une, l'énergie propulsive des ventricules du cœur, agit de façon discontinue, à intervalles sensiblement égaux, tandis que l'autre, la résistance opposée à l'écoulement du sang par les terminaisons du système artériel aortique, s'exerce sans arrêt, avec une énergie pratiquement constante, la pression artérielle doit à ses origines elles-mêmes de varier constamment dans son degré en prenant successivement une série des valeurs qu'elle retrouve toujours dans le même ordre avec une périodicité régulière, et dont la juxtaposition forme une courbe composée de segments semblables à l'infini, dont chacun est exactement inscrit dans la durée d'une révolution cardiaque.

Il résulte de là qu'il peut exister diverses sortes d'hypertension artérielle, suivant que toutes les valeurs prises par la pression artérielle pendant une période du cœur, ou seulement telles ou telles, seront exagérées. D'où il suit aussi qu'un cas quelconque d'hypertension artérielle ne peut être connu exactement que par l'établissement complet de la courbe des pressions artérielles réalisées à tour de rôle pendant une révolution cardiaque du sujet examiné. Ainsi se trouve justifiée la définition proposée en tête de cette étude.

En pratique, toutefois, cette connaissance complète de l'hypertension artérielle reste encore un idéal inaccessible. Jusqu'à ces dernières années même, un seul point de la courbe élémentaire de pression et hypertension artérielles était déterminable : son point le plus élevé, atteint au début de la systole ventriculaire (pression ou hypertension maxima ou systolique). C'était exclusivement à la surélévation de ce point que se rapportaient les études faites jusqu'alors sur l'hypertension : celles de Senhouse Kirkes et de Traube qui, les premiers, conçurent l'idée que l'augmentation de la pression supportée par les artères pouvait être la cause de certains phénomènes morbides ; — celles de Potain et de von Basch, qui dotèrent la clinique des premiers appareils propres à mesurer avec quelque exactitude la pression artérielle normale ou trop forte ; — celles de Huchard qui, à l'aide de ces instruments, vulgarisa et élargit les conceptions de Traube ; — celles enfin de M. Vaquez qui, plus près de nous, fit mieux connaître les accidents engendrés par l'hypertension et ouvrit de nouveaux horizons sur la pathogénie de ce phénomène.

Un réel progrès fut réalisé dans ces toutes dernières années par l'introduction de nouveaux sphygmomanomètres permettant de mesurer à la fois le sommet de la courbe élémentaire de pression et sa base, celle-ci atteinte à chaque période du cœur au moment où la systole ventriculaire a pris fin et où tout le surplus du sang poussé par elle dans le système aortique s'est écoulé par la périphérie de ce système (pression diastolique ou minima).

Ces appareils furent offerts aux cliniciens sous deux formes : celle du sphygmomanomètre à manchette dont les protagonistes furent Riva-Rocci, puis Recklinghausen, et celle de l'oscillomètre, entrevue par Marey et portée à l'état adulte par le professeur Pachon. Grâce à ces deux sortes d'instruments il devint possible d'explorer plus complètement la question de la pression artérielle, comme le firent, en France, MM. Josué, Gallavardin, Pachon ; en Allemagne, Recklinghausen, Strasburger ; dans les pays anglo-saxons, Erlanger, Hill et Barnard, pour ne citer que quelques noms.

Mais, du même coup, l'étude de l'hypertension artérielle se trouva compliquée. Là où il n'y avait à considérer qu'un phénomène unique, apparaissaient désormais deux phénomènes différents réclamant une analyse comparative et susceptibles de combinaisons variées, l'un par rapport à l'autre. Chez certains sujets, la pression systolique et la pression diastolique se trouvaient simultanément surélevées : il y avait *hypertension complète*. Chez d'autres, l'hypertension n'était qu'*incomplète*, et cela de deux façons différentes : chez un premier groupe de malades, la tension maxima dépassait seule la normale ; chez un second groupe, c'était uniquement la pression minima qui se trouvait dans ce cas. Ces trois catégories de sujets méritaient le nom d'hypertendus, et pourtant il était illogique de continuer à les confondre dans un groupe unique.

L'introduction en clinique des sphygmomanomètres à double mesure oblige donc à morceler l'étude de l'hypertension artérielle et à distinguer trois variétés de ce phénomène : l'hypertension complète à laquelle se rattachent la plupart des désordres jadis attribués à l'hypertension artérielle tout court, qui paraît d'ailleurs la plus fréquente et la plus grave, et qui, pour ces diverses raisons, a droit à la description la plus longue ; l'hypertension systolique isolée ; l'hypertension diastolique isolée, ces deux derniers phénomènes, de connaissance récente, ne pouvant être étudiés que sommairement en raison de leur signification incomplètement précisée.

Les trois types d'hypertension qui viennent d'être indiqués seront envisagés successivement dans la présente revue, après rappel de quelques généralités indispensables relatives à la pression artérielle et à sa mesure. Ils sont les seuls qu'on puisse distinguer à l'heure actuelle. Peut-être, à l'avenir, se

multiplieront-ils encore. Il vient, en effet, d'être proposé des méthodes qui tentent de préciser la séméiologie de l'hypertension artérielle par la confrontation de la sphygmomanométrie avec d'autres moyens d'exploration ; leur avènement aboutirait à subdiviser les différentes variétés d'hypertension artérielle suivant que telle ou telle fonction est déviée dans un sens ou dans l'autre, chez les hypertendus. Un procédé de ce genre (comparaison de la pression artérielle avec la viscosité sanguine) a été tout dernièrement proposé par M. Martinet, déjà auteur d'intéressants travaux sur la pression artérielle. Si séduisant que paraisse ce mode d'investigation, il est malheureusement trop neuf encore pour qu'on puisse juger aujourd'hui l'exacte étendue des services qu'il est susceptible de rendre au clinicien.

II

Mesure et limites de l'hypertension artérielle. — Les anciens médecins, qui exerçaient avant la découverte des sphygmomanomètres, avaient imaginé de multiples moyens pour reconnaître l'hypertension artérielle. Le nombre même de ces procédés qui seront rappelés à l'étude clinique de l'hypertension artérielle montre combien leur valeur est relative. On ne saurait trop répéter qu'à l'heure actuelle il n'est qu'un moyen de diagnostiquer sûrement l'hypertension artérielle : c'est l'emploi du sphygmomanomètre. En bonne logique la description et le mode d'emploi des meilleurs parmi ces appareils devraient donc prendre place dans une revue d'ensemble sur l'hypertension artérielle. Mais, en fait, une semblable étude entraînerait infiniment trop loin pour pouvoir être entreprise, et il est nécessaire de se borner à rappeler, d'une part, quels sont à ce jour les instruments les plus propres à fournir une mesure exacte de l'hypertension artérielle et, d'autre part, les causes d'erreur inhérentes à leur emploi qui sont faciles à commettre et faciles à éviter.

La distinction actuelle de l'hypertension systolique et de l'hypertension diastolique oblige à adopter des appareils propres à mesurer les deux pressions correspondantes. Sans nullement méconnaître les inappréciables services qu'a rendu le sphygmomanomètre de Potain, on doit donc le réserver pour quelques cas particuliers que M. le professeur P. Teissier a nettement définis (étude comparative de la pression dans des régions très diverses du corps, mesure de la tension chez des sujets atteints de fièvre éruptive, etc.), et préférer pour la pratique courante les sphygmomanomètres à manchette.

De ceux-ci, il existe deux types : le sphygmomanomètre à manchette proprement dit (appelé aussi type Riva-Rocci), avec lequel les deux pressions artérielles se mesurent en comprimant progressivement un segment artériel par la manchette et en explorant la partie du vaisseau située en aval par la palpation ou l'auscultation ; et l'oscillomètre avec lequel on évalue la pression artérielle par l'appréciation des modifications que subissent les oscillations décrites par le segment artériel comprimé, à mesure que croît la pression exercée sur lui. Il s'est dans ces dernières années établi une sorte de rivalité entre ces deux types de sphygmomanomètres et des discussions parfois âpres ont tour à tour revendiqué une éclatante supériorité pour l'un ou pour l'autre.

Ces discussions dérivent du fait que les deux types d'appareils en question, employés chez le même individu, donnent, au moins pour la pression systolique, des chiffres non concordants, le chiffre fourni par l'oscillomètre étant, en règle générale, sensiblement plus élevé. De là à la conclusion que l'un des deux appareils était mauvais et ne permettait pas une mesure correcte de la tension artérielle, il n'y avait qu'un pas. Il fut bien vite franchi, et deux camps adverses se formèrent, qui ont prononcé avec une égale vigueur l'excommunication, l'un contre l'oscillomètre, l'autre contre l'appareil de Riva-Rocci.

En réalité, il semble bien que le débat, engagé sur un pareil terrain, soit mal posé. Le seul procédé capable de fournir une évaluation parfaitement juste de la pression artérielle (introduction dans la lumière d'une artère d'un tube relié à un manomètre) étant inapplicable à l'homme, il s'ensuit nécessairement que tous les sphygmomanomètres employés chez lui ne peuvent donner que des chiffres inexacts. Dès lors, la seule qualité essentielle qui peut leur être demandée : c'est que l'erreur commise par eux soit dans tous les cas de même grandeur et de même sens, de manière que le clinicien soit assuré de pouvoir constamment faire des comparaisons valables entre ses malades et reconnaître si la tension vasculaire de tels ou tels d'entre eux est au niveau, au-dessus ou au-dessous de la moyenne. Or il paraît bien démontré que le sphygmomanomètre de Riva-Rocci et l'oscillomètre satisfont également à ce desideratum, avec chacun des avantages différents, le premier permettant d'apprécier plus aisément le niveau de la pression systolique, le second conduisant avec plus de précision à l'évaluation de la pression diastolique. Les deux appareils méritent donc d'être utilisés : ils se complètent bien plus qu'ils ne s'excluent. Mais puisque les valeurs données par l'un et l'autre ne sont pas identiques, il est seulement nécessaire que, dans toute observation où la pression est indiquée, il soit précisé avec quel appareil elle a été appréciée.

Peut-être n'est-il pas inutile de rappeler quelques chiffres à cet égard ? Chez l'adulte, on peut admettre que l'hypertension systolique commence généralement au-dessus de 14 à 15 centimètres de mercure avec les appareils type Riva-Rocci, et au-dessus de 16 à 17 centimètres avec les oscillomètres ; et que l'hypertension diastolique débute lorsque l'un ou l'autre de ces instruments marque plus de 10 centimètres de mercure.

Chez l'enfant, la limite inférieure de l'hypertension est moins bien fixée, les travaux sur la pression artérielle et ses variations à cet âge ayant été beaucoup plus rares. Il semble néanmoins que la pression systolique du tout jeune enfant normal ne doive pas dépasser 9 au Riva-Rocci et 10 à l'oscillomètre ; qu'ensuite, à mesure que le bébé grandit, cette pression s'élève lentement et progressivement pour atteindre vers treize ans, 12 au Riva-Rocci et 13 1/2 à l'oscillomètre, et gagner dans les deux années sui-

vantes le même niveau que chez l'adulte. D'autre part la tension diastolique paraît subir à travers la période de croissance la même évolution générale, de telle sorte que le nourrisson commence à être en état d'hypertension minima au-dessus de 5, l'enfant de treize ans au-dessus de 9 centimètres de mercure.

Il est indispensable d'ajouter que les chiffres précédents n'ont pas une valeur absolue et ne concernent que les moyennes. Le chiffre normal de tension aussi bien systolique que diastolique n'est pas le même chez tous les individus. Ainsi certains sujets ont dans l'état physiologique leur tension maxima à 13, d'autres à 16. Il est bien évident qu'avec une tension de 17 les premiers seront notablement hypertendus alors que les seconds le seront à peine.

Il faut également se rappeler que chez certains sujets, à circulation instable, il se produit presque sans cesse de brusques sautes de pression ; si bien qu'il est prudent de ne considérer un individu comme hypertendu qu'après avoir pratiqué chez lui une série de mensurations de pressions concordantes.

Enfin les chiffres donnés ci-dessus doivent encore, pour avoir une valeur, être pris dans des conditions bien déterminées, notamment dans la position couchée, en dehors de la période digestive, en l'absence de toute cause d'émotion chez le sujet examiné. Les changements d'attitude, le travail de l'estomac, et surtout l'excitation psychique sont en effet des facteurs éminemment capables de déplacer le niveau de la pression artérielle.

En particulier, comme l'a bien montré Gallavardin, il arrive souvent que, lorsque l'on examine un malade nouveau, la première mensuration de pression pratiquée chez lui donne des chiffres trop élevés de 1/2, parfois 1 et 2 centimètres de mercure. D'où cette règle, importante dans la pratique, que le médecin doit soumettre un sujet inconnu de lui à plusieurs évaluations successives, mais séparées par quelques minutes, de la pression artérielle, et, rejetant le premier chiffre obtenu, adopter le plus bas des suivants.

Etude des demi-hypertensions. — *a.* HYPERTENSION SYSTOLIQUE ISOLÉE. — Elle se rencontre principalement dans l'insuffisance aortique d'origine endocardique, à titre d'ailleurs de phénomène inconstant, s'associant alors à une hypotension diastolique accentuée et dans certains cas de maladie de Hodgson, où la pression diastolique est soit abaissée soit normale. Elle paraît entrer pour une part dans le caractère bondissant des pulsations artérielles si particulier aux aortiques, et aussi dans la détermination des symptômes fonctionnels encéphaliques, bourdonnements d'oreilles, battements intracraniens, visions lumineuses dont ils ont coutume de se plaindre. Son pronostic paraît assez bénin.

b. HYPERTENSION DIASTOLIQUE ISOLÉE. — On l'observe surtout dans les asystolies d'origine non hypertensive, parfois aussi chez les individus présentant le syndrome de l'hypertension portale. C'est en somme un symptôme de l'encombrement du système veineux important à constater, car il peut s'observer avant les symptômes explicites de l'asystolie et guider ainsi le diagnostic et le traitement. De plus ses variations renseignent sur les effets de la thérapeutique employée et donnent ainsi de précieuses indications sur la conduite à tenir ultérieurement et l'avenir du malade.

Etude de l'hypertension complète. — *a.* ETUDE CLINIQUE. — Il est très délicat de préciser quels sont les symptômes directement dépendants de l'hypertension complète. Si l'on cherche, en effet, à les déterminer par l'étude des sujets les plus entièrement possédés par l'hypertension, c'est-à-dire de ceux qui sont soumis à ce trouble d'une manière chronique et permanente, on se heurte à une grave cause d'erreur. Ces sujets présentent des symptômes objectifs et subjectifs nombreux, mais ils sont en règle générale affectés d'une maladie (néphrite chronique, diabète), éminemment intoxiquante, et, comme telle, extrêmement capable de déterminer les manifestations constatées chez eux. Il devient dès lors presque impossible de distinguer parmi ces manifestations celles qui sont consécutives à l'hypertension.

La même cause d'erreur est infiniment moins à redouter, comme l'a fait remarquer M. Vaquez, si l'on prend comme type d'observation l'hypertension complète passagère comme celle qui se produit dans la colique de plomb. Si l'on examine l'organisme d'un saturnin récent pendant le paroxysme hypertensif de sa première crise abdominale, il est certain que les symptômes observés chez lui ne pourront être imputés à des lésions viscérales constituées. Mais on rencontre alors d'autres pierres d'achoppement. D'abord la colique de plomb constitue un véritable état d'intoxication aiguë à la symptomatologie duquel l'empoisonnement prend part à côté de l'hypertension. Ensuite l'élévation de la tension vasculaire y dure trop peu pour avoir le temps de produire tous les effets qu'elle réaliserait en s'exerçant d'une manière plus prolongée.

Le seul moyen de déterminer la symptomatologie, réellement propre à l'hypertension complète consiste donc à étudier minutieusement de nombreux cas où ce phénomène est présent à l'état paroxystique ou permanent et à ne lui imputer que les symptômes présents sinon dans la totalité au moins dans la très grande majorité de ces cas.

En procédant de la sorte, on reconnaît que la liste des symptômes subjectifs engendrés par l'hypertension complète est beaucoup plus courte qu'il n'est généralement admis. Chez certains sujets il n'y a vraiment pendant longtemps aucun symptôme de cet ordre susceptible d'attirer l'attention. Le plus souvent, il en est autrement, et l'on trouve tout ou partie des manifestations suivantes : la *céphalée* est le désordre le plus souvent noté, variable dans son intensité et son siège, le plus souvent occipitale. Des *troubles oculaires* passagers, de modalités multiples, des *vertiges*, sont aussi fréquemment notés. Des *palpitations*, des *battements artériels intracraniens* existent dans nombre de cas. Il est rare de ne pas observer un certain degré de *dyspnée*, se présentant le plus souvent sous la forme de la dyspnée d'effort. Enfin deux troubles urinaires, la polyurie et la pollakiurie nocturne ne font guère défaut.

Les *symptômes physiques* doivent être cherchés du côté des artères et du côté du cœur. Leur valeur est grande, mais non absolue, et il faut toujours la corroborer par la mensuration au sphygmomanomètre qui seule permet d'arriver sûrement au diagnostic d'hypertension complète.

Les artères périphériques sont tendues à la palpation, mais non nécessairement artérioscléreuses. Il est souvent difficile de déterminer par le simple toucher si elles sont réellement soumises à une pression exagérée. L'amplitude du pouls est parfois réduite et l'on a alors l'impression d'un cordon constamment rigide, d'un fil de fer, comme disait Traube. Mais il n'en est ainsi qu'au cas où la tension diastolique est surélevée presque jusqu'au niveau de la tension systolique; dans le cas contraire, l'artère se soulève largement à chaque battement du cœur. Il est habituel que les parois artérielles soient fortement sinueuses. Quant aux chiffres fournis par le sphygmomanomètre chez les hypertendus, ils s'étagent entre 16 et 30 centimètres Hg (appareil de Riva-Rocci) ou entre 18 et 35 centimètres Hg (oscillomètre) pour la pression systolique, entre 10 et 18 centimètres Hg pour la pression diastolique. Martinet a observé une fois une pression minima de 19 chez un urémique asystolique; nous-même avons constaté le même chiffre chez un saturnin avec néphrite. Il est à noter que l'hypertension systolique et l'hypertension diastolique ne marchent pas nécessairement d'une manière parallèle : une forte hypertension systolique peut aller de pair avec une faible hypertension diastolique; l'inverse s'observe aussi. Ces diverses combinaisons méritent d'être distinguées, car il semble bien qu'à chacune d'elles corrrespondent des probabilités pronostiques particulières, la prédominance de l'hypertension diastolique exposant surtout à l'encombrement et à la défaillance du système veineux du cœur droit (Gallavardin, Martinet), la prédominance de l'hypertension systolique poussant davantage aux brusques fluxions organiques et aux ruptures artérielles.

L'exploration cardio-aortique montre un cœur augmenté de volume ; cette augmentation ne porte au début que sur le ventricule gauche qui est le premier à subir les effets de l'hypertension artérielle et s'hypertrophie avec une rapidité surprenante, comme l'a récemment montré le professeur Widal à l'aide de l'orthoradioscopie. Plus tard, le cœur tout entier souffre de l'état de la circulation; il en arrive tout entier à l'état d'hypertrophie avec dilatation, et son augmentation de volume est globale. A l'auscultation, deux symptômes de grande valeur sont habituellement réunis : le bruit de galop et l'accentuation du second bruit aortique qui prend un timbre retentissant. L'aorte ascendante est à la fois dilatée comme en témoigne la percussion et allongée comme le montre la palpation des espaces sus-sternal et sus-claviculaire. Les diverses modifications de volume du cœur et de l'aorte qui viennent d'être signalées sont mises en évidence avec une incomparable précision par l'orthodiagraphie : celle-ci met sous les yeux un développement considérable du contour gauche du cœur avec élargissement et allongement de l'aorte qui sont caractéristiques de l'hypertension (Vaquez et Bordet).

L'*état général* des hypertendus est fort variable. Certains conservent, pendant fort longtemps, une santé en apparence excellente avec une grande activité physique et intellectuelle, de l'euphorie, et même un véritable aspect pléthorique. D'autres, au contraire, présentent de bonne heure de la pâleur, de l'amaigrissement, de l'asthénie, voire même un véritable syndrome neurasthénique. M. Josué, à qui l'on doit une étude minutieuse de ce genre de symptômes est porté à les attribuer à des lésions artérioscléreuses commençantes qui restreignent l'irrigation sanguine des organes importants et placent ainsi l'organisme dans un état de fonctionnement imparfait.

Cet ensemble de symptômes, commun à tous les cas d'hypertension complète, n'est pas identique dans sa durée et son extension chez tous les sujets qui sont atteints de cette affection; aussi doit-on distinguer des *formes cliniques* de l'hypertension complète. Ces formes sont au nombre de trois :

1° *L'hypertension complète permanente.* — Celle-ci se rencontre principalement chez des sujets présentant des signes de sclérose rénale ou de diabète, parfois de ces deux affections simultanément ; mais il arrive que l'hypertension existe un certain temps seule et que l'albumine ou le sucre ne fassent leur apparition que secondairement. A partir du moment où le diabète ou la néphrite se sont installés, la symptomatologie devient extrêmement complexe par l'adjonction de manifestations toxiques multiples. Dans l'ensemble l'hypertension a dans cette forme une tendance à croître d'une manière lentement progressive, du moins tant que l'énergie du cœur se maintient intacte. Mais il s'en faut que cet accroissement de la tension se fasse toujours suivant une courbe parfaitement régulière. Dans nombre de cas, il se produit de temps à autre des crises de surhypertension paroxystiques greffées sur l'hypertension permanente qui constituent un très grave danger par le surmenage nouveau qu'elles infligent à un cœur déjà surchargé de travail. Presque toujours l'hypertension complète permanente se termine par la mort par un des mécanismes qui seront étudiés plus loin. Mais le terme fatal est extrêmement variable d'un sujet à l'autre. Une hypertension complète débutante entre trente et quarante ans, ce qui paraît être le cas le plus commun, peut amener la mort en quelques années; souvent aussi elle mène jusqu'à la cinquantaine. Certains sujets plus privilégiés la supportent jusque vers soixante ans. Enfin quelques-uns très rares vivent avec elle jusqu'à un âge avancé et nous avons personnellement observé un vieillard de soixante-dix-sept ans très fortement hypertendu et chez lequel l'hypertension paraissait avoir débuté vers la trentaine.

2° *L'hypertension complète paroxystique.* — En dehors des hypertensions passagères tentées sur une hypertension permanente, on rencontre des hypertensions paroxystiques intercalées entre des périodes de pression artérielle parfaitement normale : ceci s'observe surtout dans les premières

phases de l'intoxication saturnine chronique où les paroxysmes hypertensifs coïncident habituellement avec la colique de plomb, et au cours de la grossesse où ils font, d'ordinaire, cortège aux attaques éclamptiques. La symptomatologie de ces bouffées d'hypertension est le plus souvent réduite. Leur durée est habituellement courte. Ils sont loin d'être inoffensifs à cause de leur tendance à entraîner des accidents cérébraux graves le plus souvent du type convulsif (encéphalopathie, éclampsie). Mais si ces derniers viennent à être surmontés ou ne se produisent pas, le malade retrouve presque toujours rapidement un régime circulatoire normal. C'est cependant à la condition que les accès de forte tension ne se renouvellent pas trop souvent, car autrement le cœur s'hypertrophie rapidement et il se fait une rapide évolution vers l'hypertension définitive sur laquelle ont insisté Pal et Vaquez.

3° *L'hypertension partielle.* — Cette forme a été isolée par le professeur Teissier (de Lyon). Cet auteur admet que la surtension peut ne s'observer que soit dans le segment céphalique du corps, soit dans son segment thoracique, soit dans son segment abdominal. Chacune de ces modalités exposerait à des complications localisées dans le territoire seul hypertendu : artériosclérose cérébrale pour la forme céphalique, aortite et coronarite pour la forme thoracique, aortite abdominale pour la forme sous-diaphragmatique.

Ces conceptions ont donné lieu à de nombreuses discussions et laissent place à quelques incertitudes. Les constatations du professeur Teissier n'ont été faites qu'avec l'appareil de Potain, de sorte qu'on ne sait si les hypertensions partielles découvertes par lui sont complètes ou uniquement systoliques. Certains auteurs ont même mis en doute la réalité de leur existence en tant que phénomène pathologique et l'exactitude de leurs relations avec les phénomènes pathologiques que le professeur Teissier place sous leur dépendance. C'est ainsi que Ribierre, Pagniez, Heitz, van Bogaert, employant l'oscillomètre ou le sphygmomanomètre type Riva-Rocci, ont constaté que le fait de trouver la pression systolique plus élevée dans la pédieuse que dans la radiale (fait considéré par Teissier comme un signe de l'aortite abdominale) était un phénomène habituel et physiologique.

Ces constatations ont conduit divers cliniciens à révoquer en doute l'ensemble des données sur lesquelles repose la conception des hypertensions partielles. Il semble que ce soit aller trop loin. Les faits nouveaux versés au débat prouvent qu'il ne faudra plus à l'avenir admettre l'existence d'une hypertension partielle sans avoir pratiqué dans les diverses régions appropriées du corps des mensurations de pression comparatives bien précises, et faites avec des sphygmomanomètres donnant toutes garanties. Mais ils ne peuvent autoriser à rayer de la médecine une doctrine qui seule peut rendre compte de certains faits cliniques comme de certaines lésions anatomiques et qui est basée sur des constatations d'ordre physiologique dont l'exactitude ne saurait être mise en suspicion.

B. Causes de l'hypertension complète. — Peu de problèmes médicaux ont été et restent plus discutés que celui des origines de l'hypertension complète. Les solutions qui lui ont été proposées sont non seulement multiples mais encore parfois contradictoires. Il y a à cela une série de raisons ; mais parmi celles-ci une des plus importantes est qu'on a sans cesse mélangé les notions relatives à l'étiologie de l'hypertension complète et celles qui concernent sa pathogénie. Aussi ces deux sortes de notions serontelles soigneusement distinguées dans l'étude qui suit.

Au point de vue étiologique, il est incontestable que l'hypertension complète peut apparaître dans des circonstances très différentes. Dans une première série de cas, elle paraît se développer à la suite d'une maladie infectieuse ou toxique. Plusieurs intoxications exogènes lui donnent fréquemment naissance. Les deux plus importantes à cet égard sont incontestablement le saturnisme et l'alcoolisme.

Le rôle du premier de ces deux empoisonnements dans la production de l'hypertension complète est universellement admis et à juste titre. Mais il n'en est pas de même pour le second. Son influence hypertensive a été mise en doute, en raison notamment de la présence habituelle d'une pression artérielle abaissée chez nombre de grands éthyliques avérés. Cette remarque est complètement exacte mais ne saurait autoriser à supprimer l'alcool de la liste des poisons hypertenseurs. Au point de leur réaction à leur poison favori, les alcooliques se divisent en deux grands groupes. Les uns ne possèdent pas la faculté de le faire pénétrer sans troubles jusque dans leur circulation. Ceux de leurs organes que l'ingestion met les premiers en contact avec les liquides éthyliques (estomac et foie) souffrent immédiatement de leur imbibition par ceux-ci et sont bientôt atteints de lésions qui entravent profondément la nutrition de l'organisme et l'entraînent bien loin des conditions où peut se développer l'hypertension. En pareil cas, l'alcool est cachectisant et comme tel fatalement hypotenseur.

Mais chez d'autres sujets, il est parfaitement supporté par le tube digestif et par ses annexes. Dès lors l'alcool, facilement absorbé, pénètre en grande quantité dans un organisme floride et c'est alors que, tout naturellement, il fait apparaître progressivement le phénomène de l'hypertension complète.

L'intoxication tabagique est également de celles qui peuvent jouer un rôle dans la production de l'hypertension. Mais peut-être ce rôle a-t-il été exagéré, et, sauf sans doute pour quelques organismes prédisposés, la nicotine ne paraît être qu'un adjuvant à l'élévation anormale de la pression vasculaire.

Diverses auto-intoxications sont également souvent incriminables. Telles, d'une part, les intoxications goutteuses, urémiques, et diabétiques. Toutefois, il est à noter, que si, au cours de ces trois empoisonnements, l'hypertension artérielle est la règle, il n'est pas absolument démontré qu'elle soit engendrée par eux ; elle paraît souvent leur préexister et relever, en réalité, de la même cause qu'eux. L'intoxication gravidique est fréquemment l'origine

du développement de l'hypertension artérielle, par un mécanisme d'ailleurs extrêmement discuté. Il semble, en tout cas, que les transformations de l'activité génitale chez la femme poussent facilement à l'hypertension, car il est également commun de voir ce trouble se produire à la ménopause.

Il est des infections aiguës qui peuvent être le primum moyens de l'hypertension : la plus redoutable à cet égard est certainement la scarlatine par l'intermédiaire des inflammations rénales qu'elle détermine, mais une autre pyrexie quelconque peut occasionnellement avoir les mêmes conséquences. Le même pouvoir appartient aussi à quelques infections chroniques. Au premier rang de celles-ci, doit être placée la syphilis qui contribue dans une mesure beaucoup plus large qu'il n'est généralement admis à l'élévation permanente de la pression vasculaire. La question de savoir si la tuberculose peut parfois avoir la même influence a été débattue. Il semble qu'elle le puisse, mais dans des cas exceptionnels où elle produit simultanément, dans les deux reins, de lentes lésions scléreuses sans altérer la santé générale.

Chez d'autres sujets, l'hypertension complète se trouve réalisée sans qu'on puisse rattacher son apparition à un passé pathologique manifeste. Dans ces cas cependant, une enquête approfondie fera retrouver, en dernière analyse, l'intervention d'une des causes ci-dessus énumérées. Le médecin devra se rappeler qu'il en est certaines que le malade n'aime point à reconnaître dans ses antécédents : la syphilis, notamment. Parfois, pourtant, aucune affection antérieure ne pourra être découverte. C'est pour ces cas, qu'a été créée la théorie qui impute l'hypertension artérielle à une sédentarité excessive combinée à une alimentation trop riche et surtout trop abondante en viande. De fait, il y a là un facteur dont l'importance paraît très réelle.

A l'issue de cette énumération, il convient de rappeler que les diverses causes d'hypertension qui viennent successivement mentionnées ne s'excluent nullement ; le passé pathologique d'un assez grand nombre d'hypertendus est très chargé et l'état anormal de leur système circulatoire résulte de la collaboration de facteurs multiples.

Cette liste des différents états pathologiques qui peuvent donner naissance à l'hypertension artérielle, une fois établie, il reste à déterminer le mécanisme par lequel ils élèvent la pression sanguine. C'est là une étude plus délicate encore que la précédente. Dans l'histoire de l'hypertension artérielle, le chapitre qui a donné lieu aux discussions les plus nombreuses et qui renferme les théories les plus diverses et les plus contradictoires est en effet celui de la pathogénie. On conçoit d'ailleurs qu'il en soit ainsi étant donnés d'une part la multiplicité et la dissemblance des facteurs étiologiques qui haussent la pression, et d'autre part les résultats de l'expérimentation. Celle-ci est, en effet, parvenue à réaliser l'hypertension par toute une série de moyens : excitation de telle ou telle partie du système nerveux central ou périphérique, entrave apportée au libre écoulement du sang par la périphérie du système aortique, obstacle mis à la fonction filtrante des reins, exagération du fonctionnement des glandes à sécrétions internes ayant le rôle physiologique de mettre en circulation dans le sang des principes vaso-constricteurs. Chacune de ces manières artificielles d'élever la tension vasculaire a été considérée par quelques auteurs comme jouant le principal rôle dans la détermination de l'hypertension artérielle de l'homme et il en est résulté une confusion facile à concevoir en ce qui concerne la pathogénie de ce phénomène.

Il semble qu'on puisse réduire considérablement cette confusion en envisageant séparément le mécanisme producteur de l'hypertension paroxystique et celui de l'hypertension permanente.

Pour l'hypertension paroxystique, l'accord est en effet relativement facile à faire entre les diverses doctrines en présence. Il n'existe pas entre elles d'antagonisme absolu. Toutes attribuent au phénomène considéré des causes diverses. Elles le rapportent tantôt à une lésion anatomique (lésion rénale passagère, lésion irritative des surrénales), tantôt à un simple trouble fonctionnel soit diminuant le fonctionnement du rein soit augmentant celui des surrénales, soit provoquant un spasme artériolaire étendu par le moyen d'une intoxication momentanée ou par celui d'une excitation énergique de telle ou telle partie du système nerveux. Les discussions portent sur l'importance dù rôle joué par chacun de ces facteurs, mais la réalité de leur intervention alternative n'est en aucun cas mis en doute.

Il en est tout autrement pour l'hypertension complète permanente ; ici l'irréductibilité, la fixité du phénomène empêchent qu'on puisse attribuer sinon son origine du moins sa perpétuation à une cause dynamique. Une lésion anatomique est seule admissible comme cause, et il a paru à de nombreux auteurs que la lésion commandant un phénomène aussi immuable, aussi constamment semblable à lui-même que l'hypertension permanente devait être unique et toujours la même. Mais, par malheur, ils ne se sont point accordés sur le siège ni la nature de cette lésion. De là la constitution de théories exclusives et irrémédiablement adverses, qu'on peut ramener à trois principales :

1° *Théorie rénale.* — D'après Potain et à sa suite la majorité des auteurs classiques, une lésion bilatérale diffuse et définitive des reins est la condition sine qua non de l'hypertension permanente. Cette lésion pourrait, d'ailleurs, ne révéler son existence par des symptômes appréciables que longtemps après l'établissement de l'hypertension permanente. Elle élèverait la pression pour les uns mécaniquement en restreignant la perméabilité du rein à la partie liquide du sang, pour les autres en imprégnant l'organisme de produits toxiques vaso-constricteurs.

2° *Théorie de l'artériosclérose périphérique.* — Elle rapporte l'hypertension permanente à une intoxication longtemps prolongée, de nature d'ailleurs variable, amenant d'abord du spasme puis une sclérose généralisée des artérioles, d'où écoulement difficile du sang dans les veines et augmentation de

pression dans le système aortique à la fois par encombrement hématique et par rétention de principes toxiques vaso-constricteurs.

D'après cette conception, l'hypertension artérielle serait donc fonctionnelle au début, lésionnelle par la suite.

3° *Théorie surrénale.* — Fondée par M. Vaquez, adoptée par M. Josué et corroborée par lui, elle place le point de départ de l'hypertension dans une lésion des capsules surrénales amenant l'hyperfonctionnement de ces petits organes et la présence permanente dans le sang d'un excès des substances vaso-constrictives qu'ils ont pour mission de sécréter afin de maintenir le tonus vasculaire.

Si l'on examine successivement le pour et le contre de ces trois théories, deux faits se détachent. En premier lieu, chacune a à son actif des faits et des arguments qui paraissent irréfutables. Ainsi, pour ne parler que des constatations cliniques favorables à la théorie rénale, il est indéniable qu'une néphrite peut être l'origine de l'hypertension artérielle. La chose est délicate à démontrer si l'on envisage les néphrites chroniques d'emblée. Mais on voit souvent des sujets jusque-là pourvus d'une pression artérielle absolument normale, et qui, dès le premier jour où ils sont pris d'une néphrite aiguë voient l'hypertension s'établir chez eux pour ne plus les quitter si leur inflammation rénale évolue vers la sclérose.

Il n'est pas moins certain que l'hyperfonctionnement des surrénales puisse dérégler de la même manière l'appareil circulatoire. Il existe dans la littérature médicale des faits anatomo-cliniques où cette lésion était la seule capable d'expliquer la présence de l'hypertension : tels ceux de Widal et Boidin, ceux de Ménétrier. Non moins convaincantes sont les expériences faites avec les produits surrénaux dont Josué a été l'initiateur.

Enfin, il paraît aussi hors de doute que l'hypertension puisse résulter de lésions artérielles entraînant le libre écoulement du sang dans les veines. L'action hypertensive d'un obstacle de cet ordre est prévue par la simple logique. Elle est entièrement confirmée par les expériences de Josué, de Biedl et Braun.

Ainsi, les trois théories en présence peuvent toutes se prévaloir d'arguments qu'il n'est guère possible de réfuter.

D'autre part, aucune d'elles ne semble pouvoir être généralisée. Des faits, dans lesquels les surrénales étaient uniquement lésées viennent d'être cités ; il en est d'autres où le rein seul était altéré, et d'autres où une maladie des petites artères constituait l'unique désordre constatable. On est donc conduit à admettre qu'aucune des trois lésions dans chacune desquelles on a voulu successivement placer la cause constante de toute hypertension artérielle ne mérite d'occuper une place aussi considérable en pathologie. Chacune peut être dans certains cas le primum movens de l'hypertension artérielle ; et il est probable qu'une fois constituée elle crée souvent les autres, si bien que, ayant à son origine une cause unique, l'élévation de la pression vasculaire se trouve en avoir plusieurs à l'état adulte. En effet, pour ne citer qu'un exemple, lorsque le rein est le point de départ de l'hypertension, il en résulte bientôt une intoxication qui oblige les surrénales à l'hyperplasie et à l'hyperfonctionnement en vertu de leur rôle antitoxique, et du même coup développe aussi leur fonction angiotonique et hypertensive. Parallèlement, les artérioles, mises en état de surmenage permanent et soumises à l'action toxique des poisons non éliminés par le rein et à celle de l'adrénaline en excès dans le sang, dégénèrent et leur sclérose vient aggraver l'hypertension. Celle-ci doit donc être finalement considérée comme une manifestation dont le point de départ est variable et dont la perpétuation est commandée par le vice de fonctionnement de divers organes et particulièrement des trois appareils précités. En d'autres termes les trois théories de l'hypertension permanente complète doivent s'additionner et non s'opposer.

c. Pronostic et complications de l'hypertension complète. — Tout sujet atteint d'hypertension complète est exposé à de graves dangers, d'autant plus menaçants que l'élévation de la pression est plus accentuée et plus prolongée. Le moment où ils se réaliseront varie énormément d'un sujet à l'autre. Ils peuvent ne jamais dépasser l'état de menace ; c'est une éventualité malheureusement rare. Ils peuvent être tardifs, ils peuvent aussi, et il en est ainsi fréquemment, se réaliser de bonne heure et même dès les premiers jours de l'hypertension.

La légitimité des rapports de cause à effet entre l'hypertension et ces accidents a été très fortement discutée. Il est certain que, étant donnée la multiplicité des causes toujours prêtes à produire des phénomènes pathologiques chez les hypertendus, la filiation des troubles présents chez eux est des plus délicates à établir. Néanmoins, nombre de leurs misères semblent bien être dues à l'élévation même de la tension sanguine, car elles sont créées avec une régularité impressionnante par les crises hypertensives passagères, disparaissent avec elles et, parfois, peuvent être supprimées presque instantanément par une médication ayant pour principal effet de déterminer une brusque et profonde hypertension.

D'ailleurs, fût-il démontré que l'ensemble d'accidents associés à l'hypertension ne sont point engendrés par celle-ci, ils n'en mériteraient pas moins de lui rester attachés au point de vue pratique, car tout hypertendu en est menacé, la constatation de l'hypertension permet de les prévoir et, parfois, de les éviter et, à ce titre, ils apparaissent vraiment comme en étant les complications.

On peut schématiquement diviser ces accidents en quatre catégories :

1° *Complications par déchéance vasculaire.* — Les ruptures vasculaires sont fréquentes au cours de l'hypertension pour la double raison que les artères y sont soumises à une distension excessive et présentent de graves lésions de leurs parois ainsi qu'il sera indiqué plus loin. Ces ruptures peuvent affecter des vaisseaux d'un certain calibre, le plus souvent, une artère cérébrale ou méningée, d'où la produc-

tion de foyers hémorragiques, ou, quelquefois, de gros troncs comme l'aorte. Il est également fréquent qu'elles portent sur les capillaires. Ainsi se produisent surtout l'épistaxis, plus rarement le purpura, l'hémoptysie, l'hématémèse ou le mélæna. Certains hypertendus sont atteints d'une véritable diathèse hémorragique et, parfois, la compression de leur bras par un simple brassard de Riva-Rocci suffit à faire apparaître localement une éruption purpurique. Au point de vue de leur abondance ces hémorragies peuvent offrir tous les degrés : ainsi pour l'hémorragie méningée on voit toutes les formes depuis l'hémorragie goutte à goutte (épistaxis méningée de Vaquez et Esmein) jusqu'à l'inondation sanguine des méninges immédiatement mortelle.

Les dégénérescences vasculaires sont non moins fréquentes. Par un mécanisme discutable, mais qui aboutit à un résultat incontestable, l'hypertension constitue un terrain sur lequel se développent avec une extrême prédilection l'athérome et l'artériosclérose. Il serait impossible d'énumérer ici les innombrables manifestations qui en peuvent résulter et qui sont d'autant plus nombreuses que la sclérose vasculaire devient à son tour la source de nouvelles complications telles que poussées d'artérite aiguë, embolies, ectasies, etc.

2° *Complications par déchéance cardiaque.* — Celles-ci sont moins fréquentes que les complications vasculaires. L'hypertension cherche à forcer le système cardio-vasculaire à la fois dans son centre et dans sa périphérie : c'est l'un ou l'autre qui cède. La défaillance du cœur peut se manifester sous des formes diverses. Tantôt elle apparaît sous la figure d'arythmies. Il n'est aucune variété d'irrégularité cardiaque qui soit étrangère à l'hypertension. Mais les plus communément observées sont les extrasystoles, les paroxysmes de tachycardie évoluant souvent vers l'arythmie complète, enfin le pouls alternant. Des lésions valvulaires aortiques ou mitrales s'installent souvent chez les hypertendus, tantôt par simple dilatation d'un orifice du cœur qui cède à l'excès de pression, tantôt par localisation sur une valvule du processus athéromateux concomitant. Ces insuffisances fonctionnelles, aussi bien que les arythmies sont d'un mauvais augure ; elles constituent l'indice que le malade est entré dans la phase par laquelle passe tout hypertendu dont le cœur faiblit et dans laquelle on voit décroître progressivement l'hypertension maxima sans que l'hypertension minima suive la même courbe. Or, au bout de cette évolution se trouve l'asystolie, soit partielle atteignant alors, soit le cœur gauche (accès angineux, dyspnéiques, œdème du poumon), soit le cœur droit (hépatomégalie douloureuse), soit totale, d'allure subaiguë, aiguë ou chronique.

3° *Accidents transitoires sans lésion organique appréciable.* — Sous ce titre, on peut réunir et décrire une série de manifestations dissemblables mais ayant le caractère commun d'être très particulières aux hypertendus fréquentes chez eux et d'être extrêmement passagères et presque immédiatement influencées par le traitement hypotenseur. La pathogénie de ces désordres n'est pas complètement élucidée. Une des théories les plus plausibles consiste à les rapporter à un spasme étendu à toutes les artérioles d'un organe mettant momentanément celui-ci hors d'état de fonctionner pour cause d'anémie aiguë.

Ces manifestations peuvent se réaliser dans les organes les plus divers. Certaines crises de vomissements douloureux, certaines crises de spasme intestinal, la colique de plomb même leur ont été attribuées. Certaines variétés d'angine de poitrine, l'œdème aigu du poumon, quelques cas d'asphyxie passagère des extrémités leur ont été imputés. Mais, c'est au niveau du système nerveux qu'ils se produisent avec la plus grande prédilection. Souvent alors ils prennent la forme d'accès convulsifs identiques à l'épilepsie jacksonnienne, ou plus souvent à la grande crise généralisée d'épilepsie essentielle. Il semble, d'après les travaux de M. Vaquez, que l'éclampsie ne soit qu'une variété de ces crises convulsives.

L'amaurose transitoire constitue un accident du même ordre, particulièrement saisissant surtout lorsqu'en quelques instants une inhalation de nitrite d'amyle, qui abaisse la pression, fait instantanément reparaître la vision (cas de Rist et Bornait-Legueule). L'hémianopsie, la diplopie peuvent remplacer l'amaurose transitoire.

Des bourdonnements d'oreille, diverses sortes de vertiges, des crises de céphalée prenant parfois le type de la migraine ophtalmique peuvent aussi compliquer passagèrement l'hypertension.

Diverses variétés d'aphasie transitoire appartiennent encore au même groupe d'accidents, comme aussi des troubles délirants du genre actif ou du genre dépressif. Le coma même a pu être observé dans des conditions identiques.

L'évolution de ces diverses manifestations est variable. Il en est qui ont coutume de disparaître rapidement sans laisser aucune trace de leur passage : tels les troubles oculaires ou les crises céphalalgiques. Les autres, et particulièrement les troubles convulsifs délirants ou comateux, sont susceptibles de se comporter de même, mais plus ordinairement ils constituent le signe avant-coureur d'un état grave, parfois même de la mort.

4° *Complications par infections secondaires.* — Elles sont fréquentes chez les anciens hypertendus qui parviennent jusqu'à la phase où leur cœur tombe dans une déchéance lentement progressive, et où la cachexie s'installe chez eux. A ce moment se produisent avec la plus grande facilité des inflammations des séreuses pleurale, péricardique et péritonéale, sèches ou avec épanchement, qui parfois ont une évolution aiguë et rapidement mortelle, mais parfois aussi prennent d'emblée une marche chronique et peu bruyante qui aboutit à un processus de symphyse plus ou moins étendu. Ces phlegmasies séreuses ne sont pas attribuées par tous les auteurs à des infections secondaires : certains les ont considérées comme d'ordre toxique ou dyscrasique. Ce qui rend la première opinion plus vraisemblable, c'est qu'on voit ces inflammations se développer à côté d'inflammations viscérales dont l'origine micro-

bienne ne paraît pas douteuse ; ainsi certaines pneumococcies et diverses localisations tuberculeuses.

d. Traitement de l'hypertension complète. — Ce traitement paraît, à première vue, devoir être fort simple. Il semble en effet que l'indication majeure soit de ramener à la normale la pression artérielle surélevée, et, à lire la longue liste des moyens qui ont été proposés comme capables de conduire à ce but, il semble qu'il n'y ait qu'à choisir pour y parvenir.

Des vertus hypotensives ont été attribuées à toute une série de médicaments. Les uns feraient tomber presque immédiatement la pression : tels les substances du groupe des nitrites (nitrite d'amyle, trinitrine, nitrite de soude), l'extrait de gui, le chloral et le chloroforme. En cas d'urgence une très forte saignée pourrait avoir le même effet. D'autres drogues prétendent à une action hypotensive plus lente ; ainsi, les iodures alcalins, le silicate de soude, les extraits thyroïdiens pour certains auteurs, les purgatifs hydragogues.

Certains régimes alimentaires ont été également considérés comme combattant efficacement l'hypertension, notamment le régime déchloruré, les régimes où la quantité des boissons est considérablement réduite, le régime lacté, le régime lacto-végétarien.

Enfin, la physiothérapie fournit une longue liste d'hypotenseurs parmi lesquels on peut citer : 1° le massage abdominal ; 2° les bains sous diverses formes : bains d'eau chaude, bains carbo-gazeux de Royat, bains d'étuve sèche ou humide, bains de chaleur obscure ou lumineuse ; 3° les courants de haute fréquence ; 4° l'irradiation de la région surrénale par les rayons X ; 5° les cures hydro-minérales diurétiques d'Evian, Contrexéville ou Vittel.

Il semble donc que le médecin soit merveilleusement armé pour triompher de l'hypertension. En réalité, les choses sont beaucoup plus complexes. L'efficacité de beaucoup des moyens précités est loin d'être démontrée. Elle est fort difficile à apprécier, car beaucoup d'hypertensions n'ont rien de fixe, elles varient de degré d'un jour à l'autre, et peuvent être modérées par des facteurs dont on ne pense point à tenir compte, tels que le repos intellectuel et physique, et particulièrement le repos au lit qui est souvent prescrit aux hypertendus. Enfin, les cas d'hypertension sont fort dissemblables et, pour des raisons qui seront exposées plus loin, il n'est pas certain que dans tous la recherche de l'hypotension constitue un but qu'il est souhaitable de rechercher.

Pour ces diverses raisons, il est impossible de donner un traitement schématique applicable à toutes les variétés d'hypertensions, et il est plus profitable d'étudier successivement quelle est la conduite à tenir dans les principales situations en présence desquelles le médecin peut se trouver lorsqu'il a affaire à un sujet dont la pression est exagérée.

Il est nécessaire de distinguer d'abord le cas de l'hypertension paroxystique et celui de l'hypertension permanente. Dans la première de ces deux éventualités, il y a opportunité, et il ne peut y avoir qu'avantage à intervenir immédiatement. Une hypertension récemment apparue chez un sujet dont la circulation se fait ordinairement de manière normale place l'appareil cardio-vasculaire dans une situation imprévue, complètement nouvelle pour lui et il y a tout intérêt à la faire cesser d'urgence. On aura donc recours, sans hésiter, aux médications les plus capables d'abaisser promptement la tension. Le malade, immobilisé au lit, ne recevra qu'une alimentation réduite, lactée, ou même sera astreint à la diète aqueuse. Il lui sera administré, soit une substance du groupe des nitrites (ampoules de nitrite d'amyle en inhalation, solution alcoolique à 1/100 de trinitrine à doses de x, xx ou même xxx gouttes par jour, nitrite de soude à doses de 5 à 10 centigrammes) ou de l'extrait de gui à la dose de 10 à 50 centigrammes, ou encore du chloral à la quantité de 3 ou 4 grammes pro die. Si ces moyens ne suffisent pas, on sera autorisé à l'emploi des purgatifs drastiques, ou à celui d'une abondante saignée. Une dernière ressource pourrait être fournie par l'inhalation d'un anesthésique général : chloroforme ou éther. Elle a été employée fréquemment dans l'hypertension éclamptique avec d'heureux effets sur les phénomènes convulsifs et parfois aussi sur l'hypertension, mais elle comporte de graves risques qui doivent ne la faire accepter qu'en cas de nécessité absolue.

Tous les cas d'hypertension permanente ne peuvent être justiciables de la même thérapeutique. Un premier groupe de malades ne sont atteints d'aucune complication et ne paraissent menacés par aucune. La principale question à résoudre chez eux consiste à décider s'il faut néanmoins chercher une brusque diminution de leur tension sanguine par les moyens rapides qui viennent d'être énumérés. C'est là une pratique dont on doit se garder à tout prix. Les divers hypotenseurs d'urgence n'ont qu'une action extrêmement transitoire. Logiques dans une crise hypertensive qui doit spontanément cesser bientôt, et où il ne s'agit que d'aider le malade à traverser un passage difficile, ils sont illogiques dans l'hypertension permanente où il faudrait, pour pouvoir espérer d'eux une réduction de pression durable, prolonger, jusqu'à perte de vue de leur emploi, ce qui aurait de graves et multiples inconvénients. D'ailleurs, à supposer même qu'on obtînt d'eux l'hypotension durable, il n'est nullement certain que le malade aurait à se louer de cette modification. L'organisme des hypertendus chroniques est, d'ordinaire, irrémédiablement habitué à sa pression trop élevée. Celle-ci est devenue, pour lui, comme une seconde nature ; elle est nécessaire pour que le sang circule à travers les artérioles mal perméables, pour que le rein scléreux et demi-bouché puisse accomplir sa fonction dépuratrice ; aussi le retour de la pression à la normale risquerait-il fort de produire un état d'insuffisance cardiaque et rénale qui serait très difficilement combattu. Il faut donc respecter, dans une certaine mesure, une hypertension artérielle bien tolérée. On doit surtout s'appliquer à maintenir l'équilibre assez instable de ceux qui en sont atteints en combattant la cause de l'hypertension et en rédui-

sant au minimum la tâche des organes qu'elle a détériorés.

Dans ce programme, l'hygiène doit jouer le principal rôle puisque souvent l'hypertension a pour cause première une intoxication, que toujours elle est entretenue et aggravée par l'auto-intoxication consécutive au mauvais fonctionnement des émonctoires qu'elle provoque presque fatalement. Aussi est-il nécessaire d'ordonner aux hypertendus chroniques un régime alimentaire à base de laitage et de végétaux, très peu abondant en viande, sans viande faisandée ou salée. Les excitants capables de produire du spasme vasculaire, café, thé, boissons alcooliques fortes, en seront absolument exclus. Les malades se désaltéreront avec une eau légèrement additionnée de vin, ou, mieux, pure ; ils alterneront de l'eau ordinaire et les eaux diurétiques d'Evian, Vittel, ou Contrexéville. Une vie régulière et calme ne sera pas moins importante, avec des exercices physiques modérés, mais chaque jour répétés, qui auront l'avantage de stimuler la circulation périphérique et de diminuer ainsi le travail du cœur.

Quelles médications faut-il adjoindre à ces moyens hygiéniques ? Parmi les pratiques de physiothérapie on peut d'abord recommander toutes les méthodes stimulant les fonctions cutanées et agissant sur la circulation comme l'exercice physique : ainsi les bains simples ou mieux carbo-gazeux, les frictions alcooliques, le massage abdominal. Quant aux cures hydrominérales, dans les stations déjà indiquées, ce sont des moyens précieux, mais qui ne peuvent être employés que chez les malades peu avancés dans l'hypertension. Ils risqueraient de ne pas être inoffensifs dans les cas où le cœur est fléchissant ou le rein mal perméable. Les courants de haute fréquence ont été chaudement préconisés. Les recherches de M. Vaquez, de M. P. Teissier semblent montrer cependant, qu'ils n'exercent point d'influence nette sur la tension vasculaire. Mais on ne saurait leur refuser une action sédative générale dont peuvent bénéficier sérieusement les malades, et également une réelle action suggestive favorable. L'irradiation radiothérapique des capsules surrénales constitue une méthode fort intéressante, mais trop récente pour qu'on en puisse actuellement juger la valeur.

Parmi les médicaments proprement dits qu'on a conseillés d'administrer systématiquement aux hypertendus chroniques bien compensés, ceux qui de beaucoup ont eu la plus grande vogue sont les iodures. L'utilité de leur emploi est aujourd'hui fortement discutée. Nombre d'auteurs les tiennent pour inactifs ; d'autres, avec M. Martinet, les considèrent même comme dangereux chez tous les hypertendus dont le rein ou le cœur sont affaiblis, ou qui présentent une tendance aux hémorragies. L'administration systématique des iodures aux hypertendus paraît donc peu recommandable, mais il est une circonstance où ils reprennent toute leur utilité ; c'est celle où l'élévation de la pression sanguine reconnaît une origine syphilitique. Alors une cure prolongée par l'iodure de potassium à petites doses (0g50 à 1 gramme par jour pendant trois semaines consécutives) rendra de réels services. L'adjonction à ce remède d'autres antisyphilitiques a été plus discutée. Il semble cependant que le mercure, manié avec prudence, soit assez avantageux, mais le 606 paraît dangereux (Josué). L'administration de l'iodure n'est donc pas à généraliser chez les hypertendus. Il est préférable de le remplacer par l'usage prolongé de la théobromine à doses de 1g50 par jour, et par l'emploi fréquemment renouvelé des purgatifs hydragogues : c'est-à-dire de lui substituer les divers médicaments amenant des spoliations hydriques un peu considérables.

Lorsque, au lieu d'avoir affaire à un hypertendu bien compensé, on se trouve en présence d'un hypertendu atteint ou immédiatement menacé d'une complication, il faut modifier la thérapeutique, et cela dans un sens qui varie suivant la nature du danger auquel il faut parer. A cet égard, deux grandes éventualités sont à distinguer. Si le malade est aux prises avec une complication par excès, c'est-à-dire due à la poussée violente de l'hypertension sur les vaisseaux (hémorragies, fluxions viscérales subites, accidents transitoires nerveux), la même conduite est à tenir que dans l'hypertension paroxystique. Le danger est imminent, il s'agit d'aller au plus pressé et d'abaisser la pression coûte que coûte.

En présence d'un sujet atteint au contraire d'une complication par défaut, c'est-à-dire chez lequel l'hypertension a amené une défaillance de l'appareil circulatoire, le traitement devient celui de l'insuffisance cardiaque : régime lacté, parfois même diète hydrique avec restriction de la quantité de liquide (Martinet et Heckel), puis ultérieurement régime déchloruré, purgations, saignée. L'administration de la digitale dans ce cas a été vivement discutée, dans la crainte que ce médicament ne vienne à surélever une tension vasculaire déjà trop haute. Potain avait déjà fait justice de cette opinion, et les travaux concordants de Vaquez, de Josué, de Martinet ont bien montré que la digitale donne d'excellents résultats dans l'asystolie par hypertension, ou, loin d'être hypertensive, elle abaisse souvent la pression systolique et presque toujours la pression diastolique. Les préparations strophantiques donnent également de bons résultats.

PRATIQUE MÉDICALE

COMPLICATIONS DE LA COQUELUCHE

Nous laisserons de côté les conséquences mécaniques de la quinte qui sont plutôt des symptômes que des complications de la coqueluche, et, parmi ces dernières, les complications inflammatoires broncho-pulmonaires et les complications d'ordre infectieux doivent surtout retenir l'attention.

La coqueluche est l'une des maladies de l'enfance qui se compliquent le plus fréquemment d'inflammations broncho-pulmonaires. C'est généralement en pleine période d'état que ces accidents éclatent; ils sont très rares aux autres périodes. La trachéo-bronchite est fréquente, mais bénigne, la bronchite capillaire et la broncho-pneumonie se montrent dans un sixième des cas et sont presque toujours mortelles. La congestion pulmonaire et la pneumonie sont graves, mais rares. Le pronostic est d'autant plus sévère que les enfants sont plus jeunes.

Il faut savoir que le début de ces complications est toujours

plus ou moins insidieux. On devra donc ausculter très souvent le malade et tenir le plus grand compte des élévations de la température. Même en l'absence des signes physiques, elles annoncent, presque à coup sûr, une complication broncho-pulmonaire. Il est déjà très difficile, sinon impossible, d'arrêter ces manifestations infectieuses quand on les diagnostique. Aussi, est-il maintenant classique d'instituer contre toute coqueluche, en même temps que le traitement sédatif des quintes (belladone, pantopon, sirop, bromure, etc.), une médication prophylactique. Celle-ci est représentée par les agents de désinfection broncho-pulmonaire, et en première ligne par le sirop Roche au thiocol. On en fait prendre aux enfants une à deux cuillerées à café par an d'âge jusqu'à quatre et cinq cuillerées à café en se souvenant d'ailleurs que ce médicament n'a pour ainsi dire aucune toxicité et que, dans certains cas, on peut augmenter la dose. Il paraît avoir sur les quintes elles-mêmes une heureuse influence, non par des effets antispasmodiques directs qu'il ne possède pas, mais par une modification favorable de l'état congestif et septique amenant par suite une diminution des quintes.

Ce sont ces propriétés particulières au sirop Roche au thiocol qui le font également prescrire dans la coqueluche, comme moyen prophylactique des complications d'ordre infectieux. Il s'agit ici de la pleurésie et des infections secondaires qui peuvent amener des bronchites tenaces et il s'agit aussi dans une certaine mesure de la tuberculose. La désinfection pulmonaire qui s'opère sous l'influence du remède est donc un bon moyen de prophylaxie générale pour le poumon, et d'après les statistiques la proportion des broncho-pneumonies observées habituellement (1/6 des cas) tombe par ce traitement à 1 p. 20.

DILLON.

LIVRES NOUVEAUX

Manuel de bactériologie (1), par MM. LEHMANN et NEUMANN. Edition française par M. André Philibert.

MM. Lehmann et Neumann ont voulu établir une classification naturelle des bactéries; ils ont étudié dans leur manuel les diverses propriétés biologiques des microbes, et se sont efforcés d'en préciser les moindres caractères permettant de les rapprocher les uns des autres et d'homologuer des espèces décrites sous des noms différents. Cette coordination, fruit d'un travail considérable, rendra de réels services aux bactériologistes désireux de déterminer une espèce bactérienne incidemment rencontrée.

Il faut donc savoir gré à M. Philibert d'avoir assumé la tâche ingrate de traduire ce manuel, mais aussi, et surtout, d'avoir fait les additions que rendait indispensables le parti pris des auteurs allemands d'ignorer les travaux des bactériologistes français.

L. LE SOURD.

(1) Un vol. in-18. — Prix : 14 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de thérapeutique clinique et de pharmacologie, par H. ZILGIEN. Un vol. de 564 pages. — Paris, Maloine.

La Dactyloscopie des régions anatomiques. I. *Le Pied*, par le docteur JOLAND. Une broch. de 39 pages. — Paris, Maloine.

Diagnostic ophtalmoscopique d'après des reproductions types de fonds d'yeux avec examen spécial des cas importants de médecine générale pour les médecins et les étudiants, par le docteur C. ADAM. Fasc. 1 et 2. — Paris, Gittler.

Les Colites. Leur traitement chirurgical, par ESTOR et ETIENNE. Une broch. de 132 pages. — Paris, Gittler.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de Chirurgie d'urgence, par Félix LEJARS, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, membre de la Société de chirurgie. 7e édition revue et augmentée. Un vol. gr. in-8° de 1170 pages avec 1086 figures dans le texte et 20 planches hors texte. — Prix : relié toile, 30 francs; relié en 2 volumes pouvant être expédiés par la poste, 35 francs. — Paris, Masson et Cie.

Précis de Pathologie interne, par MM. G.-M. DEBOVE, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Paris, professeur de clinique, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, et A. SALLARD, ancien interne des hôpitaux de Paris. 2e édition, entièrement refondue. Deux forts vol. in-18 colombier d'ensemble 2000 pages, contenant de nombreuses figures dans le texte et 4 planches en chromolithographie hors texte. — Prix, cartonnés : 24 francs. — Paris, J. Lamarre et Cie.

L'Anatomie sur le vivant (anatomie de surface). Guide pratique des repères anatomiques, par le docteur AUBARET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux. 1 vol. in-8 de 136 pages avec 54 photographies. — Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Massage théorique et pratique. La méthode indirecte, par L. COLOMBANI. Un vol. in-18 de 325 pages avec 29 figures. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Legrand.

Thérapeutique des cliniques de la Faculté de Paris, publiée sous la direction de M. LAIGNEL-LAVASTINE. Un vol. de 1423 pages. T. II. — Paris, Gittler.

Sécurité des sexes. Plus de contagion ni d'avortement (14e mille), par le docteur BOUGLÉ. Un vol. de 330 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Jules Rousset.

Léonard de Vinci, physiologiste, par le docteur Henri VERDIER. In-8 de 88 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, J. Rousset.

La Métallothérapie colloïdale, par Emm. POZZI-ESCOT, avec la collaboration de L. Pozzi-Escot. In-18 de 100 pages de la Collection « Les Actualités chimiques et biologiques ». — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Jules Rousset.

La Práctica de la medicación ocitócica (*Consultas médicas francesas*, cuaderno 59), por el doctor G. KEIM, antiguo interno de los hospitales de Paris. — Paris, Poinat.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 10 francs par an.
Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hopitaux. — Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 2 mars 1914, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au service du personnel de l'Administration de l'assistance publique, de dix heures à trois heures, du lundi 2 février au samedi 14 du même mois inclusivement.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 16 janvier. — Question donnée : « Canal inguinal. — Signes et diagnostic de la grossesse au cinquième mois. »

MM. Regnauld de la Soudière, 12 + 19 = 31 ; Bertaux (André), 14 + 20 = 34; Lauret, 13 + 21 = 34; Durand (Jacques), 15 + 21 = 36; Lempérière, 15 + 22 = 37; Bourgeois (Maurice), 15 + 20 = 35; Blum, 16 + 22 = 38; Duroselle, 17 + 23 = 40; Mouquin, 15 + 23 = 38; Furet, 15 + 18 = 33.

Séance du 17 janvier. — Question donnée ; « Artères de la main. — Panaris. »

MM. Cochez, 9 + 19 = 28; Galliot, 15 + 18 = 33; Wroczynski, 12 + 17 = 29; Lamare, 16 + 23 = 39; Huc, 15 + 22 = 37; Chatenoud, 10 + 17 = 27; Legras, 13 + 24 = 37; Forestier, 14 + 21 = 35; Humbert, 14 + 22 = 36; Moutier, 15 + 20 = 35.

— Concours d'internat en pharmacie. — Un concours pour la nomination aux places d'élève interne en pharmacie, vacantes au 1er juin 1914 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le jeudi 5 mars 1914, à dix heures du matin, dans l'amphithéâtre de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices, 47, quai de la Tournelle.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à trois heures, depuis le lundi 19 janvier jusqu'au samedi 14 février inclusivement.

LES NOUVEAUX INSTITUTS DE PUÉRICULTURE. — L'Assistance publique vient de créer à Paris onze instituts de puériculture. Ces instituts sont ouverts dans les services de MM. le professeur Ribemont-Dessaigne, à Beaujon; le professeur Bar, à la clinique Tarnier ; le docteur Doléris, à Saint-Antoine; le docteur Variot, à l'hospice des Enfants assistés ; le docteur Bonnaire, à la Maternité ; le docteur Boissard, à Lariboisière ; le docteur Lepage, à Boucicaut; le docteur Tissier, à la Charité ; le docteur Potocki, à la Pitié ; le docteur Demelin, à Saint-Louis; le docteur Bouffe, à Tenon.

Ces instituts de puériculture placés sous le contrôle et la direction de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris prendront le nom de l'établissement où ils sont constitués.

Les médecins et accoucheurs, chefs de service, sont chargés de l'enseignement et de la consultation de nourrissons. Il ne leur est attribué de ce fait aucune indemnité.

Chaque année, les chefs de service chargés d'un institut de puériculture adresseront à l'administration un rapport sur son fonctionnement, le nombre et la date des consultations, le nombre des enfants examinés, le nombre des élèves ayant suivi les cours, les quantités de lait distribuées, etc.

HOPITAL CIVIL DE CONSTANTINE. — Un concours sera ouvert, à Alger, le 22 juin 1914, pour une place de médecin adjoint à l'hôpital civil de Constantine.

Les candidats devront se faire inscrire, à la préfecture de Constantine, avant le 22 mai 1914.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Montpellier. — Un congé d'un an, à partir du 1er janvier 1914, a été accordé à M. le professeur Rodet.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère des affaires étrangères. — *Au grade d'offi-*

cier. — M. le docteur Rivière, sujet anglais, médecin à Paris.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — *Au grade de commandeur.* — M. le professeur Ch. Richet.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Marage (de Paris); Jeannel, doyen de la Faculté de médecine de Toulouse; Rauzier, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

MINISTÈRE DE LA MARINE. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Le Moignic, chef de cabinet du ministre; Woolonghan (de Bordeaux).

— MINISTÈRE DU TRAVAIL. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Commandeur, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon; Demoulin, chirurgien des hôpitaux de Paris.

— M. le docteur Guichard, médecin-major de première classe, a reçu la médaille d'or des épidémies.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — CONCOURS D'ADJUVAT DE 1914. — Un concours s'ouvrira à Paris, au ministère de l'intérieur, le lundi 9 mars 1914, tant pour l'admission aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés que pour l'aptitude aux fonctions de médecin d'asiles privés.

Le nombre des postes de médecin adjoint des asiles publics mis au concours est fixé à sept.

Les candidats qui désirent participer au concours doivent adresser au ministre de l'intérieur une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leurs états de services, d'un exposé de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux, du dépôt de leurs publications ainsi que des pièces établissant leur stage et l'accomplissement de leurs obligations militaires.

Les candidatures seront inscrites au ministère de l'intérieur (premier bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès) jusqu'au mercredi 18 février 1914 inclus.

Chaque postulant sera informé, par lettre individuelle, de la suite donnée à sa demande.

GUERRE. — M. le médecin-major de deuxième classe Baur, répétiteur à l'école du service de santé militaire, est nommé professeur agrégé de la chaire « maladies et épidémies des armées » à l'école d'application du service de santé militaire au Val-de-Grâce.

MONUMENT JABOULAY. — Nous avons déjà annoncé (*Gaz. des hôpit.*, 16 déc. 1913) qu'il s'était formé à Lyon un comité pour élever un monument à la mémoire de M. le professeur Jaboulay. Rappelons que le comité de patronage est placé sous la présidence d'honneur de MM. les professeurs Chauveau et Bouchard. Le bureau du comité exécutif est ainsi composé :

Président : M. le professeur Maurice Pollosson;

Vice-présidents : MM. Nové-Josserand, agrégé, chirurgien des hôpitaux; Mouisset, médecin des hôpitaux; J. Audry, médecin honoraire des hôpitaux;

Secrétaire : M. Gayet, agrégé, chirurgien des hôpitaux;

Trésorier : M. Patel, agrégé, chirurgien des hôpitaux;

Secrétaire adjoint : M. Chalier, chef de clinique chirurgicale.

Les souscriptions devront être adressées au docteur Patel, trésorier, 32, quai Saint-Antoine. On peut aussi souscrire directement aux adresses ci-jointes : Crédit Lyonnais, Palais du Commerce; Société Lyonnaise de dépôts, 8, rue de la République; librairie Maloine, 4, rue de la Charité; coutellerie Lépine, 14, place des Terreaux.

Nota. — Les personnes ayant souscrit 25 francs et au-dessus recevront une médaille commémorative.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Muselier, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu à Paris, décédé dans sa soixante-huitième année; Gabriel Jacques (de Paris).

RECTIFICATION. — Nous avons analysé, dans le numéro 4 (p. 59), un travail intitulé « Un moyen simple d'obtenir la contraction intestinale » et publié dans le *Concours médical* sous la signature du docteur Coyon. Une note parue dans le *Concours médical* nous fait connaître que le travail n'est pas du docteur Coyon, mais du docteur Goyon.

CHRONIQUE

INAUGURATION DU COURS DE M. LE PROFESSEUR BROCA

Le professeur Broca a inauguré son cours de *médecine opératoire et appareils* vendredi à trois heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté tellement rempli que beaucoup d'auditeurs ont dû rester dans l'escalier. On s'attendait bien, sans doute, à ce que cette leçon d'ouverture sortirait de la banalité et présenterait une certaine originalité. On n'a pas été trompé.

Après un légitime hommage rendu à la mémoire de son illustre père, sur lequel il reporta tout l'honneur de sa nomination de professeur, après l'expression de sa reconnaissance à l'égard de ses maîtres, parmi lesquels il donne une place prépondérante à Farabeuf dont l'école fut si brillante et nous a donné cette remarquable phalange de chirurgiens dont M. Broca fit partie avec les Jalaguier, Nélaton, Segond et autres, le professeur en vient à l'objet de son cours et explique à ses auditeurs comment il comprend l'enseignement de la médecine opératoire. Sa leçon, très primesautière, très personnelle, est émaillée de plaisanteries fort spirituelles en même temps que d'idées très élevées; elle présente surtout un caractère essentiellement pratique. On sent que son but est surtout d'être utile aux élèves et d'arriver à leur apprendre ce qu'ils doivent savoir. Il met toute son énergie, et il en a beaucoup, à bien leur faire comprendre qu'il n'est pas de médecine et encore moins de chirurgie sans anatomie ni physiologie. Un médecin ne devient vraiment digne de ce nom qu'à la condition d'avoir été d'abord anatomiste, de même qu'un chanteur ne devient artiste qu'après avoir fait beaucoup de gammes et de vocalises.

« Faites donc des gammes, toujours des gammes, dit-il à ses auditeurs; ne vous contentez pas de ce qu'on vous dit, voyez par vous-même, soyez surtout animés de *curiosité*. Vous ne deviendrez habiles de vos mains qu'à force de vous en servir. Des gammes, toujours des gammes! »

M. Broca ne se dissimule pas les défectuosités de l'enseignement à la Faculté de Paris; il y insiste même et ne se fait pas d'illusions, ajoutant qu'il en sera toujours ainsi, la Faculté n'ayant pas de puissance politique, électorale.

M. Broca, qui a son franc parler et la critique facile, ne ménage pas certaines institutions. Le P. C. N. en particulier ne lui plaît pas et tout en s'excusant de certains jeux de mots en un milieu aussi sérieux il traduit ainsi le P. C. N. : pour caser normale.

Quoi qu'il en soit, M. Broca s'efforcera d'apporter le plus de perfectionnements possibles à son enseignement, en se mettant toujours en contact avec les élèves, en se servant des belles planches qu'a fait faire son prédécesseur Hartmann, en ayant recours à la cinématographie que, grâce à l'heureux appui de M. le doyen, il a pu faire installer.

Chemin faisant le professeur, faisant allusion à l'enseignement allemand, a lancé plusieurs de ces pointes ironiques dont il a le secret. Ses paroles étaient accompagnées d'une gesticulation très expressive.

Souvent aussi son éloquence sous son apparence familière, un peu sceptique et gamine, s'est élevée à l'expression de hautes et belles pensées. Faisant allusion aux beaux côtés de notre profession, au désintéressement qu'elle inspire souvent, il a fort heureusement insisté sur le grand plaisir qu'on éprouve à donner plus qu'on ne reçoit et il a terminé cette belle leçon en rappelant que chaque profession a ses servitudes et sa grandeur et que la médecine, si elle a des servitudes parfois un peu rudes, a bien aussi sa grandeur.

M. Broca a eu un très grand et très franc succès.

A. BROCHIN.

CLINIQUE MÉDICALE

ÉTUDES SUR LA PATHOLOGIE DE L'ULCUS

I

LES ÉTAPES DE L'ULCUS

Par M. Albert MATHIEU (*),
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Préambule. — J'ai l'intention, au cours des conférences que je ferai cet hiver, de traiter exclusivement des questions relatives à la pathologie et au diagnostic de l'ulcus. On s'étonnera peut-être que, après avoir déjà tant parlé de l'ulcus gastrique ou de l'ulcus duodénal (1), que je comprends sous la même rubrique, après avoir écrit récemment dans un traité de pathologie médico-chirurgicale des affections de l'estomac une étude sur ce sujet (2), j'y revienne encore aujourd'hui.

Le domaine de l'ulcus s'est beaucoup étendu depuis une vingtaine d'années et il y a une réelle utilité à fouiller son histoire clinique dans le détail. Je puis, du reste, promettre que ces conférences ne seront pas la répétition de ce que j'ai publié déjà. Evidemment, il y aura des points sur lesquels le raccord devra se faire avec ce que j'ai exposé dans les volumes et les mémoires publiés antérieurement; mais ce sera simplement un raccord, et les questions traitées dans la série des études que j'entreprends aujourd'hui seront nouvelles, tout au moins par les développements inédits qui y seront donnés.

Extension du domaine de l'ulcus. — Le domaine de l'ulcus s'est étendu d'une façon inattendue. L'ulcus était considéré autrefois, et il y a vingt ans encore, comme une maladie relativement rare. Le médecin ne le reconnaissait guère que lorsqu'il se présentait avec un ensemble caractéristique : des douleurs intenses, des vomissements, et surtout des signes d'hémorragie, hématémèse ou mélæna.

Actuellement, on admet avec raison, suivant la formule de Moynihan, à première vue paradoxale, mais cependant exacte, que les phénomènes douloureux de l'ulcus, et surtout les hémorragies ne sont, en réalité, que des complications. En réalité, depuis vingt ans, l'ulcus a annexé toute une série de syndromes auxquels on avait attribué, d'une façon trop prématurée, la dignité de véritables espèces nosologiques. Il a englobé une grande partie de la gastralgie. Que reste-t-il actuellement de la gastralgie essentielle des anciens auteurs après qu'on en a extrait ce qui a dû être attribué aux crises gastriques, tabétiques, aux coliques hépatiques frustes et à l'ulcus? Pas grand'chose; et, d'autre part, se sont trouvées englobées dans l'ulcus un grand nombre de dyspepsies douloureuses, en particulier les dyspepsies avec hypersécrétion chlorhydrique, et la plupart des cas dans lesquels existe le syndrome de Reichmann. Si l'on ajoute à cela qu'un certain nombre d'ulcus sont latents ou, comme le dit M. Lœper, dans une expression heureuse, dissimulés derrière des apparences de dyspepsie banale (3), on voit qu'il n'y a rien d'étonnant à ce que ce domaine soit considérablement étendu, on se rend compte qu'il y a un intérêt très grand à fouiller la séméiologie de l'ulcus de façon à le reconnaître quand il existe, et, aussi, à ne pas le diagnostiquer quand il n'existe pas.

Multiplicité des formes cliniques de l'ulcus. — De ce travail d'analyse clinique, est résulté l'établissement de formes cliniques variées.

MM. Hayem et Lyon (4) admettent : la *forme dyspeptique*, la *forme gastralgique*, la *forme vomitive*, les *formes hémorragiques*, les *formes anémiques* dans lesquelles ils distinguent la *forme des adolescents* ou *chloro-anémique*, qui correspond à peu près à l'ancienne forme des jeunes filles chlorotiques et les *formes avec anémie grave*.

Ils ajoutent la *forme sténosante*, *pylorique* ou *mésogastrique* et déclarent que l'on pourrait décrire d'une façon particulière des formes de l'ulcus suivant l'âge : l'*ulcus dans la jeunesse* et l'*ulcus des vieillards*.

De mon côté, j'ai décrit les formes suivantes (2) : l'*ulcus latent* qu'on peut appeler ulcus fruste (ulcus dissimulé de M. Lœper), l'*ulcus chronique curable*, l'*ulcus récidivant*, l'*ulcus à forme douloureuse* qui correspond à l'ulcus gastralgique d'Hayem et Lyon, l'ulcus hémorragique caractérisé par l'abondance et la répétition des hémorragies, l'*ulcus pylorique ou juxtapylorique*, je reconnais du reste volontiers que cette énumération n'était pas complète. Si on voulait se borner simplement à ajouter les plus importantes au point de vue clinique, il faudrait admettre aussi encore l'*ulcus de la petite courbure* que l'on peut rapprocher de l'*ulcus avec sténose mésogastrique*; il faudrait encore ajouter l'*ulcus compliqué de colite chronique*, combinaison que nous rencontrons fréquemment et avec laquelle l'embarras est souvent assez grand de savoir ce qui dépend encore de l'estomac, et ce qui appartient au côlon.

Cette simple énumération suffira par elle seule pour montrer combien l'histoire de l'ulcus s'est compliquée, combien il importe à l'heure actuelle de le connaître sous ses différentes formes, et d'établir, mieux qu'on ne le faisait autrefois, son diagnostic direct et son diagnostic différentiel.

Ceci dit, voici les principaux points de l'histoire clinique de l'ulcus que je me propose de traiter au cours de la série d'études que j'entreprends aujourd'hui :

Les étapes de l'ulcus, l'ulcus dans la jeunesse, l'ulcus dans la vieillesse;

Valeur séméiologique du syndrome de Reichmann et formes frustes de l'ulcus;

Le diagnostic de l'ulcus duodénal;

L'ulcus de la petite courbure;

La sténose mésogastrique d'origine ulcéreuse;

L'ulcus, la colite et l'appendicite;

(*) Conférence faite le 4 décembre 1913 à l'hôpital Saint-Antoine. (Compte rendu sténographique revu par l'auteur.)

Résultats éloignés du traitement chirurgical de l'ulcus.

Mon intention, du reste, est, je le répète, de mettre au point ces divers sujets sans en reprendre l'exposé *in extenso*. Je voudrais, en m'appuyant sur le résultat de mon expérience personnelle, dire comment, à l'heure actuelle, je comprends des questions dont il est inutile de faire ressortir l'importance au point de vue de la pratique médicale et médico-chirurgicale.

Les étapes de l'ulcus. — On peut les considérer tout d'abord au point de vue anatomo-pathologique. A ce point de vue, on doit distinguer l'*ulcération initiale*, l'ulcus proprement dit à une époque où il est encore curable, l'*ulcus curable* et l'*ulcus invétéré, permanent* et devenu incurable. Si je voulais être complet, je citerais encore la transformation néoplasique de l'ulcus par greffe cancéreuse, mais c'est un sujet que je laisserai cette fois complètement de côté, bien que M. Moutier et moi nous nous proposions de montrer un jour avec observations et pièces à l'appui, qu'on a confondu, sous le nom d'ulcéro-cancer, des faits dissemblables d'ulcus cancérisé et de cancer ulcéroïde.

Ulcération initiale. — Peut-être serez-vous frappés de m'entendre dire « ulcération initiale » d'une part, et « ulcus » de l'autre. C'est qu'en effet il est très important de ne pas confondre l'*ulcération initiale* avec l'*ulcus*, et c'est pourquoi j'emploie de préférence ce terme d'ulcus à celui d'ulcère qui laisse plus facilement prise à l'incertitude.

L'ulcus, comme je le comprends, résulte de la persistance plus ou moins prolongée dans l'estomac, d'une ulcération sans doute de pathogénie variable par le fait des conditions particulières dans lesquelles se trouve une ulcération soumise à l'atteinte digestive du liquide chlorhydropeptique. Ces conditions sont telles que, si sa cicatrisation n'est pas impossible, si elle se réalise dans un assez grand nombre de cas, elle se trouve cependant toujours ralentie, et quelquefois définitivement empêchée.

Je ne veux pas du reste revenir sur ce que j'ai exposé ailleurs sur la pathogénie de l'ulcus (1), je rappellerai seulement que j'ai été amené à attribuer la persistance de l'ulcus dans l'estomac, dans la zone chlorhydropeptique, à l'autodigestion bien entendu, mais aussi aux poussées de lymphangite qui se produisent de temps en temps et qui font que les parties touchées par elles ne peuvent pas se défendre contre l'autodigestion. Pourquoi? Il semble actuellement démontré par une série de recherches récentes que ce soit, parce qu'il ne pénètre plus dans les régions qui ne sont plus suffisamment irriguées par le sang ou par la lymphe venue du sang, l'antipepsine qui permet à la substance vivante de se défendre contre la digestion chlorhydropeptique.

L'ulcus est donc une ulcération qui tend à se perpétuer par ces deux phénomènes : lymphangite et autodigestion. Mais l'ulcération initiale n'est pas encore l'ulcus, et elle est vraisemblablement d'origine très dissemblable. Je ne veux pas énumérer ici les diverses hypothèses qu'on peut faire à ce point de vue, je rappellerai simplement que, dans un certain nombre de cas, ainsi que l'a démontré M. Gandy dans sa thèse (5), il s'agit de foyers de nécrose limités, arrondis, susceptibles de laisser, lorsque l'escarre se détache, un ulcère rond. Cette nécrose peut résulter d'une action toxémique, ou toxi-infectieuse de nature variable. L'ulcération nécrotique peut amener des accidents graves d'emblée, des hémorragies, une perforation qui sont à tort imputés à l'ulcus. Ce n'était pas l'ulcus encore, puisque les phénomènes d'autodigestion propres à la région chlorhydropeptique n'avaient pas encore eu le temps de jouer un rôle.

Il peut de la même façon se produire une ulcération arrondie, disons même, si vous y tenez beaucoup, un ulcère rond du côlon, de la vessie, de la vésicule biliaire; mais il ne peut, en cas semblable, s'agir d'un ulcus.

Lorsque l'ulcération primaire a persisté, que sa cicatrisation, sa fermeture ont été retardées par l'action autodigestive, l'ulcus existe : il peut encore guérir et il guérira dans une proportion que nous connaissons mal, mais qu'on peut considérer comme assez forte. A un moment donné, lorsque l'ulcus est ancien et étendu, lorsqu'il est limité par une coque fibreuse et qu'il ne peut se cicatriser, se rétracter, quand en particulier il s'est extériorisé, il y a là désormais une lésion permanente, invétérée, définitivement incurable.

Je disais tout à l'heure que l'ulcus peut guérir. Nous en avons la présomption de par la clinique. Nous voyons, en effet, les signes de l'ulcus disparaître; mais vous verrez que ces guérisons de l'ulcus sont toujours suspectes. Il est toujours très difficile de savoir à quel moment l'ulcus guérit et de savoir même s'il est guéri complètement. C'est un des points sur lesquels je vais insister. Cependant l'ulcus peut certainement guérir, et nous le savons par les cicatrices trouvées chez des malades qui ont présenté antérieurement des troubles gastriques plus ou moins caractéristiques. Nous voyons aussi coexister, dans un certain nombre de cas, des cicatrices à côté d'ulcus en activité, cicatrices dont la nature est ainsi certifiée par la lésion actuelle.

Il semble bien, ce qui est plus intéressant encore, que l'ulcus puisse guérir sans laisser de cicatrice appréciable. Codman (de Boston), à propos de l'ulcus duodénal, a cité des faits dans lesquels il n'avait trouvé les traces d'un ulcus ancien qu'à la condition de faire des coupes en série le long du duodénum, et alors la cicatrice de l'ulcus, qui n'était pas visible sur la muqueuse, a été trouvée dans l'intérieur de la tunique musculaire sous forme de tractus fibreux.

Nous pouvons citer, M. Moutier et moi, le cas d'un malade venu dans le service à la suite d'une péritonite par perforation. Il a été opéré par M. Ricard qui a trouvé un ulcus gastrique perforé. Il a fait une suture et ce malade a guéri. Il est mort environ deux ans après, et M. Moutier a pu faire l'autopsie. Or, il lui a été impossible de retrouver trace de l'ulcus qui avait donné lieu à une perforation. Il a bien constaté des adhérences dépendant de la péritonite; mais il lui a été absolument impossible de

retrouver trace de l'ulcération et de la perforation.

On serait très tenté, pour étudier les étapes de l'ulcus, de superposer son étude clinique à son étude anatomique, de prendre l'ulcus au début, à une période où il est curable encore et de le suivre jusqu'à l'époque où il devient calleux et incurable. Ce n'est pas possible à cause de la difficulté très grande de savoir à quel moment l'ulcus commence, et en raison aussi de la fréquence des récidives et des paroxysmes douloureux après de longues périodes de guérison ou de latence.

Les étapes de l'ulcus et les étapes de la vie humaine. — Tous les auteurs ont naturellement recherché quels sont les rapports de l'apparition et de l'évolution de l'ulcus avec les étapes de la vie humaine.

Voici les résultats de ma statistique personnelle relevée par M. Moutier sur les observations prises, soit à la consultation, soit dans mon service. Elle porte sur 1012 observations dont 632 hommes et 380 femmes.

La fréquence maxima du début de l'ulcus est chez la femme de vingt et un à trente ans, et chez l'homme de trente et un à quarante ans. Elle est représentée par les chiffres suivants :

135 femmes de vingt et un à trente ans, soit 35,5 p. 100.

202 hommes de trente et un à quarante ans, soit 34 p. 100.

La fréquence maxima du début de l'ulcus considérée en bloc dans les deux sexes est donc de vingt à quarante ans.

La proportion est moins élevée au-dessous de vingt ans et au delà de quarante et surtout de cinquante ans ; nous y reviendrons plus tard.

C'est quelque chose de savoir à quelle époque de la vie on se trouve le plus exposé à voir l'ulcus débuter; mais en somme cela n'a qu'un intérêt de second ordre. Il serait plus important de savoir quelle est la durée de cette maladie.

Durée de l'ulcus. — Tous les auteurs qui ont cherché à résoudre la question de la durée de l'ulcus se sont trouvés en présence d'un problème presque impossible à trancher. Certains ont cru le résoudre et ils ont donné des chiffres en apparence précis ; mais, en réalité, des statistiques plus récentes prises d'une façon plus éclairée, il résulte qu'il est extrêmement difficile, presque impossible même, de fixer la durée moyenne de l'ulcus, en raison des variabilités très grandes chez les différents sujets, en raison de la difficulté à connaître son début et sa terminaison, en raison surtout des récidives si fréquentes avec des périodes plus ou moins prolongées de silence au cours de son évolution.

Voici, à titre d'exemple, les chiffres cités par Charles F. Martin dans un ouvrage classique en Angleterre (6). Ce sont des chiffres recueillis sur 362 malades :

5 p. 100 auraient été malades pendant une semaine,

16 p. 100 d'une à quatre semaines,

22 p. 100 d'un à six mois,

14,3 p. 100 de sept à douze mois,

19,2 p. 100 d'un à deux ans,

19,10 p. 100 de trois à quatre ans,

9,4 p. 100 de cinq à dix ans,

1,9 p. 100 de dix à trente ans.

La durée moyenne serait de trois à cinq ans.

Lebert avait dit dans une statistique célèbre que, chez 18 p. 100 des malades, l'ulcus durait moins d'un an, que chez 46,5 p. 100 il durait d'un à six ans, chez 18 p. 100 de deux à vingt ans, chez 2,5 p. 100 de vingt à trente-cinq ans.

Je pourrais vous citer une série de tableaux analogues pris dans des auteurs divers ; mais à quoi bon. Ceux-ci suffisent à titre d'exemple.

La question de la durée de l'ulcus se lie naturellement à celle de sa guérison.

Fréquence de la guérison de l'ulcus. — Dans quelle proportion l'ulcus guérit-il donc? Ici, les chiffres fournis sont extrêmement variables. La conclusion donnée par Ch. F. Martin à la suite de ses diverses recherches statistiques, c'est que la proportion de la mortalité serait de 8 à 10 p. 100.

Riegel avait donné 10 p. 100, Lebert 15 p. 100, Leube 25 p. 100, Debove et Raymond jusqu'à 50 p. 100.

D'après Leube, la guérison aurait lieu dans 50 à 75 p. 100 des cas après quatre ou cinq semaines de traitement médical. Einhorn même aurait prétendu que la guérison doit être beaucoup plus fréquente encore étant donnée surtout la fréquence très grande des cicatrices d'ulcus trouvées à l'autopsie.

Récidives et paroxysmes. — En réalité, il est impossible de savoir exactement quelle est la durée de l'ulcus ; mais ce qui est le plus important à retenir, ce n'est pas seulement que l'ulcus est une maladie chronique, c'est la fréquence très grande de ses récidives et de ses paroxysmes. Il est nécessaire de faire la distinction entre les deux. Il nous est arrivé de voir des malades chez lesquels nous avions diagnostiqué un ulcus, revenir mourir à l'hôpital d'un accident aigu, d'une hémorragie ou d'une perforation après avoir présenté pendant des mois une période de latence presque complète. A l'autopsie, cependant, on trouvait un vieil ulcus calleux à bords indurés, et quelquefois même un ulcus extériorisé. Il est bien évident que cet ulcus était dans cet état depuis longtemps et qu'il n'avait pu se produire en quelques jours.

Quoi qu'il en soit, qu'il s'agisse de paroxysme ou de récidives, la notion de la longue durée de l'ulcus et de ses poussées successives, souvent très éloignées les unes des autres, est une donnée capitale qu'il importe d'avoir toujours présente à l'esprit. Son importance n'a du reste pas échappé aux cliniciens.

Voici, par exemple, ce que disent Hayem et Lyon (4).

D'après eux, la durée de l'ulcus est, la plupart du temps, de deux à cinq ans, quelquefois de quinze à vingt ans, en passant par une série de longues rémissions, et ils ajoutent textuellement :

« Une des caractéristiques de l'ulcère est, en effet, de présenter de longues périodes d'amélioration qui

laissent l'illusion d'une guérison durable jusqu'au jour où une perforation, ou une hémorragie, ou l'une quelconque des complications étudiées plus haut vient dénoncer la reprise d'un processus qui ne s'était jamais complètement éteint et le développement d'un nouvel ulcère soit sur une région jusque-là indemne, soit sur la cicatrice de l'ancien. Certains malades peuvent ainsi présenter, pendant une période de dix à vingt années, deux ou trois poussées actives dans l'intervalle desquelles la santé paraît parfaite. »

Cette possibilité n'est pas suffisamment présente à l'esprit des médecins. Trop souvent, placés devant une poussée d'ulcus, ils la considèrent comme unique; ils ne s'aperçoivent pas que le malade a déjà subi des crises semblables et que, par conséquent, il est menacé d'en avoir d'autres ultérieurement.

Voici maintenant les chiffres recueillis par un auteur anglais, M. Bulstrode, au London Hospital (7).

Sur 500 cas, 211, soit 42 p. 100, avaient déjà souffert antérieurement d'une façon analogue de l'estomac, 116 avaient eu une seule crise, 13 avaient eu deux crises, 39 avaient eu quatre crises ou davantage. Il en conclut avec raison que l'ulcère est, par excellence, une maladie récidivante. Cela rend moins étonnant que, lorsqu'on recherche chez les sujets qui se présentent à nous depuis combien de temps ils ont souffert antérieurement, avec la possibilité et même la probabilité de poussées d'ulcus antérieures, on trouve souvent des chiffres élevés.

Voici, à ce propos, les données relevées par M. Moutier, sur 682 hommes et 318 femmes.

Cas paraissant exister depuis :

1 an.....	femmes....	83	hommes....	119
2 ans....	—	 81	—	 57
3 ans....	—	 70	—	 32
10 ans....	—	 30	—	 51
20 ans....	—	 20	—	 21
25 ans....	—	 3	—	 5
30 ans....	—	 5	—	 7

On voit combien l'ulcus est une maladie qui tend à se reproduire ou à se prolonger pendant de longues périodes et quelquefois même pendant la vie tout entière.

Tous ces chiffres paraissent quelque peu morts lorsqu'on les considère sous forme de tableau statistique. Ils deviendraient beaucoup plus vivants, si je pouvais citer les observations; mais ce sont des centaines de faits qu'il me faudrait résumer. En voici quelques-unes à titre d'exemple prises sur des malades qui, au cours de leur vie, ont eu d'une façon prolongée, à des périodes très espacées, des rechutes d'accidents qui doivent être attribuées très vraisemblablement à des poussées d'ulcus et d'ulcus qui, dans la plupart des cas, paraissent avoir guéri dans l'intervalle. Il s'agissait donc très probablement de véritables récidives.

Voici un homme : à dix-huit ans, douleurs tardives calmées par les aliments, deux crises de trois semaines. A quarante-neuf ans, brusquement, grande récidive douloureuse pendant trois semaines. Puis, pendant dix-sept ans, plus rien. A soixante-six ans, accidents non douteux de sténose pylorique.

Une femme : à trente-quatre ans, quelques douleurs gastriques avec petites hématémèses, puis plus rien. A quarante-quatre ans, hématémèse, douleurs tardives, vomissements.

Un homme : à vingt-quatre ans, douleurs ; à ce moment, c'était en 1867, il était au camp de Châlons. Il a décrit ses douleurs qui étaient extrêmement intenses avec vomissements, et il semble non douteux qu'il y ait eu une poussée d'ulcus méconnue à ce moment. A trente-quatre ans, poussée du même ordre atténuée. A soixante-dix ans, il entre dans notre service avec des phénomènes de sténose pylorique très accentués ayant justifié une gastro-entérostomie. On a trouvé une sténose d'origine ulcéreuse, non cancéreuse, qu'il a été facile de constater directement, le malade étant mort de granulie, dix jours après l'opération.

Une femme : à dix-huit ans, grands paroxysmes tardifs, douleurs terminées par des vomissements, puis soulagement ensuite. A vingt-huit ans, des crises paraissent traduire nettement la présence d'un ulcus avec présence de liquide à jeun d'une façon persistante.

Un homme : à vingt et un ans, crises douloureuses presque continuelles; pendant vingt jours des vomissements incoercibles ; de vingt et un à vingt-cinq ans, petites crampes légères; à vingt-neuf ans, mélæna, puis grande hématémèse; à trente-huit ans, reprise des douleurs tardives; à quarante-deux ans, crise avec vomissements et douleurs tardives.

Une femme : à trente-six ans, selles mélæniques, puis à quarante ans, vomissements calmant les douleurs; de quarante à soixante-dix ans, atténuation des phénomènes, puis, à soixante-dix ans, crise de coliques hépatiques. A soixante-quinze ans, hématémèse et hyperchlorhydrie notable rendant très vraisemblable la présence d'un ulcus.

Un malade : à vingt ans, grande hématémèse, un litre de sang rouge, peu de douleurs, puis plus rien. A quarante-huit ans, douleurs tardives violentes avec vomissements. Pendant six ans, rien. A cinquante-six ans, reprise des douleurs de type ulcéreux.

Un homme : à dix-sept ans, douleurs tardives, hématémèse abondante survenue à la suite d'une ingestion d'ipéca tout à fait intempestive; le médecin ne lui aurait pas donné d'ipéca s'il avait soupçonné la présence d'un ulcus. De dix-sept à vingt ans, vomissements, douleurs tardives; de vingt-quatre à vingt-neuf ans, guérison apparente. A vingt-neuf ans, reprise des douleurs tardives et des vomissements avec signes de sténose pylorique; à trente-deux ans, hématémèse. Il subit la gastro-entérostomie qui permet de constater l'existence de lésions d'origine ulcéreuse.

Je vais me borner, pour terminer, à citer une série de faits appartenant à une catégorie particulière et sur laquelle j'aurai l'occasion de revenir. Il s'agit de cas dans lesquels se produisent des phénomènes de sténose mésogastrique après une longue période d'évolution de l'ulcus et un début qui, toujours, s'est produit à un âge peu avancé de la vie, pendant l'adolescence. Je reviendrai sur ces faits ultérieurement

à propos, d'une part, de l'ulcus chez les enfants et, d'autre part, à propos de la sténose mésogastrique d'origine ulcéreuse.

Voici une jeune femme de vingt-huit ans qui, à treize ans, a commencé pour la première fois à avoir des douleurs tardives atroces, répétées, puis qui continue à souffrir avec des rémissions et même quelquefois avec des périodes de latence complète; entre vingt-sept et vingt-huit ans, elle présente des accidents d'ulcus avec hématémèse, avec douleurs extrêmement intenses, avec vomissements répétés et, à la radioscopie, on constate une biloculation gastrique non douteuse. L'opération a été faite d'ailleurs avec le plus grand succès. Cette malade actuellement ne souffre plus.

Voici une autre femme qui commence à souffrir de l'estomac à treize ans avec des douleurs tardives atroces, des paroxysmes durant pendant quelques mois, puis des intervalles sans douleur de durée à peu près analogue. A vingt-huit ans, même état avec retour de ces accidents; elle présente une image biloculaire avec diverticule, par conséquent sténose mésogastrique d'origine ulcéreuse.

En voici une autre chez laquelle les accidents ont commencé à quatorze ans par de grandes périodes de douleurs tardives, suivies de cinq ou six ans d'accalmie. A trente-quatre ans, les douleurs deviennent atroces et continuelles. A trente-six ans, opération pour biloculation et sténose pylorique.

Conclusion. — Je n'insiste pas davantage. Eh bien! que résulte-t-il en somme de plus important de la revue que nous venons de faire? C'est que l'ulcus est par excellence une maladie récidivante; c'est que l'ulcus peut évoluer sous forme de poussées très distantes les unes des autres, éloignées de quatre, cinq, dix, quinze ans et même davantage. Il faut faire entrer cette notion dans le pronostic de cette lésion que, quand il y a eu une crise bien nette, il faut toujours se défier de la possibilité de semblable accident ultérieurement et aussi, au point de vue pratique, qu'il faut soumettre à un régime prolongé et très prudent les personnes qui ont eu une fois une crise ulcéreuse.

Il ressort aussi de nos observations, et j'y insisterai ultérieurement, que certains malades commencent à présenter des accidents ulcéreux dans la jeunesse, dans l'adolescence. Il semble même que ce soient eux qui aient le plus de tendance à avoir toute leur vie empoisonnée par la survenue de récidives, de crises qui souvent se rapprochent de plus en plus pour les laisser tardivement vers quarante ou quarante-cinq ans dans un état permanent aussi pénible que dangereux.

Il faut le savoir et se comporter en conséquence. Lorsqu'on établit le diagnostic de l'ulcus, il faut savoir tenir compte des poussées antérieures pour affirmer qu'il existe encore un ulcus actuel. Il faut aussi prévoir la possibilité des rechutes ultérieures et chercher à les éviter en soumettant les malades à un régime hygiénique suffisamment sévère, en les mettant à l'abri des méfaits de l'alcool, des médicaments et des mets irritants.

Il y a des sujets qui n'ont pas le droit de souffrir. Les ulcéreux appartiennent à cette catégorie, ils n'ont pas le droit de passer outre aux douleurs qu'ils auront ultérieurement, après une première crise, car cette douleur peut toujours comporter la menace d'une nouvelle poussée ulcérative.

On doit aussi, et on le fait déjà du reste, faire entrer ces données en ligne de compte lorsqu'il s'agit de décider si on doit ou non faire opérer les malades. La notion de l'existence assez fréquente de l'ulcus permanent et même des simples récidives de l'ulcus, surtout lorsque ces récidives tendent à se rapprocher, est un argument important en faveur de l'opération précoce. C'est en exagérant sa portée que les chirurgiens anglo-américains en sont arrivés à intervenir même après une simple crise de quelques semaines de durée de douleurs tardives calmées par l'alimentation. Je n'aurais du reste aucune objection à cette pratique, si l'opération et ses suites ne comportaient pas des risques assez sérieux.

BIBLIOGRAPHIE

1. Albert Mathieu. *Pathologie intestinale* (2e série). *Ulcère et cancer de l'estomac*, 1910.
2. *Traité médico-chirurgical des maladies de l'œsophage et de l'estomac*, 1913.
3. M. Lœper. Les ulcères dissimulés de l'estomac, *Monde méd.*, 15 oct. 1913.
4. G. Hayem et G. Lyon. *Traité des maladies de l'estomac.* 1913.
5. Gandy. *L'ulcère simple et la nécrose hémorragique des toxémies*, Th. de Paris, 1899.
6. Charles F. Martin. In *A system of medicine*, of W. Osler and Thomas Mac Crae, vol. V, p. 210, 1909.
7. A. W. Mayo-Robson and B. G. Moynihan. *Diseases of the stomach*, 1904, p. 170.

ACTUALITÉS

LE TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSIE PAR L'INSUFFLATION D'AIR DANS LES SEINS

En 1904, paraissait une thèse due à M. Delmer, chef des travaux d'obstétrique à l'École vétérinaire d'Alfort, intitulée : *Contribution à l'étude de l'éclampsie vitulaire; ses rapports avec l'éclampsie puerpérale de la femme* (1).

L'éclampsie vitulaire, forme nerveuse de la fièvre vitulaire des femelles bovines, est une manifestation morbide, de nature toxémique, intimement liée à la gestation, procédant par accès, évoluant pendant le travail d'accouchement ou plus fréquemment dans les quelques jours qui suivent la parturition. Ses analogies avec les crises éclamptiques de la femme sont nombreuses (Delmer) :

a. Elles sont intimement liées à l'état de gestation ou à la puerpéralité;

b. Elles ont une symptomatologie qui se superpose admirablement, surtout caractérisée par des phénomènes convulsifs et comateux qui dominent toute la scène clinique;

c. Elles ont une formule urinaire identique : albuminurie parfois nulle dans les deux affections, diminution de l'urée excrétée, quelquefois glycosurie;

d. Elles communiquent au sérum du sang des propriétés particulières; injecté à des animaux d'expérience il détermine chez eux des phénomènes convulsifs ou comateux bien

(1) André Delmer. Th. de Paris; Paris, Steinheil.

mis en évidence par Charrin, Moussu, Lassudrie-Duchêne et Delmer;

e. Elles se caractérisent toutes deux par les mêmes altérations anatomiques, bien évidentes au niveau du foie, des reins et du système nerveux.

Comme pour l'éclampsie de la femme, de nombreuses hypothèses ont été émises concernant l'étiologie de la fièvre vitulaire des bovidés. Au nombre de celles-ci, il faut citer la théorie colostrogène formulée en 1896 par le professeur Gratia de l'Ecole vétérinaire de Cureghem : « Il est bien permis, dit-il, de se demander si, au moment où la lactation s'établit, le nombre prodigieux des cellules glandulaires nouvelles qui subissent la transformation en colostrum (dont une partie seulement est éliminée par les trayons) ne livrent pas à la résorption, et en dose massive, des produits de déchets dont l'accumulation dans le sang pourrait donner lieu à des accidents toxiques analogues à ceux de l'urémie. » La grande majorité des vétérinaires a accepté ces idées, et les accès éclamptiques vitulaires sont actuellement considérés comme l'expression d'une intoxication générale de l'organisme causée par la résorption d'un principe toxique qui prend naissance dans la mamelle; pour Gratia, c'est une leucomaïne; pour Hebbebynck, une toxine sécrétée par un agent microbien anaérobie et dont l'élaboration est contemporaine de la formation du colostrum.

On comprend facilement que, admettant cette pathogénie, les vétérinaires aient essayé un mode de traitement portant directement sur la mamelle. Schmidt, en 1898, injecta d'abord dans la glande une solution d'iodure de potassium dans le but de neutraliser le produit toxique qui paraît y prendre naissance. On extrait par la mulsion la plus grande quantité possible de lait ou de colostrum, et on introduit dans chaque trayon 250 centimètres cubes d'une solution d'iodure de potassium à 10 p 1 000 maintenue à la température de 40 degrés; on malaxe ensuite la glande, de façon à faire pénétrer la solution aussi profondément que possible jusqu'aux acini glandulaires.

Andersen a modifié la méthode de Schmidt : après avoir introduit la solution iodurée dans les trayons, il injecte la plus grande quantité possible d'air de façon à distendre fortement les acini glandulaires et à permettre le contact intime du liquide avec la plus grande surface de la glande. C'est là la méthode généralement suivie à l'heure actuelle; les injections d'iodure de potassium, les insufflations d'air et le massage consécutif de la mamelle semblent avoir réduit considérablement la mortalité de la maladie, ainsi qu'en témoignent les statistiques qui accusaient auparavant une mortalité de 50 p. 100 qui s'est abaissée à 3 p. 100 depuis l'application de la méthode de traitement de Schmidt.

S'inspirant des résultats obtenus dans le traitement de la fièvre vitulaire des femelles bovines, Bolle, en 1901, eut l'idée d'employer cette méthode chez la femme éclamptique. Expérimentant dans le service d'Olshausen les injections intramammaires d'iodure de potassium, il injecta, soit dans la glande mammaire, soit dans le tissu cellulaire du creux sous-claviculaire une solution de 5 à 6 grammes d'iodure; sur 15 malades traitées il y eut un seul décès. Malgré ce succès la méthode tomba dans l'oubli jusqu'en 1910, époque à laquelle Sellheim (1), dans un cas désespéré d'éclampsie persistant après un accouchement terminé par césarienne vaginale, injecta sous forte pression, dans le corps de la glande mammaire, 1 000 grammes d'une solution salée à 9 p. 100 renfermant 1g50 d'iodure de potassium; vingt minutes après survint une amélioration qui s'accentua; vingt-quatre heures après, nouvelle injection de 1 gramme d'iodure de potassium; la malade guérit.

En 1911, Ed. Martin (2), dans un cas d'éclampsie, essaya avec succès des injections d'oxygène. Il s'agissait d'une femme de trente-six ans, IIIpare, transportée à sa clinique sans connaissance, ayant eu déjà sept accès éclamptiques. Accouchement immédiat par la césarienne vaginale; 3 grammes d'hydrate de chloral et 2 centigrammes de morphine en lavement. Malgré cela, jusque vers minuit, de demi-heure en demi-heure environ, nouvel accès violent, perte de connaissance, respiration stertoreuse, pouls introuvable, aspect d'une moribonde. En ces conditions, il fit une injection dans un des seins, lentement, sous pression modérée, d'oxygène, jusqu'à ce qu'on sentît de l'emphysème des deux côtés de la poitrine et au niveau des bras, au-dessus des seins. Les accès cessèrent immédiatement, l'état de la femme s'améliora rapidement. Après vingt-quatre heures elle put recommencer de boire, puis de répondre à chaque question. Malheureusement elle succomba tardivement, durant les suites de couches, à une infection partie d'une lésion du col. Par contre, dans un second cas, l'injection d'oxygène dans le sein ne donna aucun résultat. Il est vrai qu'à l'autopsie on trouva des lésions si profondes du foie (nécroses) et des reins (dégénérescence aiguë) qu'aucune méthode thérapeutique, y compris l'amputation du sein, n'avait chance de réussir.

Le docteur Gilles (de Toulouse) a rapporté il y a quelques mois une observation analogue à celle de Martin. Une primipare de vingt-quatre ans, albuminurique, est prise au début du travail de crises convulsives; saignée immédiate, et, dans les heures suivantes, purgation, lavement de chloral, ventouses scarifiées. Malgré ce traitement, les crises se succèdent sans interruption; entre les crises le coma est absolu. Nouvelle saignée de 800 grammes. On pratique l'accouchement méthodiquement rapide. En cinq minutes on extrait un enfant de 2630 grammes qui ne peut être ranimé. Délivrance artificielle. Le placenta, de 320 grammes, ne présente pas de foyers hémorragiques ni anciens ni récents. Néanmoins les crises continuent, la température s'élève à 39°3; le pouls devient irrégulier et incomptable. C'est alors que le docteur Gilles se décide à pratiquer une injection d'oxygène et d'air dans la glande mammaire, par le mamelon, et dans le tissu cellulaire sous-mammaire, en enfonçant un trocart sous le sein. Une demi-heure après, il constate nettement que le pouls devient mieux frappé et comptable et que la fréquence des mouvements respiratoires diminue. La malade présente encore cinq crises. On pratique alors une nouvelle injection d'air dans les deux seins; au bout d'une demi-heure, comme après la première injection, on constate plus nettement encore que le pouls devient mieux frappé et diminue de fréquence. La malade a encore quatre crises qui sont les dernières; elle reste encore quelques heures dans le coma, puis reprend conscience peu à peu; elle met quelque temps à se rétablir, mais quitte cependant l'hôpital trois semaines après son accouchement.

Comme dans l'observation de Martin, la malade paraissait irrémédiablement compromise. Or, après chaque séance d'insufflation, on observa une sorte de réveil, et, en particulier, un changement manifeste dans les caractères du pouls, qui devint perceptible, d'hypotendu et d'incomptable qu'il était. Les crises convulsives cessèrent d'une façon définitive dans l'heure qui suivit la seconde insufflation.

Telles sont les seules observations connues, actuellement, de cette méthode de traitement dérivant de celle qui donne de si beaux succès aux vétérinaires dans les crises d'éclampsie vitulaire de la vache. Nous ne pensons pas que cette méthode tende à se généraliser; il est bon de dire, toutefois, qu'elle ne présente aucun danger, surtout dans les cas graves et qu'elle a le mérite de la simplicité.

Nous n'en dirons pas de même de la méthode barbare qui, s'inspirant également de la théorie mammaire de l'éclampsie, cherche à supprimer le foyer même de l'intoxication par l'amputation des seins. C'est en Allemagne qu'elle a été pratiquée,

(1) Sellheim. *Centralbl. f. Gyn.*, 1910, n° 50, p. 1609.
(2) Ed. Martin. *Centralbl. f. Gyn.*, 1911, n° 2, p. 54.

dans fort peu de cas heureusement; et c'est à peine si nous osons citer le nom des opérateurs (Sellheim, Herrenschneider) qui ont eu l'audace, pour ne pas dire la cruauté, de pratiquer de sang-froid cette mutilation.

M. DELESTRE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 14 JANVIER 1914)

Considérations pathogéniques sur l'hydrocèle idiopathique de la tunique vaginale. — MM. Henri DUFOUR et THIERS, à l'occasion de deux faits observés en ville par l'un d'eux, ont cherché chez les malades qu'il leur a été donné d'examiner dans ces derniers temps les preuves de l'existence d'une étiologie syphilitique dans les cas d'hydrocèle dite idiopathique. Ces preuves sont d'ordre clinique, ou ressortissant aux recherches de laboratoire.

Trois malades atteints d'hydrocèle essentielle ont des antécédents personnels syphilitiques. Un quatrième malade, en traitement dans leur service, guéri d'une hydrocèle par injection iodée, a un Wassermann positif dans le sang.

Un cinquième malade âgé de cinquante-six ans a un Wassermann négatif dans le sang et positif dans le liquide d''hydrocèle.

Un sixième malade présente un Wassermann positif partiellement dans le sang et nettement positif dans le liquide d'hydrocèle.

Un septième malade a seulement un Wassermann partiellement positif dans le liquide d'hydrocèle. Mais son hydrocèle, qui date de vingt ans au moins, est restée sans augmentation, de la grosseur d'un œuf de dinde et ne se développe plus. Il semble qu'on ait ici affaire à des lésions presque éteintes.

Leurs conclusions sont les suivantes : chez l'adulte, l'hydrocèle idiopatique relève, semble-t-il, d'une étiologie syphilitique et peut servir à dépister cette infection; pour démontrer son existence il est nécessaire de pratiquer la réaction de Wassermann avec le liquide retiré par ponction.

Le traitement, en pareille occurrence, est tout à fait médical puisqu'il consistera à vider la vaginale et à instituer un traitement médical spécifique qui amènera la guérison, comme ils ont pu le constater.

Traitement du tétanos grave par l'association de la sérothérapie et de l'anesthésie centrale. — MM. Louis MARTIN et Henri DARRÉ. Le traitement du tétanos est toujours d'une pratique délicate, difficile; souvent, malgré l'emploi des méthodes regardées comme les meilleures, on assiste au développement de la maladie et à l'agonie douloureuse du malade.

Quand une sérothérapie massive n'arrête pas le progrès de la maladie, quand l'emploi du chloral à hautes doses est impuissant pour soulager le malade, on peut se croire désarmé. Dans un cas désespéré, ils ont eu recours aux inhalations chloroformiques; ils ont supprimé les crises douloureuses, diminué les contractures et, pendant quelques heures, ils ont espéré une guérison. Mais brusquement le malade est mort dans une crise suraiguë.

Malgré cet insuccès, ils publient l'observation; car ils ont certainement prolongé la vie du malade et, tout tétanos qui dure peut guérir, surtout depuis la sérothérapie.

M. GALLIARD, à propos du traitement du tétanos par les injections massives de sérum antitétanique, rapporte le cas d'un malade qui a été soumis à ce traitement et qui a reçu 2380 centimètres cubes, dose beaucoup plus considérable que celles qui ont été signalées.

Statistique de la diphtérie à l'hôpital Hérold en 1911 et 1912 — MM. BARBIER et AINE. Le relevé des deux dernières années a donné les chiffres suivants : 431 malades, 52 décès, mortalité brute 12 p. 100 ; mortalité nette, 7 p. 100, ce dernier chiffre obtenu en défalquant du précédent les décès avant vingt-quatre heures et les décès tardifs non imputables à la diphtérie.

La plupart des malades décédés étaient arrivés à l'hôpital au troisième ou quatrième jour après le début « apparent » de leur diphtérie, avec des formes graves qui amenèrent la mort par accidents toxiques ou infectieux précoces. Au contraire, chez les malades précocement traités, la diphtérie bénigne à l'entrée a toujours évolué de façon bénigne.

Quelques décès sont dus à des infections tardives, bronchopneumonies ou fièvres éruptives, pour le développement desquels il y a lieu d'incriminer un système d'isolement défectueux (boxes à deux lits). La suppression de ces causes de décès réduirait la mortalité de plus des deux tiers ; il y a donc lieu d'insister encore sur la nécessité de la sérothérapie précoce et de réclamer pour nos hospitalisés un isolement rigoureux.

Le ferment de défense contre le foie dans les maladies hépatiques. — MM. Albert ROBIN, Noël FIESSINGER et Jean BROUSSOLLE ont recherché dans le sérum de malades atteints d'affections hépatiques, le ferment de défense contre le foie suivant la technique d'Abderhalden. Ce ferment fait défaut à l'état normal, se montre généralement absent dans les ictères bénins, dans certains cancers du foie et dans le foie cardiaque. Il est inconstant dans les cirrhoses alcooliques, dans les cirrhoses biliaires et pigmentaires, constant et très actif au contraire dans les grandes insuffisances hépatiques. L'apparition de ce ferment traduit l'existence d'une lésion parenchymateuse qui, suivant les cas, est passagère ou continue. C'est donc un signe d'altération lésionnelle et non d'insuffisance fonctionnelle.

Un cas d'hémoglobinurie paroxystique. — MM. P. EMILE-WEIL et Paul CHEVALLIER rapportent l'observation d'un malade qu'ils ont étudié dans le service du professeur Roger.

Les accès qu'il présentait étaient précédés de prodromes pendant plusieurs jours et le malade prévoyait sa crise longtemps à l'avance. On aurait même pu discuter le diagnostic d'hémoglobinurie a frigore; cependant les accès survenaient dans les périodes où la température ambiante s'abaissait.

Si, par divers moyens thérapeutiques, on empêchait la production des accès, les malaises persistaient et devenaient si intenses que le malade réclamait la suppression du traitement : une crise survenait alors qui ramenait le bien-être.

En provoquant une crise par immersion d'un membre dans l'eau glacée, les auteurs ont vu que l'hémolyse se produit très vite, alors que les frissons n'apparaissent que plus tard quand on a enlevé le lien qui serrait le bras.

La recherche des hémolysines a permis de mettre en évidence plusieurs faits intéressants.

Outre des hémolysines il existait des leucocytolysines qui expliquent la destruction des polynucléaires constatée à la fin de la crise.

Parmi les autres particularités, on peut signaler l'absence d'ictère bien que le foie fût lésé, et la présence d'une déficience rénale considérable mise en évidence par la constante d'Ambard. Les symptômes rénaux étaient d'ailleurs très accusés pendant les crises qui étaient précédées d'une longue période d'anurie complète.

Le malade était alcoolique, tuberculeux et probablement syphilitique (réaction de Wassermann positive). Son frère, enfin, semble présenter aussi des crises d'hémoglobinurie a frigore.

Ossification généralisée des artères. — M. Florand présente un cas d'ossification généralisée des artères avec radiographie. Le pouls radial n'est pas perçu. Le malade n'est pas spécifique, mais depuis dix ans il boit, chaque jour, 3 à 4 litres de vin et dix absinthes.

Abcès du foie d'origine dysentérique. — M. Chauffard présente un malade atteint d'un abcès du foie d'origine dysentérique ouvert dans les bronches et traité par l'émétine. Pendant dix-sept à dix-huit mois, il est resté en état d'expectoration sanglante. Il a eu 74 centigrammes d'émétine, ce qui amena la disparition complète de l'expectoration en même temps que la diminution des phénomènes pulmonaires.

Présentation d'une cénestopathe. — MM. Dupré, Devaux et Heuyer. Malade de soixante et un ans qui présente, depuis l'âge de trente-huit ans, des troubles cénesthésiques de la tête et du cou possédant tous les caractères de ces troubles sensitifs spéciaux décrits sous le nom de cénestopathie par Dupré, ne s'accompagnant pas de délire, mais seulement d'instabilité et de petites crises anxieuses avec intégrité de l'intelligence et de l'activité.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 14 JANVIER 1914)

Tumeurs des capsules surrénales. — M. Auvray, à propos du rapport de M. Michon sur un cas de tumeur des capsules surrénales, communique le fait suivant. Une femme de soixante-douze ans se présenta à la Maison Dubois avec des signes d'occlusion intestinale à marche chronique. Elle portait un fibrome utérin et une tumeur au-dessus des fausses côtes gauches. M. Auvray, attribuant ces phénomènes d'occlusion à la compression exercée par l'une de ces tumeurs ou les deux à la fois, proposa une intervention qui fut refusée. La malade meurt. A l'autopsie, on trouve, en effet, un fibrome utérin et, dans l'hypocondre gauche, une tumeur du volume d'une noix de coco. Il s'agissait d'un adéno-angio-lipome de la capsule surrénale, tumeur bénigne. Les accidents d'occlusion intestinale étaient bien dus à la compression exercée par les deux tumeurs sur l'intestin. L'opération aurait donc pu guérir cette malade.

M. Auvray a relevé 6 cas de tumeurs bénignes des capsules surrénales traitées chirurgicalement avec de bons résultats. Les tumeurs malignes sont moins rares que les tumeurs bénignes. M. Auvray a pu en relever 36 cas. D'après diverses statistiques, la mortalité aurait été soit de 46 p. 100, soit de 50 p. 100, soit même de 60 p. 100. Au point de vue des résultats éloignés, les récidives sont fréquentes. Toutefois l'ablation de ces tumeurs semble bien indiquée.

Luxation du genou en dehors avec luxation irréductible de la rotule. — M. Jacob fait un rapport sur une observation adressée par M. Dugué, médecin-major. Il s'agit d'un capitaine d'infanterie qui, dans une chute de ski, se releva avec une douleur vive au niveau du genou, une impotence fonctionnelle complète et le genou en flexion. Le condyle externe du fémur faisait une saillie; la rotule était également luxée et fixe; la pression au niveau du condyle était douloureuse; il y avait arrachement du ligament croisé postérieur.

On arrive à réduire assez facilement la luxation du genou; mais celle de la rotule persiste. Plusieurs tentatives successives semblent arriver à un résultat, mais la réduction ne se maintient pas. Enfin, à l'aide du procédé de Valentin, c'est-à-dire l'immobilisation dans un appareil plâtré, la jambe en adduction et la rotule ayant été remise en place, on parvient à la réduction complète et définitive. Il y avait eu un hématome dont on avait dû attendre la résolution. Ce résultat définitif ne put être obtenu qu'après quarante-cinq jours. Quatre mois après, cet officier était complètement guéri et avait pu reprendre son service. On avait eu recours à la mobilisation et au massage, une fois la réduction obtenue.

Le mécanisme de cette luxation a été le suivant : après sa chute, l'officier s'étant relevé, le pied encore pris dans son ski, un autre ski arriva sur lui et lui imprima un mouvement de torsion sur lui-même, le pied restant pris et fixé.

Plaie de la rate. — M. Jacob fait un autre rapport sur une observation de M. Friant. Il s'agit d'un jeune soldat qui se tira un coup de revolver sur le côté gauche, l'arme étant dirigée de droite à gauche et de haut en bas. La balle avait perforé le thorax et le diaphragme. Il n'y avait aucun signe de lésion pulmonaire. Mais deux ou trois heures après l'accident, il y avait déjà des phénomènes péritonéaux et de la contracture de l'hypocondre gauche. M. Friant décida alors d'intervenir immédiatement. Il fit une laparotomie, trouva une grande quantité de sang dans la cavité abdominale, un épiploon ecchymotique, deux perforations diaphragmatiques et une plaie de la rate qui ne saignait plus. Il appliqua un tampon compressif et, l'hémorragie s'étant complètement arrêtée, il referma le ventre. Les plaies du diaphragme ne furent pas suturées; elles ne saignaient pas.

M. Jacob rappelle, à ce sujet, un travail de M. Guibé, qui a relevé 108 cas de plaies de la rate, et dans lequel il discute les indications de la compression, de la suture de la plaie ou de la splénectomie pour remédier aux accidents.

La chondrectomie. — M. Lenormant rapporte l'observation d'un garçon de vingt ans, atteint de crises d'asthme et présentant une difformité rachitique du thorax ayant pour résultat un rétrécissement notable du champ respiratoire.

On a proposé la chondrectomie comme traitement de la tuberculose et de l'emphysème, cette opération ayant en effet pour but de mobiliser et d'agrandir la cage thoracique. Mais ce n'est pas au point de vue de ce traitement que M. Lenormant l'a pratiquée, c'est uniquement dans le but de rendre mobile et d'élargir la cage thoracique d'un rachitique qui était, en même temps, atteint de crises d'asthme. Ce garçon était atteint de crises d'asthme depuis l'âge de douze ans, crises subintrantes avec dyspnée permanente. En même temps, il présentait une déformation marquée du thorax, avec un rétrécissement considérable du périmètre thoracique qui se trouvait ainsi rétréci et rigide. Il ne pouvait y avoir, dans ces conditions, de respiration costale et l'expansion pulmonaire était réduite à la capacité de 1 litre 400 grammes. Ce sujet ne respirait que par son diaphragme.

En avril 1911, M. Lenormant pratiqua chez ce malade une chondrectomie portant sur cinq cartilages costaux du côté droit. Il eut soin d'y ajouter une interposition musculaire. L'opération fut très simple et très facile. Le résultat positif fut immédiat. Sur la table même d'opération, on vit les côtes se mobiliser et se soulever. La respiration fut très améliorée, la dyspnée disparut, les crises d'asthme devinrent très rares et beaucoup plus courtes. Il y eut une augmentation réelle de la cavité pulmonaire. Le résultat cependant était incomplet et M. Lenormant, ayant suivi le malade, eut recours à une seconde intervention consistant à agir sur les côtes inférieures. Il enleva encore plusieurs cartilages costaux et eut recours, comme le premier jour, à l'interposition musculaire. Le résultat immédiat de cette seconde intervention fut moins favorable qu'après la première opération. Le malade eut de la bronchite. M. Lenormant prescrivit à ce malade de faire chaque jour de la gymnastique respiratoire. Il ne le revit plus que deux ans après. L'état général était meilleur. Le thorax s'était élargi; il est resté mobile. Et cependant, il se refait une sorte de soudure des cartilages costaux.

Cette opération n'est pas absolument nouvelle. Elle a été

pratiquée déjà par Hirsbey, Meyer, Stern. Ce dernier aurait même guéri une cyphose. M. Lenormant estime qu'il faut faire des résections assez larges. Les résultats immédiats de mobilisation et d'élargissement de la cage thoracique sont indiscutables. Toutefois il serait bien difficile d'éviter, après un certain temps, la ressoudure des cartilages réséqués, malgré toutes les interpositions musculaires. Le traitement consécutif par la gymnastique respiratoire a une grande importance aux yeux de M. Lenormant. Elle seule peut le mieux entretenir les résultats obtenus par l'opération et retarder la ressoudure des cartilages réséqués. Enfin la chondrectomie est une opération rationnelle, facile et non dangereuse.

M. Tuffier rappelle que cette opération a été proposée dans trois circonstances : contre l'emphysème pur, contre l'asthme pur et contre la déformation thoracique avec dyspnée ou avec asthme. Les résultats immédiats sont toujours très bons, mais ce sont les résultats éloignés qu'il faut considérer. Or il faut être très réservé sur l'avenir de ces malades, tant au point de vue fonctionnel qu'au point de vue anatomique. Il ne faudrait pas mettre les troubles fonctionnels uniquement sur le compte de la déformation thoracique, puisque celle-ci, après l'opération, s'étant reproduite, les troubles fonctionnels restent améliorés.

M. Delbet sans vouloir déflorer un travail très important sur ce sujet actuellement en préparation d'un de ses élèves, M. Douay, travail reposant sur un très grand nombre d'expériences, croit cependant pouvoir en faire connaître ces conclusions : il n'y a pas de rapport entre la rigidité du thorax et l'emphysème. La chondrectomie trouve surtout ses indications dans l'état et la position du cœur. Enfin M. Delbet ne partage pas complètement l'optimisme de M. Lenormant sur la bénignité de cette opération. M. Delbet l'a pratiquée, en a obtenu d'assez bons résultats, mais il a eu à déplorer deux cas de mort subite après cette intervention.

M. Sieur demande à M. Lenormant quel était l'état des fosses nasales de son malade. On sait quelle est l'importance de cet état des fosses nasales sur la production de certaines formes d'asthme.

M. Mauclaire a pratiqué une fois cette opération avec un certain succès.

M. Lenormant, d'accord avec M. Tuffier, estime qu'il faut sérier les indications de la chondrectomie. Il insiste sur ce fait que chez son malade il a eu surtout pour but de modifier la cage thoracique manifestement insuffisante et immobilisée. Il considérait cette opération comme bénigne, mais devant les deux cas de mort observés par M. Delbet, il se montrera à l'avenir moins optimiste.

M. Lenormant répond à M. Sieur qu'il n'a pas pratiqué l'examen des fosses nasales chez son malade. Cela sera fait, mais encore une fois, ce n'est pas uniquement dans le but de traiter l'asthme qu'il a eu recours à cette opération.

Angiome de la face. — M. Auvray présente une malade qui était atteinte d'un vaste angiome de la face et de la muqueuse de la joue qui a été traitée, avec succès, par M. Decrais à l'aide du radium.

Elections. — La Société procède à l'élection d'un membre titulaire, de 4 membres correspondants nationaux et d'un membre correspondant étranger.

M. Pierre Duval a été élu membre titulaire par 39 suffrages sur 44 votants.

MM. Vennin (de l'armée), Marquis (de Rennes), Sencert (de Nancy) et Girou (d'Aurillac) ont été élus membres correspondants nationaux.

M. Tubby (de Londres) a été élu membre correspondant étranger.

JURISPRUDENCE

EXPERTISES MÉDICALES ET CHIRURGIENS-DENTISTES

Nous avons, dans une jurisprudence parue dans la *Gazette des hôpitaux* (v. n° 117, mardi 14 oct. 1913, p. 1830), sur un point de droit soulevé par M. A. Herpin, donné notre opinion. Il s'agissait, en l'espèce, de savoir si les experts dentistes devaient être simplement dentistes ou bien docteurs en médecine (surtout quand le demandeur était docteur stomatologiste) ? Nous avons fait remarquer qu'aux termes de la loi du 30 novembre 1892 et de ceux du décret du 21 novembre 1913 un chirurgien-dentiste diplômé ne pouvait figurer sur la liste des experts, car il n'avait pas le diplôme de docteur en médecine et qu'il ne pouvait, par suite, être désigné comme expert dans une difficulté d'ordre stomatologique. D'ailleurs une circulaire du garde des sceaux du 11 juin 1912 ne faisait aucun doute à cet égard. Elle est ainsi libellée : « Mon attention vient d'être appelée sur l'intérêt qui s'attache à ce que les juges de paix, ordonnant une expertise en matière de chirurgie dentaire, évitent, autant que possible, de désigner pour procéder à cette expertise un praticien ne possédant pas des diplômes équivalents à ceux dont justifie un confrère mis en cause. Je vous prie, notamment, de vouloir recommander aux juges de paix des principales villes de votre ressort de ne confier toutes les fois qu'ils le pourront les expertises de cette nature, concernant des docteurs en médecine *stomatologistes*, qu'à des docteurs également spécialistes. »

La théorie que nous avons émise vient de se trouver admise et affirmée par un jugement rendu le 17 novembre 1913 par la 7e Chambre du Tribunal civil de la Seine statuant sur un appel interjeté d'un jugement du Tribunal de paix du VIe arrondissement du 15 avril 1913.

« Attendu que, sur une demande en paiement de 500 francs formée par O... et B... (docteurs dentistes) contre H... devant le juge de paix du VIe arrondissement de Paris, celui-ci a rendu à la date du 15 avril 1913, avant faire droit, un jugement renvoyant les parties devant S..., lequel n'est pas docteur en médecine, mais seulement chirurgien-dentiste diplômé;

Attendu que les docteurs O... et B..., se basant sur les termes de l'article 14 de la loi du 30 novembre 1892 ainsi conçu : « Les fonctions de médecins experts près les tribunaux ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine français », et en outre sur une circulaire du 11 juin 1912 de M. le garde des sceaux adressée aux procureurs généraux près les Cours d'appel, ont interjeté appel dudit jugement du 15 avril 1913;

Attendu qu'il y a lieu de réformer la décision attaquée comme contraire aux termes de l'article 14 précité et de la circulaire ministérielle du 11 juin 1912, M. le juge de paix du VIe arrondissement ayant désigné comme expert dans le litige entre les docteurs stomatologistes O... et B... et le sieur H... pour soins dentaires, S... lequel n'est pas docteur en médecine, mais chirurgien-dentiste diplômé;

Par ces motifs,

Recevant les docteurs O... et B... appelants du jugement de M. le juge de paix du VIe arrondissement de Paris, en ce qu'il a nommé comme expert une personne n'ayant pas le diplôme de docteur en médecine;

Infirme le jugement incriminé en ce qu'il a nommé expert dans un litige de médecine dentaire le sieur S..., non docteur en médecine, et qui ne figure du reste pas sur la liste dressée par le Tribunal;

En conséquence, nomme le docteur C..., dentiste, lequel, après serment prêté, examinera le bien-fondé de la demande des docteurs O... et B... contre H..., entendra les parties... »

Nous sommes heureux d'enregistrer cette décision nouvelle et qui nous a confirmé dans notre opinion.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

ANALYSES

MÉDECINE

Les rechutes dans la dysenterie amibienne. (Chauffard. *Bull. méd.*, 13 déc. 1913.) — Les rechutes dans la dysenterie amibienne paraissent liées aux formes enkystées et durables de l'amibe, sur lesquelles l'émétine n'exercerait pas son action habituelle : on observe assez souvent, en effet, des rechutes de dysenterie amibienne après un traitement par l'émétine. M. Dopter en a rapporté 10 cas, sur 46 traités par l'émétine; M. Chauffard a pu également en observer 4 cas. C'est M. Marchoux qui le premier a montré la persistance de *kystes amibiens* dans les selles des sujets apparemment guéris par la cure d'émétine et la nécessité de l'examen méthodique des matières des sujets soumis à ce traitement pour apprécier la valeur du résultat obtenu et être en mesure de prévoir les rechutes.

La fréquence des rechutes de l'amibiase ne doit pas faire écarter la spécificité de l'émétine, pas plus que l'on ne peut refuser la spécificité à la quinine en raison de la rechute des accès paludéens : pour toutes ces maladies à protozoaires ou à spirilles la rechute est un fait presque général qui tient aux formes végétatives et durables des agents pathogènes : dans aucun cas la rechute ne doit faire écarter la spécificité de la thérapeutique employée, mais elle empêche de pouvoir affirmer la stérilisation absolue et définitive. Ces constatations entraînent nécessairement des conclusions thérapeutiques. Pour M. le professeur Chauffard, il faut après la première cure d'émétine en faire une seconde quinze jours après, en abaissant même ce délai à dix jours dans les cas graves, puis une troisième cure, trois semaines après la seconde. S'il s'agit de cas anciens, de vieilles dysenteries chroniques à rechutes, il faut continuer à faire de mois en mois pendant trois à quatre mois des cures d'émétine détruisant ainsi toute une série de générations d'amibes. Il faut bien savoir que chez ces sujets, même quand ils semblent depuis longtemps complètement guéris, il faut agir et appliquer la cure d'émétine au moindre trouble intestinal même atypique sans attendre une rechute confirmée.

J. MILHIT.

Les pigmentations cutanées. (Gaucher, *Progrès médical*, 13 déc. 1913.) — Les pigmentations sont symptomatiques ou primitives; parmi les hyperchromies symptomatiques se placent tout d'abord les hyperchromies de la maladie d'Addison, les taches de la lèpre, de la sclérodermie, de l'urticaire pigmentée, enfin les pigmentations des syphilides qui comprennent la leuco-mélanodermie péri et postpapuleuse et la syphilide pigmentaire vraie, aréolaire, qui est une mélanodermie simple succédant en général à une roséole de retour dont la forme est généralement annulaire. Les pigmentations symptomatiques existent encore dans la cachexie tuberculeuse, cancéreuse, le paludisme, dans l'intoxication saturnine; puis viennent aussi des pigmentations de causes externes dues en majeure partie soit au grattage dans le prurigo, l'eczéma, la phtiriase, soit à l'application de teinture d'iode, de vésicatoire, soit encore aux rayons solaires, aux rayons X; il existe aussi des pigmentations dues à certaines médications prolongées par l'arsenic, par les sels d'argent.

Les hyperchromies non symptomatiques, primitives par conséquent, sont le lentigo, les éphélides, le chloasma, l'acanthosis nigricans et le xeroderma pigmentosum. Le lentigo et les éphélides représentent ce qu'on appelle généralement les taches de rousseur; le chloasma c'est le masque de la grossesse qui peut persister dans certains cas, assez longtemps après la grossesse. L'acanthosis nigricans est une mélanodermie papillomateuse observée chez des malades atteints de cancer abdominal, de cancer de l'estomac. Le xeroderma pigmentosum est une affection familiale, constituée par l'apparition dès la première année de la vie de taches brunes arrondies, généralisées, s'accompagnant de petites télangiectasies aboutissant à une dépression atrophique et à une desquamation épidermique.

A côté des hyperchromies il faut décrire les dyschromies encore appelées achromies qui sont représentées par le vitiligo consistant en une répartition irrégulière du pigment donnant lieu à des taches blanches achromiques entourées d'une zone hyperpigmentée; le vitiligo paraît avoir une pathogénie nerveuse, mais une étiologie variable, souvent sous la dépendance de l'arthritisme, de la pelade, de l'albuminurie légère et comportant en conséquence une thérapeutique presque exclusivement diététique.

J. MILHIT.

La valeur fonctionnelle du rein sénile. (Oppenheim et P. Mariau. *Progrès méd.*, 6 déc. 1913.) — Les principales caractéristiques de la valeur fonctionnelle du rein chez les vieillards qui ne présentent aucun trouble apparent de la santé peuvent être résumées de la manière suivante, d'après les moyennes obtenues au cours de recherches systématiques entreprises par ces auteurs : on constate une rétention uréique légère 0,50 en moyenne; la constante uréo-sécrétoire est élevée (0,0107); l'élimination du bleu de méthylène se fait très lentement; l'élimination des chlorures est au contraire assez bonne; il existe de la nycturie et un retard parallèle de l'élimimination hydrochlorurée. La tension artérielle maxima et minima sont en moyenne au Pachon de 22 à 11,5. La viscosité sanguine est aux environs de 4,7 (à l'état normal 3,8 à 4,5). A l'état normal, le rapport $\frac{\text{Mx tension maxima}}{\text{Vs. viscosité}}$ est aux environs de 4. Lorsque ce rapport s'élève au-dessus de 4,5 on dit qu'il y a hypersystolie; chez les vieillards ce rapport s'elève à 4,8; ces rapports sphygmo-viscosimétriques sont appelés à rendre de très utiles services dans l'appréciation des cas où il existe une hypertension permanente ne s'accompagnant pas d'un trouble fonctionnel rénal décelable par les méthodes actuelles d'investigation, car l'on sait depuis les recherches d'Aubertin et Parvu qu'il n'y a pas de parallélisme constant chez les hypertendus entre les valeurs de la tension maxima ou minima et la valeur de la constante uréo-sécrétoire; parfois même la constante peut être normale dans la grande hypertension. On peut tirer de ces faits la conclusion que tous les vieillards, même ceux qui sont en apparence bien portants, sont tous atteints de sclérose cardio-vasculo-rénale à prédominance rénale.

J. MILHIT.

Ataxie aiguë. (A. Thomas. *La Clinique*, 19 déc. 1913.) — L'ataxie aiguë, qui n'a d'ailleurs rien à voir avec l'ataxie tabétique, a été décrite par Leyden et étudiée par Westphal, Dinkler, Oppenheim, Bechterew. L'étiologie n'est pas encore élucidée complètement; cependant il est hors de doute que l'ataxie aiguë est très souvent précédée par une infection aiguë (fièvre typhoïde, grippe, pneumonie, diphtérie, rougeole, etc.), par une intoxication, parfois enfin par une infection très atténuée.

L'ataxie aiguë survient d'une manière assez rapide; après avoir accusé des maux de tête, des vomissements, le malade présente de la faiblesse, de la maladresse prédominant parfois d'un côté, puis la marche devient difficile et la période d'état est alors constituée. La station debout est impossible, la démarche est titubante. Aux membres supérieurs, on observe de la dysmétrie, de l'adiadococinésie. La parole est altérée, comme dans la sclérose en plaques, la paralysie est assez rare. Les réflexes tendineux sont exagérés, les sphincters sont respectés. Suivant la prédominance de tel ou tel groupe de symptômes on décrit avec Davidenkoff des variétés, cérébrale, cérébrospinale, bulbaire, cérébelleuse, enfin des formes atténuées. Le tableau clinique de l'ataxie aiguë présente une ressemblance quasi complète avec la sclérose en plaques, mais il serait néanmoins imprudent d'en déduire que l'ataxie aiguë

est toujours le prélude d'une sclérose en plaques. Le diagnostic de l'ataxie aiguë est en général facile, on ne la confondra pas avec les polynévrites périphériques, avec le nervotabes périphérique, avec l'ataxie tabétique, avec les méningites. Le diagnostic est plus difficile avec les scléroses combinées à marche subaiguë, avec le syndrome de Bechterew des alcooliques, ou le syndrome de Fœrster décrit par cet auteur chez les enfants convalescents de maladies fébriles. Le pronostic n'est pas aussi sévère que le laisseraient craindre les manifestations sérieuses du début; quant aux origines et à la base anatomique de ce syndrome elles sont jusqu'ici à peu près inconnues.

J. MILHIT.

MÉDECINE INFANTILE

Les réactions méningées dans l'azotémie chez les nourrissons. (HUTINEL. *Paris méd.*, n° 2, 13 déc. 1913.) — Les réactions méningées de source azotémique, capables de simuler d'ailleurs la méningite tuberculeuse, ont été bien étudiées par MM. Nobécourt, Maillet et Bidot; ces réactions méningées ne s'établissent pas d'emblée, elles ne sont en général pas primitives, mais se manifestent, au contraire, au cours d'affections plus ou moins graves, de préférence au cours de gastro-entérites aiguës, se signalant par des évacuations diarrhéiques et des vomissements. L'azotémie s'observe également lors de broncho-pneumonies graves ou d'infections rapidement et à peu près fatalement mortelles; l'azotémie est rarement le fait de la tuberculose aiguë, néanmoins elle apparaît parfois à la fin de la granulie; les réactions méningées observées au cours de l'azotémie ne sont pas le fait d'une infection des méninges; elles représentent une réaction d'ordre toxique : le taux de l'urée dans le liquide céphalo-rachidien peut aller de 0g50 à 2g50 p. 1000.

L'azotémie ne paraît pas être la conséquence de lésions rénales, mais bien l'aboutissant des troubles très accusés de la nutrition : le nourrisson malade, et qui ne se nourrit pas, vit aux dépens de ses propres réserves; il se produit, dans ces conditions, des déchets azotés bien plus abondants que lorsque l'alimentation est exclusivement lactée; comme, d'autre part, la déshydratation aqueuse supprime l'élimination régulière par les urines, il en résulte une accumulation de ces déchets azotés dans tout l'organisme; c'est par ce mécanisme que se réalise la rétention azotée qui exercera ultérieurement son action sur les éléments cellulaires, les vaisseaux, les nerfs, les méninges, etc.

Les réactions méningées d'origine azotémique peuvent se ramener à trois formes principales : convulsive, somnolente, à contractures. La forme somnolente prête souvent à l'erreur, car elle est, en effet, fréquemment confondue avec une variété analogue de méningite tuberculeuse des nourrissons décrite par Lesage et Abrami. Le diagnostic clinique de ces réactions méningées d'origine azotémique est presque toujours impossible en dehors de la ponction lombaire, de l'examen cytologique et chimique du liquide céphalo-rachidien.

J. MILHIT.

Sur le traitement sérothérapique de la coqueluche. (DUTHOIT. *Journ. de méd. interne*, 20 déc. 1913.) — Depuis le début de l'année 1911, le docteur Duthoit a expérimenté un sérum anticoquelucheux préparé à l'Institut Pasteur de Bruxelles par MM. le professeur Bordet et le docteur Gengou; dans cet article les auteurs font connaître les résultats obtenus. Le sérum a été injecté à la dose de 10 à 30 centimètres cubes suivant l'âge des enfants, l'injection étant faite dans la peau du flanc, comme pour le sérum antidiphtéritique. Sur 71 cas traités, il y a eu 51 résultats favorables (diminution et disparition des quintes), soit 71 p. 100; 20 résultats défavorables (diminution minime ou nulle des quintes), soit 28,3 p. 100. L'âge des enfants traités varie de trois mois à douze ans. La durée de la période des quintes chez les malades injectés n'a pas dépassé vingt-huit jours. Le minimum de durée a été de huit jours; dans tous les cas favorables il se manifeste après l'injection du sérum une décroissance nette dans le nombre des quintes, tout d'abord peu après l'injection pendant la nuit, puis aussi pendant le jour. Pendant chaque quinte le nombre des reprises est diminué, le cri supprimé, les vomissements disparaissent presque complètement. L'expectoration devient rapidement jaunâtre, muco-purulente. Dans trois cas seulement, soit dans 4 p. 100 des cas traités, un érythème sérique a été observé; dans un cas il s'est accompagné de fièvre, dans un autre de phénomènes arthralgiques au niveau des genoux. De telles constatations sont extrêmement intéressantes et il est à souhaiter que le sérum anticoquelucheux de Bordet soit expérimenté d'une manière systématique dans les services de médecine infantile de nos hôpitaux parisiens.

J. MILHIT.

OPHTALMOLOGIE

Les paralysies oculaires. (POULARD. *La Clinique*, 19 déc. 1913.) — En ce qui concerne les paralysies oculaires, le point important pour le médecin n'est point tant de reconnaître si une paralysie oculo-motrice ressortit à une lésion portant sur tel nerf, localisée sur ses noyaux d'origine ou en tout autre point des voies oculo-motrices, mais c'est de savoir qu'il existe certainement chez le malade examiné une paralysie d'un muscle de l'œil, d'en dépister aussitôt la cause, en l'espèce souvent la syphilis, et d'instituer aussitôt le traitement approprié.

Un des premiers signes de paralysie oculaire c'est le strabisme qu'il importera de différencier du strabisme congénital, non paralytique, c'est aussi la diplopie; il faut encore signaler, parmi les signes les plus frappants, le ptosis, chute de la paupière supérieure déterminée par la paralysie du releveur, la dilatation pupillaire, la paralysie de l'accommodation ou impossibilité brusque de lire un livre ou de voir l'heure sur sa montre.

Au point de vue purement pratique, la constatation fruste d'une paralysie est suffisante : pour savoir quel est le muscle paralysé il suffira, en général, de se rappeler que la mydriase relève d'une paralysie du sphincter irien, le ptosis de celle du releveur de la paupière, la perte de l'accommodation, de la paralysie du muscle ciliaire; au cas de déviation du globe, la paralysie porte sur le muscle opposé à cette déviation.

Les symptômes des paralysies oculo-motrices varient suivant le siège des lésions : les paralysies peuvent intéresser une seule branche nerveuse ou un nerf tout entier; la lésion peut siéger au niveau des régions pédonculaire ou protubérantielle; il en résulte alors l'apparition des syndromes classiques de Weber, de Millard-Gubler; enfin, la lésion isolée des noyaux de l'oculo moteur détermine une foule de symptômes très spéciaux, dilatation pupillaire isolée, simple ptosis, diplopie, sans autre phénomène oculaire anormal; les lésions isolées des noyaux pédonculo-protubérantiels des nerfs moteurs rendent compte de l'ophtalmoplégie extérieure et de l'ophtalmoplégie intérieure; il faut encore signaler l'ophtalmoplégie nucléaire progressive, aiguë ou chronique, la poliencéphalite aiguë de Wernicke. Telles sont les diverses variétés des paralysies oculaires : en pratique, il suffira au médecin pour prescrire un traitement utile de reconnaître l'existence d'une paralysie sans attendre d'être en mesure de pouvoir la préciser très exactement.

J. MILHIT.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 9. — JEUDI 22 JANVIER 1914. 87e ANNÉE. JEUDI 22 JANVIER 1914. — N° 9.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 10 francs par an. Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 19 janvier. — Question donnée : « Face inférieure du foie. — Indications et accidents de la thoracentèse dans la pleurésie séro-fibrineuse. »

MM. Daudet, 14 1/2 + 22 = 36 1/2; Dalsace, 13 + 19 = 32; Renard (Jacques), 16 + 17 = 33; Pierre, 10 + 18 = 28; Benoist, 9 + 18 = 27; Borrien, 12 + 20 = 32; Boulay, 13 + 17 = 30; Mlle Pommay, 15 + 18 = 33; MM. Portes, 17 + 19 = 36; Roberti, 16 + 19 = 35.

Séance du 20 janvier. — Question donnée : « Muscle grand et petit pectoral. — Des rétrécissements non cancéreux de l'œsophage. »

MM. Fris-Larrouy, 11 + 20 = 31; Cathala, 17 + 24 = 41; Boutelier, 15 + 21 = 36; Richard, 16 + 19 = 35; Bloch, 17 + 22 = 39; Thomas, 14 + 17 = 31; Mégret, 13 + 21 = 34; Mérigot de Treigny, 13 + 18 = 31; Evrard, 14 + 20 = 34.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — L'élection à la place rendue vacante par le décès de M. Lucas-Championnière a eu lieu lundi.

M. Charles Richet a été élu au premier tour par 42 voix; M. Reclus a obtenu 11 voix, M. Delorme 2 et M. Quénu 1.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le médecin-major de deuxième classe Fulconis est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

GUERRE. — Sont nommés, dans le cadre du corps de santé militaire, au grade de médecin aide-major de deuxième classe, pour prendre rang du 31 décembre 1913, et provisoirement dans l'ordre alphabétique ci-après, les élèves de l'école du service de santé militaire reçus docteurs en médecine et les docteurs en médecine directement admis, après concours, à l'école d'application du service de santé militaire dont les noms suivent et qui sont pourvus de l'emploi de médecin aide-major de deuxième classe élève à l'école d'application du service de santé militaire :

MM. Amidieu, Aréne, Arlabosse, Attané, Ablant, Avinier, Bassargette, Berge, Bergès, Bergis, Bertrand, Bollot, Bourgeois, Boutin, Bravet, Bresson, Cambon, Castey, Chaumet, Coffiney, Collet, Comband, Condamine, Convers, Costedoat, Coudray, Courty, Dano, Debord, Decrop, Detaye, Dionnet, Duffau, Ernoul, Eysserio, Fabre, Faur, Flayolle, Fossé, Galan, Gardey, Gauthier, Geraudie, Gibert, Giguet, Grosjean, Hassenforder, Hassler, Haton, Hébrard, Hecquet, Jughon, Lecompte, Légler, Le Lyonnais, Lesbre, Lhomel, Lhoste (J. M.-O.), Mauguière, Melnotte, Meyer, Monteux, Nénon, Pambet, Paoli, Parouty, Pellissier, Perrier, Petit, Pichot, Pounnadère, Pontoizeau, Poujol, Pourquier, Poy, Prunet, Proux, Rambault, Retrouvey, Rolland, Romain, Romey, Roshem, Rossinés, Rousset, Salle, Sallès, Sorrel, Streissel, Tardy, Tussau, Vidal, Volf.

— Instruction pour l'admission, dans l'armée active, des médecins et pharmaciens aides-majors et officiers d'administration de deuxième et de troisième classe du service de santé, de réserve, provenant des candidats visés à l'article 3 de la loi du 1er août 1913 :

« Paris, le 30 décembre 1913.

Les demandes d'admission dans l'armée active, formées par les officiers de réserve du service de santé (médecins et pharmaciens aides-majors, officiers d'administration de deuxième et troisième classe) servant au Maroc, seront transmises au ministre revêtues de l'avis des chefs hiérarchiques, à toute époque de l'année.

Elles devront parvenir à l'administration centrale (septième direction, premier bureau) un mois avant l'expiration du séjour de deux ans au Maroc, pour les candidats visés par le premier alinéa de l'article 3 de la loi du 1er août 1913. Pour ceux qui rempliraient les conditions fixées par le deuxième alinéa de ce même article 3, elles pourront être transmises pendant tout le cours de la deuxième année de séjour.

Ces demandes seront accompagnées des certificats de visite et de contre-visite prévus par l'article 4 du décret du 13 septembre 1913.

Préalablement, en vue de permettre l'appréciation de leur aptitude aux fonctions de leur grade, les candidats devront accomplir au Maroc un stage de trois mois au minimum, suivant le cas, dans un hôpital régional, une pharmacie ou un magasin de réserve du service de santé. Ils y seront placés en

sous-ordre et y seront examinés tant au point de vue de leur valeur professionnelle générale que des connaissances particulières afférentes au service de santé.

A la fin de ce stage, les résultats en seront consignés par le chef de service dans un rapport qui sera joint à la demande d'admission dans l'armée active.

Le ministre de la guerre,
NOULENS. »

LA LANGUE FRANÇAISE DANS LES FACULTÉS DE MÉDECINE AU CHILI. — La langue française vient d'être reconnue au Chili comme langue officielle au même titre que la langue espagnole dans les Facultés de médecine. Jusqu'à présent, les étudiants se servaient surtout de livres de médecine français, mais ils étaient obligés de passer leur examen en langue espagnole. Dorénavant, les professeurs auront aussi le droit de faire leur cours en français. Cette décision apporte une nouvelle preuve de l'intérêt que la science française et la librairie française trouveraient à se tenir en rapports suivis avec l'Amérique du Sud et ses Universités. (*Journal des Débats*, 21 janvier 1914.)

L'EXTRACTION DE L'IODE DANS LA MALAISIE NÉERLANDAISE (1). — La majeure partie de l'iode consommé dans le monde (500 tonnes par an en moyenne) provient : 1° des eaux-mères dans lesquelles, au Chili, on a fait cristalliser le salpêtre, eaux dans lesquelles l'iode est sous forme d'iodates alcalins ; 2° des cendres de varechs qui sont recueillis sur certaines côtes en Ecosse, en Norvège, en France, et depuis dix ans au Japon. Ces cendres renferment l'iode à l'état d'iodures alcalins et alcalino-terreux.

Depuis quelques années, on retire l'iode d'une troisième source : certaines eaux minérales de Java, aux Indes néerlandaises, dans lesquelles il est à l'état d'iodure de magnésium.

Des sources semblables existent en très grand nombre dans plusieurs autres régions du globe, mais nulle part la teneur n'est assez élevée comme à Java (jusqu'à 120 milligrammes d'iode par litre) pour permettre une exploitation rémunératrice. M. K. van Gelder (der Ingenieur) pense qu'on pourrait y arriver facilement en revisant les lois sur l'exploitation des sources iodifères. L'iode, en effet, n'a pas été prévu comme un des minéraux dont l'exploitation est régie par la loi de 1899 sur les mines; il en résulte que la plupart de ces sources appartiennent au propriétaire du sol, et, comme la propriété est très morcelée et appartient surtout aux indigènes, il est pratiquement impossible pour le moment d'exploiter les sources iodifères qui ne se trouvent pas sur une terre domaniale.

L'exploitation est très simple : l'eau de la source est amenée dans de grands bassins; on y fait dissoudre du gaz sulfureux et on y ajoute du sulfate de cuivre; l'iode précipite à l'état d'iodure cuivreux. Ce précipité contient en moyenne 50 p. 100 d'iode. C'est sous cette forme que l'iode est livré.

La production annuelle des Indes néerlandaises en iode a passé de 1859 kilogrammes en 1906, à 23980 en 1909. Les sources exploitées se trouvent toutes dans la résidence de Sourabaya. Ces sources et toutes les sources iodifères analogues reconnues à Batavia, Semarang et Timor, se rencontrent dans les terrains pétrolifères, près des puits à pétrole, si nombreux dans la Malaisie néerlandaise. L'eau iodifère se trouve dans les mêmes couches que le pétrole, mais alors que le pétrole se rassemble dans les anticlinaux, l'eau se rassemble dans les synclinaux. Le fait est dû simplement à la plus grande densité de l'eau saline.

EXTINCTION DU FEU DANS LE PÉTROLE OU L'ALCOOL, L'ESSENCE, VERNIS, ETC., PAR L'AMMONIAQUE (2). — L'usage du pétrole et de l'essence se répand de plus en plus; malheureusement les accidents d'éclairage et les incendies d'automobiles sont nombreux; il y a cependant un moyen simple d'arrêter l'incendie; aussitôt que le feu a pris au pétrole, essence, vernis, alcool, etc., il faut répandre dans la pièce et sur le foyer une bouteille d'ammoniaque dont les vapeurs éteignent le feu pour ainsi dire instantanément.

Cette propriété de l'ammoniaque s'applique à toutes les matières combustibles. Il est donc utile d'avoir toujours chez soi, dans les garages et dans le coffre des autos, une bouteille d'ammoniaque (alcali volatil).

On sait aussi que le sable sec est une des meilleures substances que l'on puisse employer pour éteindre un commencement d'incendie de pétrole ou d'essence, et dans les usines où ces combustibles sont employés on dispose à plusieurs endroits des seaux remplis de sable.

(1) *Revue scientifique.*
(2) *Revue de chimie industrielle* et *Union pharmaceutique.*

NOTE DE PRATIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS LE RÉTRÉCISSEMENT MITRAL

Pour combattre la dyspnée : un granule à 1/4 de milligramme de digitaline Nativelle ou XII gouttes de la solution au millième, pendant 3 ou 4 jours de suite, tous les 15 ou 20 jours.

COURS ET CONFÉRENCES

HOPITAL HÉROLD. — M. le docteur Barbier reprendra ses conférences de pathologie infantile le vendredi 23 janvier, à dix heures trente, au pavillon Grancher.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HOTEL-DIEU. — Une série de leçons sera faite à la clinique de l'Hôtel-Dieu pendant les mois de février et de mars 1914 les lundis à dix heures et demie (amphithéâtre Dupuytren).

Le professeur DE LAPERSONNE étudiera les lundis 9 et 16 février : « Les états glaucomateux, valeur comparée des diverses méthodes de traitement. »

M. CANTONNET, ophtalmologiste des hôpitaux, lundis 23 février et 2 mars : « Les troubles oculo-sympathiques. »

M. TERRIEN, professeur agrégé, lundis 9 et 16 mars : « Les plaies du globe oculaire, leurs complications immédiates et éloignées, leur traitement. Conséquences au point de vue médico-légal. »

M. MONTHUS, ophtalmologiste des hôpitaux, lundis 23 et 30 mars : « Tumeurs du globe de l'œil et tumeurs épibulbaires. Classification et anatomie pathologique. »

LEÇONS SUR LA STÉRILISATION DE LA SYPHILIS. — M. le docteur Leredde commencera, le dimanche 8 février, à dix heures et demie du matin, à sa maison de santé, 31, rue de La Boëtie, une série de conférences sur la « stérilisation de la syphilis », et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Ces conférences sont gratuites. Prière de s'inscrire par correspondance.

Programme. — Première leçon : Fréquence de la syphilis. Syphilis ignorée, acquise, héréditaire. Ses formes viscérales et nerveuses. Mortalité due à la syphilis.

Deuxième leçon : Définition de la stérilisation. Moyens de contrôle. Séroréaction (méthodes de Wassermann, de Hecht-Weinberg, de Jacobsthal). Examen du liquide céphalo-rachidien.

Troisième leçon : Traitement mercuriel. Accidents du mercure.

Quatrième leçon : Traitement par le salvarsan et le néosalvarsan. Technique.

Cinquième leçon : Accidents du salvarsan.

Sixième leçon : Technique de la stérilisation à la période initiale.

Septième leçon : Stérilisation de la syphilis ancienne.

Huitième leçon : Syphilis nerveuse. Tabes. Paralysie générale.

SÉANCE ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

du 21 janvier 1914

ÉLOGE

DE

CHARLES NÉLATON

(1851-1911)

Par M. E. ROCHARD,

Secrétaire général de la Société de chirurgie.

Naître à l'abri du besoin et porteur d'un grand nom, mener une vie faite toute de travail et de charité, savoir éviter les amertumes que la coupe de l'ambition laisse le plus souvent aux lèvres, s'entourer d'affections vraies et solides et disparaître un beau matin presque sans s'en apercevoir, tel est le *curriculum vitæ* que doit souhaiter un sage doublé d'un modeste.

Telle fut aussi l'existence de notre regretté collègue Nélaton, qui sut conserver intacte la gloire chirurgicale de son père, qui n'exerça son art que pour soulager l'humanité et sa fortune que pour diminuer la misère, qui, dans sa famille et parmi ses amis, sut créer de l'amour dans le sens le plus chaste du mot, et qui n'eut même pas le temps de faire un examen de conscience qui lui aurait dit : « Tu peux quitter la terre; tu n'as fait que du bien. »

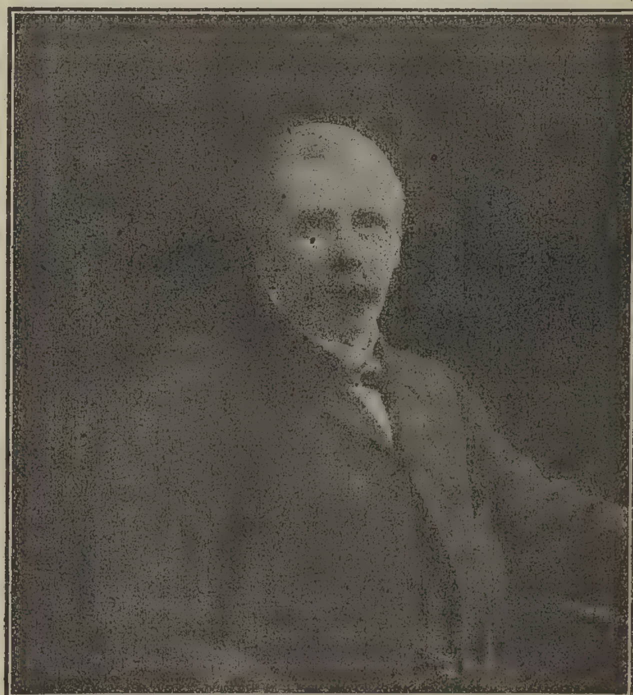
Tout cela est peu et c'est pourtant beaucoup quand on songe à ce qu'on demande à un fils qui embrasse une carrière que son père a rendu fameuse, et quand on réfléchit que le public ne comprend le renom, si petit qu'il soit, que chez ceux qui savent s'en montrer dignes et ne pardonne la possession de la fortune qu'à ceux qui en font un juste et légitime emploi.

*
* *

Le 6 janvier 1851, s'ouvrait à la Faculté de médecine un concours pour une chaire de professeur de clinique chirurgicale devenue vacante par la mort de Marjolin. Auguste Nélaton s'y présenta. Il avait affaire à de terribles adversaires (1). L'issue de la lutte demeura longtemps indécise. Ce ne fut qu'au dernier tour du scrutin qu'il parvint à l'emporter et ce fut aussi le dernier concours qui s'ouvrit à la Faculté de Paris pour une chaire de chirurgie. Quatre mois plus tard, le 2 mai, un fils lui venait au monde. Cette naissance vint mettre le comble au bonheur du grand Nélaton; ce fils devait, en effet, plus tard suivre la même carrière que lui et continuer son nom.

Tout d'abord, le jeune Toto (c'est ainsi qu'on l'appelait dans sa famille) ne montra pas de grandes aptitudes pour le travail. Son père pris par l'Institut, le Sénat, les Tuileries et une clientèle très absorbante, n'avait pas beaucoup de temps à lui consacrer. Aussi prépara-t-il son baccalauréat sous une direction étrangère et, devenu un homme accompli, disait-il volontiers qu'il n'avait appris à travailler qu'une fois sorti du lycée.

Quand il fallut choisir la voie que son fils devait suivre, Nélaton père, sachant combien serait lourde à porter une succession comme la sienne, ne poussa pas le jeune Charles vers la chirurgie et chercha à l'aiguiller du côté de la chimie; mais on lutte en vain contre des aptitudes héréditaires : celles du fils étaient d'embrasser la carrière paternelle. Pendant la guerre de 1870, il revêtit le tablier d'infirmier en accompagnant le grand Nélaton aux ambulances. C'est alors que sa vocation se manifesta tout à fait. Il serait chirurgien. Ce fut un grand bonheur pour son père, « ce fut une grande douceur pour lui de se reconnaître chaque jour davantage dans ce fils unique, et cette joie illumina les trois années qui lui restaient à vivre » (1).



Cliché PIROU.

Voilà donc notre collègue étudiant en médecine, et de par sa naissance, malgré son jeune âge, mêlé aux événements qui précédèrent la mort de Napoléon III. En 1872, mortellement atteint, l'empereur appela sur la terre d'exil celui auquel il avait donné sa confiance. Auguste Nélaton partit. Son fils, sachant déjà la santé de son père chancelante, ne voulut pas le laisser partir seul et le suivit à Chislehurst. Il reçut donc forcément bien des confidences, connut l'exacte vérité sur cette mort qui donna lieu à tant de controverses et sut dire la vérité quand le moment de parler fut venu.

Comment s'étonner dès lors que, par la suite, il soit resté fidèle à l'Empire? Petit-fils d'un capitaine de la garde tué à Waterloo, fils du chirurgien de

(1) Gosselin, Bouisson, Chassaignac, Jarjavay, Voillemier, Michon, Giraldès, Morel-Lavallée, Richet, Sanson jeune.

(1) *Eloge de Charles Nélaton*, par Etienne Moreau-Nélaton.

Napoléon III, ayant puisé dans sa famille le culte de l'Empire, il devait le garder toute son existence.

Nélaton n'eut pas le bonheur de conserver longtemps son glorieux père. La mort, qui avait enlevé l'empereur le 9 janvier 1873, ravit, le 21 septembre suivant, son fidèle chirurgien, et c'est à une mère dont les pleurs étaient à peine séchés, à une famille encore dans le deuil, que notre collègue dut apprendre, le 1er janvier 1874, sa nomination à l'externat. Il était, du reste, en tête de la liste des candidats, *ex æquo* avec son futur ami Jalaguier.

Sa préparation à l'internat se fit sous la direction de nos collègues Raymond et Tapret qui organisèrent une conférence à laquelle prirent part Championnière de Ribes, Segond, Brissaud, tous devenus plus tard, non seulement des amis fidèles, mais aussi des hommes ayant tous marqué leur place.

La réussite ne se fit pas attendre, et le 12 janvier 1876 Nélaton entrait en salle de gardes comme interne de Fournier ; puis il fut l'élève de Saint-Germain, de Panas, de Moutard-Martin et de Richet à l'Hôtel-Dieu où il entra par suite de la mort de Dolbeau, maître avec lequel il s'était promis de terminer son internat. C'est à cet hôpital qu'il fit plus ample connaissance avec Quénu et Jalaguier qui nouèrent avec lui une de ces amitiés que rien ne peut altérer et qui resserrent les affections souvent mieux que les liens de la parenté.

Il est une figure qui joua aussi un rôle considérable dans la carrière de Nélaton, c'est celle de Farabeuf. Certes, il gardait dans son cœur un souvenir de profonde reconnaissance à celui qu'il appelait le père Sappey, mais le nouveau professeur de l'Ecole pratique attirait à lui notre jeune collègue par ses éminentes qualités de précision, de clarté, et cette maîtrise de l'enseignement anatomique qui, grâce aux merveilleux dessins de l'artiste, dévoilait les secrets du corps humain, les faisait apparaître au tableau avec une lumineuse évidence et une virtuosité qu'il sera difficile d'égaler. Nous trouverons, du reste, dans l'œuvre de Nélaton, l'empreinte des travaux de celui qu'il appelait « le patron ».

Nommé chirurgien des hôpitaux en 1884, professeur agrégé en 1889, il ne resta que six ans au bureau central. Il put s'y perfectionner dans son art, car comme plusieurs d'entre nous, comme moi en particulier, il eut le grand honneur d'être choisi comme assistant par un maître vénéré, j'ai nommé notre ancien président, Charles Perier. Il lui conserva, comme nous lui conservons tous, une profoude affection, doublée de la plus grande reconnaissance.

Il fut successivement chef de service à l'hospice d'Ivry, à la Maison Dubois, à Tenon, et en 1895 à Saint-Louis. C'est seulement à cet hôpital qu'il se trouva réellement dans le milieu qui lui plaisait. Il pouvait y vivre dans le souvenir de son père dont une de ses salles portait le nom, et c'était un des derniers établissements hospitaliers dont les sœurs n'avaient pas encore été expulsées.

Il y aurait fini sa carrière chirurgicale si la laïcisation n'était venue, en 1905, renvoyer les Augustines de Saint-Louis.

Il songea même, à cette occasion, à prendre sa retraite. Toutes les convictions de Nélaton le poussaient, en effet, à croire qu'il ne pouvait y avoir un bon personnel hospitalier si ce personnel n'était pas conventuel ; et, de plus, la sœur qui avait la direction de ses salles, la Mère Saint-Basile, avait pris sur lui une telle influence qu'il estimait que sans elle il ne serait pas sûr de pouvoir procurer les soins nécessaires à ses malades. Ils ne sont pas très rares les chefs de service qui donnent ainsi une place souvent prépondérante à leurs surveillantes en chef. Elles ont la supériorité de la personne qui ne vous quitte pas, qu'on connaît depuis des années et qui est accoutumée à vos habitudes, et leurs légers défauts sont souvent compensés par leurs grandes qualités. Aussi, quand Nélaton fut certain que la Mère Basile et ses Augustines le suivraient à l'hôpital Boucicaut, il n'hésita plus. Il n'eut pas à se repentir de cette décision, car, dans ce nouvel établissement où il resta jusqu'à sa mort, il fut entouré de l'estime et de la sympathie de tous, et, assisté de son élève et ami Ombrédanne, il put s'adonner à telle ou telle branche de la chirurgie qu'il affectionnait davantage.

*
* *

La chirurgie, par son côté le plus important, est un art manuel puisqu'il réclame de l'adresse, du talent, de l'ingéniosité, de la virtuosité dans le diagnostic comme dans l'intervention et va même souvent jusqu'à prétendre à l'esthétique; mais ses ouvrages sont périssables, puisqu'elle s'adresse à des sujets éphémères qui doivent retourner en poussière.

Ce n'est donc pas par la pérennité de leurs œuvres matérielles que les grands chirurgiens passent à la postérité, mais ils entrent dans l'histoire ou par la grande place qu'ils ont tenue dans leur temps ou par le côté scientifique de leurs productions, par la création de méthodes et de procédés qui portent leur nom.

Ils sont même rares ceux qui, à la clientèle considérable, à la grande réputation publique, ajoutent la célébrité scientifique.

Le grand Nélaton, chirurgien de l'empereur, donnant ses soins à toute l'élite française, sénateur, membre de l'Institut, grand officier de la Légion d'honneur, se rappelle à la postérité plutôt par son grand sens clinique, son habileté opératoire, ses qualités professorales et sa maîtrise dans la pratique que par le nombre de ses découvertes. Il avait au plus haut degré les qualités rares du grand clinicien et nous retrouvons ces qualités dans son fils.

Celui-ci était un chirurgien de vieille souche, n'avançant qu'à pas sûrs dans les sillons des nouvelles découvertes. Il n'acceptait une méthode, n'exécutait un procédé que s'ils avaient été consacrés par l'expérience. Il ne mettait pas toute la chirurgie dans la technique opératoire, mais donnait une très grande place à l'examen du malade qu'il estimait devoir être long et complet, et s'il n'était pas capable de ces coups d'aile chirurgicaux qui brisent

les toiles d'araignées de la routine, sa science clinique avait la solidité d'un roc : aussi était-il toujours de bon conseil.

Il a manifesté son activité dans toutes les branches de son art, mais la chirurgie des membres et les autoplasties ont surtout retenu longtemps sa perspicace attention.

L'étude des luxations et surtout des luxations anciennes lui plaisait particulièrement, il y retrouvait les travaux de son maître affectionné Farabeuf ; avec Hennequin, il s'occupa aussi des fractures et de leurs appareils, mais où il a montré une véritable virtuosité c'est dans la réparation esthétique des pertes de substances dues à la maladie ou aux malformations.

Ici, dans cette enceinte, nous avons été souvent à même d'admirer de superbes restaurations qui lui étaient dues, et notamment dans les rhinoplasties où il était passé maître. Notre Société lui était particulièrement chère ; son père avait été un de ses fondateurs, et il en fut successivement le secrétaire général et le président. Vous vous le rappelez tous.

Voici venir vers vous un homme d'une certaine corpulence, fortement charpenté, le dos légèrement voûté, la tête plutôt petite s'enfonçant volontiers entre deux robustes épaules. Il s'avance, précédé d'une atmosphère de bonhomie et de bonté et vous tend cordialement la main. C'est ainsi que se présente à ma mémoire le souvenir de notre sympathique collègue.

Si on pénètre plus avant dans le détail de sa physionomie, on découvre sur son visage une expression de franchise à laquelle se joint une petite pointe d'ironie, surtout marquée dans les yeux, qui, assez rapprochés l'un de l'autre, rient facilement, en même temps qu'un air de gaieté s'épanouit sur tous ses traits.

Le front est légèrement fuyant, le nez et les moustaches fortes, les joues et le menton frappé d'une fossette sont méticuleusement rasés, portent comme l'empreinte du second Empire et sont d'accord avec ses opinions politiques. Sa tenue est impeccablement la même. Il n'a jamais sacrifié à la mode et la question de la toilette est chez lui plutôt une corvée qu'un plaisir. Sa démarche est simple comme sa personne; c'est un modeste à l'allure paisible ; mais vient-il à prendre la parole dans une discussion? Toute sa physionomie s'éclaire, s'illumine. On est frappé de la lucidité de son exposition, de la netteté de ses idées et du bon sens qui émane de ses paroles. J'ai même entendu plusieurs fois des membres de notre Société qui avaient écouté les discours du père retrouver dans les communications du fils les qualités précieuses du grand clinicien.

Nélaton n'avait pas vu le plus petit ruban rouge briller à sa boutonnière, et pourtant jamais croix n'eût reposé sur un cœur plus généreux.

Quelques jours avant sa mort, il apprit qu'on avait l'intention de le décorer et aussitôt il usa de tout son pouvoir pour que cette distinction allât à notre collègue Villemin, obligé prématurément par la maladie d'abandonner la pratique chirurgicale. Et Nélaton et Villemin, ces deux fils de deux grandes gloires médicales françaises, tous deux chirurgiens des hôpitaux de Paris, tous deux ayant marché dignement sur les traces de leurs pères, sont entrés dans le tombeau sans être faits chevaliers. Cependant, nous voyons presque chaque année d'illustres inconnus recevoir l'étoile des braves pour avoir montré des produits quelconques dans une vitrine d'exposition ; et le pauvre ruban de la Légion d'honneur n'a même pas la ressource de pouvoir en rougir.

*
* *

Nélaton était adoré de ses malades, il était paternel à leur égard et savait leur inspirer la confiance. Il répandait du reste autour de lui une atmosphère de sympathie et ne comptait que des amis. Nous en avons encore eu tout dernièrement la preuve le 2 décembre 1912 à l'hôpital Boucicaut, lors de la remise à l'Assistance publique du médaillon qui représentait son image. Tous avaient tenu à lui rendre ce dernier hommage.

Il était indulgent comme tous les hommes qui n'ont rien à se reprocher et qui ont quelque philosophie de la vie. Il était essentiellement bon et mettait en pratique cette maxime que lui avait léguée son père : « Mes enfants, faites beaucoup de bien et peu de bruit. »

C'était un caractère et je n'en veux pour preuve que ces deux faits dans lesquels on se demande ce qu'il faut le plus admirer, ou le parfait esprit de justice ou le sublime désintéressement doublé d'une touchante modestie.

A l'un de ces rudes concours du bureau central qui laissent un tel souvenir qu'on se demande longtemps comment on a pu réunir toutes les conditions du succès, Nélaton était, pour ainsi dire, assuré de sa nomination, quand on apprit qu'il venait de se retirer de la lutte. Cette conduite lui était dictée par un scrupule de conscience. Il savait le jury bien disposé en sa faveur et cédait ainsi la place à son concurrent qu'il jugeait plus digne que lui d'arriver.

On sait combien le titre de professeur est recherché par beaucoup d'entre nous. Il en est même qui, à peine sortis de l'internat, voient dans leurs beaux rêves la robe écarlate illuminer de son éclat la fin de leur carrière. Un jour, de nombreux amis vinrent prier notre collègue de poser sa candidature à une chaire vacante de la Faculté. Ils apportaient même la quasi-certitude de la réussite. Nélaton avait cinquante-sept ans. Il se borna à répondre : « Je suis trop vieux, je ferai un mauvais cours ou je me tuerai à la peine, je ne veux ni du ridicule, ni du suicide, je ne serai pas professeur. » Ne trouvez-vous pas, mes chers collègues, ces paroles lapidaires et la conduite de notre ancien président digne des temps antiques. Notre collègue, comme Hippocrate, eût refusé les présents d'Artaxercès et, dans ce xxe siècle, où toutes les tendances semblent aller vers le succès, sans se beaucoup préoccuper des moyens employés pour y parvenir, il faut s'incliner avec respect devant la droiture sereine, la belle tenue de conduite de Charles Nélaton, qui, sans dédaigner les honneurs,

ne les voulait que s'il croyait les mériter et eût renoncé aux dignités, même les plus élevées, si, pour y parvenir, le moindre soupçon eût pu venir effleurer sa conscience restée toujours pure et sans tache.

*
* *

Pour parcourir le long et quelquefois dur chemin de la vie, trouver une nature en parfaite harmonie avec la sienne est un des plus grands bonheurs qu'on puisse souhaiter au meilleur de ses amis : Nélaton eut ce bonheur qui lui était bien dû. Il rencontra dans son épouse la communion d'idées la plus complète, la femme qui pense comme son mari, qui s'associe à ses peines comme à ses joies, qui l'encourage dans le désir de bien faire et qui veut encore décupler ce désir, celle qui fond son existence dans la vôtre et pour laquelle la disparition de l'être aimé laisse sur la terre une pauvre chose désemparée qui continue à vivre automatiquement dans le seul souvenir de celui qui n'est plus.

Notre collègue, du reste, avait pu apprécier les qualités de celle qui devait devenir un jour sa femme. Fille de l'ancien notaire de Napoléon III, Mlle Emilie Mocquard était d'une famille amie de la sienne. Ils avaient été élevés pour ainsi dire ensemble et leur mariage au lendemain de la nomination de notre collègue au bureau central ne fut que la réalisation d'une décision prise depuis longtemps.

Les âmes, a-t-on écrit, s'allument les unes aux autres comme des flambeaux : les pensées des deux époux devinrent donc communes et une existence faite de bonheur s'écoula désormais pour ces deux êtres si bien faits pour se comprendre.

Nélaton adorait la vie de famille, il aimait les arts et particulièrement la peinture ; mais, après la chirurgie, ce qui le passionnait le plus, c'était la chasse. C'est, du reste, un goût très répandu dans le corps médical et principalement parmi les chirurgiens. Le public a vite trouvé une explication à cette tendance particulière. Il s'est figuré que nous sommes des êtres altérés de sang qui, non contents de le verser aux dépens de nos semblables pendant la semaine, veulent encore le dimanche se plonger dans celui des animaux. Cela me rappelle le mot charmant d'un confrère que je vais me permettre de vous redire. Interrogé par quelqu'un qui lui demandait pourquoi il chassait, il répondit à son interlocuteur ébahi : « L'Humanité ne me suffit plus. »

Il en va, du reste, tout autrement et on comprend qu'un homme qui, pendant six jours, a vécu dans la tension des préoccupations constantes ait besoin le septième de se donner une détente et de changer le cours de ses idées. Quand il a mis une quarantaine de kilomètres entre lui et ses clients, il se sent tranquille, incapable d'être touché par la moindre lettre ou le plus petit appel téléphonique et il jouit avec un grand bonheur du calme des champs et du doux murmure des feuilles qui tombent dans les allées jaunies des bois. C'est dans sa propriété du Déluge que Nélaton se livrait à son sport favori. Tout jeune, son oncle, possesseur de cette terre, lui avait mis un fusil entre les mains. Plus tard, son père fit l'acquisition d'un domaine du nom de Malnoue où notre collègue continua ses exploits cynégétiques, mais ce fut une satisfaction réelle pour lui quand il redevint possesseur du Déluge. Pour un enfant, le souvenir de la propriété où il a vécu ses premières années et tué son premier oiseau est toujours vivace, c'est comme une petite patrie dont il rêve toujours ; aussi, malgré les tristes circonstances qui l'en rendirent maître, il eut comme un regain de jeunesse quand il vit cette terre devenir sienne, et quand il put parcourir les champs et les bois qu'il avait autrefois quittés.

Il était adoré dans ce pays et, avant de chasser, il lui fallait donner de nombreuses consultations à tous ses voisins qui n'avaient confiance qu'en lui. A Marcoussis, village près duquel se trouvait le Déluge, il était conseiller municipal, était toujours porté sur la liste réactionnaire et sur la liste radicale-socialiste, ce qui fait qu'il arrivait toujours en tête. Sa bonté avait trouvé moyen de concilier toutes les opinions politiques.

La confiance de ses collègues avait appelé Nélaton à représenter le corps des hôpitaux auprès de l'administration de l'Assistance publique. C'était lui qui portait notre parole au conseil de surveillance. Cette distinction venait, à fin de carrière, lui prouver encore notre confiance et notre amitié. Là encore, il sut tenir la place dont on l'avait jugé digne et, quoiqu'un affreux réactionnaire, se faire écouter et apprécier.

Nélaton vivait heureux au milieu des siens, après bien des vicissitudes il était devenu grand-père. Il avait réintégré avec bonheur cette maison de l'avenue d'Antin où il avait passé une si grande partie de sa jeunesse. Rien ne faisait prévoir sa disparition si rapide.

Mais le jour était venu où « sa vie assagie dut s'en aller silencieusement à son heure, sachant son terme atteint, comme, avec le sommeil, elle semble se retirer silencieusement chaque soir, sachant sa tâche faite (1) ». Et le 23 juillet 1911, il s'éteignait doucement, pour ainsi dire, sans s'en apercevoir.

Bossuet déclare indigne d'un chrétien de ne s'évertuer contre la mort qu'au moment où elle se présente, mais Nélaton s'était préparé « dans la clarté des jours et dans la force de son intelligence » à ses derniers moments de sorte que, si courts qu'ils furent, les croyances les plus pures et les plus lucides durent certainement, comme « des anges de paix », accompagner son dernier souffle.

Mes chers collègues,

Pascal, dans le *Discours sur les passions de l'amour*, qu'on croit pouvoir à juste titre lui attribuer, donne cette appréciation d'une existence enviable : « Qu'une vie est heureuse, dit-il, quand elle commence par l'amour et finit par l'ambition ! Si j'avais à en choisir une, je prendrais celle-là... » Il est probable que Pascal ne connaissait pas toute l'amer-

(1) MAETERLINCK.

tume des désirs non réalisés et Nélaton fut encore plus sage, quand il supprima l'ambition de son existence. Nul plus que lui n'était désigné pour prétendre à la plus belle carrière chirurgicale et aux honneurs qu'elle apporte. Sa modestie lui fit préférer le calme d'une vie simple aux agitations que donnent les grandeurs.

Il se borna à être un homme tout d'une pièce, dont les manifestations matérielles de l'existence furent toujours d'accord avec ses principes. Si la morale pouvait emprunter à la science une figure pour déterminer la vie de Nélaton, elle pourrait la comparer à une ligne droite partant du jour où, à son entrée dans le monde, il fit sa première inspiration, jusqu'au moment où il exhala son dernier soupir.

Jamais la plus petite compromission, jamais la moindre défaillance; il s'éleva dans l'échelle sociale par son seul mérite.

Il partagea les opinions de ses aïeux, il resta fidèle à la religion de ses pères; l'indulgence, la bonté, la charité, furent toujours ses qualités maîtresses et ce bel équilibre entre ses actes et ses idées fit de Nélaton un homme complètement heureux.

Il nous a donné un bel exemple et sa vie peut être prise comme modèle.

LA MASSE HIBERNALE

Par M. Henri VIGNES.

Un certain nombre d'idées préconçues m'ont poussé à étudier l'organe appelé glande hibernale et qu'il vaut mieux, je crois, appeler masse hibernale. J'ai été amené à observer des faits assez différents de ce que je cherchais, mais qui présentent un certain intérêt pour l'étude de l'hibernation et qui permettront peut-être des recherches biologiques et thérapeutiques fructueuses.

La masse a été bien étudiée au point de vue anatomique et histologique par plusieurs auteurs que je résumerai d'abord. Un certain nombre de points nécessitent cependant des investigations nouvelles.

La masse hibernale encore appelée glande hibernale ou hibernante, glande interscapulaire, organe hibernal, se présente comme une masse bilatérale ou médiane, lobulée, de couleur brun orange et située principalement à la région interscapulaire. Sa coloration et sa consistance permettent de la distinguer très nettement du tissu adipeux qui l'avoisine.

La masse est particulièrement abondante chez les animaux hibernants (hérisson, marmotte, etc.). Chez eux, elle subit de très importantes modifications pondérales, si bien que très abondante et très diffuse au début de l'hibernation, elle n'a plus qu'un volume insignifiant au moment du réveil. Mais elle existe aussi chez des animaux non hibernants, rats, souris. J'ai pu me rendre compte qu'elle existait dans plusieurs espèces chez lesquelles elle n'avait pas été signalée, soit à l'état adulte, soit à l'état jeune. Chez tous les animaux, elle a un poids notable : par exemple chez le rat d'égout, j'en ai trouvé 3 grammes par kilo; dans toutes ces espèces, elle ne subit pas de modifications pondérales saisonnières, mais le jeûne détermine une diminution très nette.

Elle n'est pas bien limitée, elle présente des prolongements et de nombreux lobules aberrants ; suivant les espèces, on en trouve à la région cervicale, au voisinage de l'aorte, à la région axillaire, à la nuque. Au surplus elle offre une très grande variété d'aspect, d'étendue et de rapport suivant l'espèce. Ses artères proviennent des artères dorsales et des artères axillaires. Ses veines, qui sont multiples et scalariformes chez l'embryon, se résument chez l'adulte en deux gros troncs symétriques qui par les côtés de la colonne vertébrale gagnent directement la veine cave supérieure.

Shinkiski Hatai l'a retrouvé chez l'embryon humain (de 7 centimètres à 26 centimètres) et jamais chez l'adulte. C'est un organe long, pair, situé au cou et à la région scapulaire et chez l'embryon de 260 millimètres, elle mesure 95 millimètres de long.

La masse hibernale est formée de cellules très distinctes, de forme polygonale, à noyau bien visible et dont le protoplasma se colore d'une façon intensive; ces cellules présentent de nombreuses granulations graisseuses qui n'ont aucune tendance à s'unir comme elles le font dans l'infiltration graisseuse du foie et dans le tissu adipeux. Le noyau siège toujours au milieu et n'est jamais accolé à la cloison comme dans les cellules adipeuses. Les changements de volume de la masse sont en rapport avec la réplétion des cellules et non avec leur multiplication, car il n'existerait pas de mitoses chez les adultes. Cette structure rappelle celle de la cellule graisseuse embryonnaire ; or la cellule graisseuse embryonnaire a la structure d'une cellule glandulaire et sans doute le même comportement physiologique ; Milne Edwards en faisait un élément glandulaire et cette théorie répond trop bien à l'aspect cytologique pour ne pas être admise.

Shinkiski Hatai décrit la masse comme formée de cellules adipeuses épithélioïdes. Il s'agit en un mot de cellules qui présentent la structure de ce que M. Mulon a appelé graisses antitoxiques.

Des recherches histochimiques que j'ai commencées m'ont permis de retrouver les caractères de ces graisses. J'ai ainsi été amené à considérer la masse comme bourrée de graisse noble (Krause), de lipoïdes.

La masse hibernale avait toujours été considérée comme une réserve nutritive, un dépôt adipeux (Carlier). L'animal hibernant brûlait sa graisse et surtout, disait-on, celle de sa masse hibernale.

Etant donnés la grande abondance de graisse blanche, banale, au début de l'hibernation, et d'autre part les caractères cytologiques auxquels je faisais allusion tout à l'heure, j'ai été amené à me demander si ce tissu ne jouait pas un rôle plus actif et s'il n'intervenait pas dans certains phénomènes physiologiques et plus spécialement dans les phénomènes encore mal connus de l'hibernation.

J'ai d'abord établi que le principal lipoïde de cette masse présentait les réactions des lécithines, et mon ami Béchamp m'a appris que j'avais affaire à une jécorine.

Nerking a montré que le sang du hérisson est extraordinairement riche en lécithine. Ce fait est en contradiction, d'une part avec l'immunité relative de cet animal vis-à-vis du venin de cobra, et d'autre part avec le rôle activant de la lécithine vis-à-vis de ce venin. Mais Nerking suppose que la lécithine du hérisson est peut-être différente de celle qui donne les cobra-lécithines, et qu'il existe des substances inhibitrices de cette action activante telles que de la mucine ou du glycogène.

Il convient aussi de rappeler que Shinkiski Hatai a montré que la lécithine augmente la résistance aux changements de température.

J'ai ensuite étudié les effets de l'extirpation de cette masse (hibernectomie). Cette opération est facile chez le rat. En général, elle détermine une émaciation progressive des animaux et leur mort en quelques jours ou quelques semaines. Chez la souris, par contre, l'opération est plus difficile mais donne des survies indéfinies après une perte de poids souvent très marquée. Ainsi, chez des animaux non hibernants, il semble que cet organe joue un rôle important.

La diffusion de la glande chez le hérisson et la marmotte ne m'a pas permis de réussir chez eux l'hibernectomie.

J'ai ensuite, pendant le temps de survie de mes opérés, étudié leur résistance aux intoxications. On sait que l'hibernation s'accompagne d'une augmentation de la puissance antitoxique, par exemple Noé a montré que le hérisson au début de l'hibernation (novembre) est dix fois plus résistant à l'intoxication par la morphine qu'en juillet. Cette résistance va en décroissant jusqu'après le réveil.

Il en est de même de beaucoup d'autres toxiques, ce fait a été rapporté à l'état de vie ralentie des animaux.

J'ai observé, après hibernectomie, des faits de même ordre, et en particulier j'ai vu que l'intoxication par le chloroforme était plus grave chez le rat hibernectomisé que chez le rat témoin. Ce point est bien en rapport avec ce que nous savons depuis Overton sur le rôle des lipoïdes dans l'anesthésie.

Mais, à côté de ce fait, j'ai vu que les rats opérés, pourtant en mauvais état, supportaient mieux l'injection par l'adrénaline que les témoins. J'ai vu aussi que la toxine tétanique était activée par des extraits de masse.

En somme, la masse intervient vis-à-vis des substances toxiques tantôt comme empêchant, tantôt comme activant. Il est un peu paradoxal de voir qu'un animal qui a subi une opération à pronostic fatal résiste mieux à une intoxication qu'un animal sain. C'est alors que je me suis demandé si cette activité n'intervenait pas dans l'action des ferments de l'organisme, et j'ai eu la bonne fortune d'établir que la masse semblait activer les ferments qui permettent d'utiliser les hydrates de carbone et les graisses, mais qu'elle économisait les albuminoïdes par une action antiprotéolytique très nette. Elle permettrait ainsi à l'animal hibernant la meilleure utilisation possible de ses réserves.

Cette dernière conclusion est à rapprocher de ce fait bien établi par les physiologistes que les phosphatides, et d'une façon plus générale le phosphore, sont des aliments d'épargne pour l'azote.

J'ai tenu à exposer ces recherches, parce que je les crois susceptibles d'applications à la thérapeutique, et je souhaiterais les voir tenter par d'autres mieux à même que moi de le faire.

L'hiver amène pour un certain nombre de personnes des malaises et des maladies parfois graves, par exemple des vomissements (Kouchev), du prurigo, de l'hémoglobinurie. Il *n'est pas impossible* que des extraits de masse hibernale ou des préparations de lécithine puissent influer sur ces affections.

D'autre part, Vierordt a montré que, chez l'animal pendant l'hibernation, le nombre des globules rouges du sang tombe à 2 000 000 au lieu de 7 000 000 qu'il était avant qu'il ne s'endorme. Or, Neisser a signalé que la polyglobulie s'accompagne de somnolence invincible, et Glikin a vu qu'il se produisait en même temps une augmentation considérable de la teneur du sang en lécithine. Il *n'est pas absurde de supposer* que peut-être il existe comme substratum de ce syndrome, dans certains cas, une reviviscence de la masse hibernale.

BIBLIOGRAPHIE

Carlier. *Journ. of anat. and phys.*, 1898, t. XXVII, p. 508.
Hansemann. *Arch. f. Anat. und Phys.*, 1902, p. 160.
Hatai Shinkiski. *Amer. Journ. of phys.*, vol. X, n° 1, p. 57-66; — *Anat. Anz.*, 4 juillet 1912, vol. XXI.
Kouchev. *Semaine méd.*, 3 fév. 1909.
Mulon. Sur l'existence de graisses antitoxiques, *C. r. de la Soc. de biol.*, 12 nov. 1910, p. 389.
Neisser. Somnolence et hyperglobulie, *Soc. scientifique de Stettin*, 3 mars 1908.
Nerking. *Bioch. Zeit.*, 26 mai 1908, p. 194.
Noé. *C. r. de la Soc. de biol.*, 9 janv. 1903, p. 40.
Vignes. L'extirpation de la masse hibernale, *C. r. de la Soc. de biol.*, 8 nov. 1913, p. 360; — Influence de la masse hibernale sur diverses intoxications, *Id.*, 15 nov., p. 397; — Influence de la masse hibernale du rat sur quelques ferments de l'organisme, *Id.*, 22 nov. 1913, p. 418.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 12 JANVIER 1914)

L'agent du debab d'Algérie. — M. Laveran, en 1907, a appelé l'attention sur les ressemblances existant entre les infections expérimentales produites par un trypanosome originaire du haut Niger qu'il a décrit sous le nom de *tr. Soudanense* et celles que détermine le trypanosome de l'épizootie algérienne atteignant les dromadaires, et parfois les chevaux, qui est désignée en général sous le nom de *debab*.

La même année, il a pu fournir la preuve de l'identité des deux trypanosomiases.

Récemment, M. Laveran a fait de nouvelles expériences qui lui ont montré que le trypanosome du *debab* doit être identifié au *tr. Soudanense*. Il n'a rien de commun avec le *tr. Evansi*, agent du surra.

Leprazellen et plasmazellen. — MM. Argaud et Brault. Les leprazellen de Virchow ne répondent pas à une entité

structurale inhérente à la lèpre, ce sont tout simplement des cellules phlegmasiques qui dégénèrent sous l'incitation bacillaire, se vacuolisent et finissent par devenir les cellules *en écumoire*.

Sur la résistance du gonocoque aux basses températures. — MM. A. Lumière et J. Chevrotier. Les bactériologistes admettent unanimement que le gonocoque perd sa vitalité avec une extrême facilité ; tous les traités classiques affirment que du pus blennorragique conservé pendant vingt-quatre heures dans un tube à vaccin est stérile et que le développement des cultures de ce microorganisme se trouve définitivement arrêté par un séjour de quelques heures à la glacière de 0 degré.

On admet encore que les cultures du diplocoque de Neisser meurent en quinze jours ou trois semaines et que leur ensemencement en série devient rapidement négatif.

Les auteurs ont soumis des gonocoques provenant de neuf souches différentes d'urétrite aiguë ou chronique, à des températures de — 17 degrés et — 20 degrés pendant quarante-huit heures.

Ces cultures ont donné au dégel des ensemencements tous positifs.

Dans une autre série d'essai, le refroidissement à — 20 degrés a été prolongé pendant dix jours, sans que les microbes aient aucunement souffert de ce traitement.

Un autre lot a été mis dans l'azote liquide à — 195 degrés; après vingt-quatre heures de ce traitement, le diplocoque avait conservé toute sa vitalité.

La virulence des cultures soumises à ces influences thermiques est en cours d'étude.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 20 JANVIER 1914)

Le fluor dans l'organisme. — M. Gautier a trouvé du fluor dans tous les organes à doses très variables. Il en a trouvé dans l'épiderme, les poils, les cheveux, les cartilages, les tendons, le tissu nerveux, les glandes. Poursuivant ses recherches, il indique que l'œuf de poule contient des quantités de fluor assez importantes. C'est la coquille et le jaune d'œuf qui renferment le plus de fluor, proportionnellement à leur poids. C'est ainsi que le jaune d'œuf contient environ 0mgm900 de fluor, alors que la coquille en recèle 0mgm516.

On trouve également du fluor dans le blanc de l'œuf et dans la fine membrane intérieure.

Le fluor est toujours fonction du phosphore. Là où il y a le plus de phosphore il y a également plus de fluor.

Etude sur la lutte contre le choléra en Bulgarie. — M. Babès (de Bucarest) fait une importante communication sur ce sujet qu'il a particulièrement étudié durant la dernière guerre. Il insiste sur l'efficacité de la vaccination anticholérique. Il résume ainsi les meilleurs moyens de combattre les épidémies : isolement des premiers cas, alimentation en eau potable irréprochable, surveillance et désinfection des individus souillés par les matières cholériques, vaccination des sujets exposés, dépistage des porteurs de germes.

L'auteur remarque que la persistance des vibrions dans les fèces ne dépasse pas la durée de l'épidémie et que ce n'est pas par les porteurs de germes qu'une épidémie éteinte en automne peut être regénérée au printemps suivant.

Règles acoustiques et cliniques de la rééducation auditive. — M. Marage donne la préférence à la rééducation auditive par les vibrations aériennes et non par les vibrations métalliques. Il conseille de surveiller chaque semaine l'acuité auditive du malade avec un acoumètre.

Abcès exceptionnel dû à l'appendicite. — M. Routier communique l'observation d'une femme de trente-quatre ans qui fut atteinte de symptômes aigus abdominaux à début brusque pris pour une fièvre typhoïde. Au cours de la maladie apparut au-dessous et à gauche de l'ombilic une zone empâtée et douloureuse que M. Routier reconnut être un abcès. Il fit une laparotomie médiane et parvint à ouvrir cet abcès en dehors du ventre. Après une amélioration passagère la fièvre s'alluma de nouveau et la malade succomba à la septicémie. On vit, à l'autopsie, qu'il s'agissait d'une appendicite gangréneuse avec un abcès entre les feuillets du mésentère, c'est-à-dire extrapéritonéal.

Présentation. — M. Albert Robin présente, à l'Académie, la *14e Année électrique, électrothérapique et radiologique* du docteur Foveau de Courmelles qui a rassemblé, comme d'ordinaire, dans ce volume annuel, les progrès électriques, industriels et médicaux. Ces derniers, auxquels il a tant contribué personnellement, en occupent la plus grande place. La radio et radiumthérapie, en gynécologie, dont il fut rapporteur au XVIIe Congrès international des sciences médicales de Londres, en août dernier, comme la radiologie, nouvelle section à ce congrès, y tiennent leur légitime place : le cancer même étant souvent amélioré ou soulagé par ces agents.

Le radium et les eaux minérales, l'électrophysiologie et l'électrothérapie, la sécurité et la jurisprudence électriques, intéressent grandement le monde médical et y sont magistralement traitées.

M. Robin loue la persévérance, la conscience et la concision avec lesquelles l'auteur a rassemblé, depuis quatorze ans, tant de documents précieux et indispensables aux sciences médicales.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 17 JANVIER 1914)

Sérum antigonococcique actif. — MM. R. Debré et J. Paraf sont parvenus, comme ils l'ont indiqué dans de précédentes notes, à préparer un sérum antigonococcique actif en immunisant des lapins. La meilleure façon de procéder leur a paru être la suivante : injections alternativement intraveineuses et sous-cutanées d'un mélange de gonocoques vivants et de microbes morts ; injections faites tous les deux jours, puis tous les quatre jours, puis tous les six jours, en partant de doses faibles augmentées progressivement ; choix de races aussi variées que possible.

Au bout de trois mois les auteurs ont pu obtenir un sérum actif dont ils ont pu titrer l'activité au moyen de la réaction de déviation du complément et surtout en étudiant son action in vivo par injection dans la chambre antérieure de l'œil du lapin d'un mélange de sérum antigonococcique plus ou moins dilué et de gonocoques.

Rôle antiseptique de certaines substances insolubles. — MM. L. Rénon, Ch. Richet fils et André Lépine indiquent le rôle antiseptique du carbone colloïdal électrique à petits grains en mesurant d'une manière précise le retard apporté par cette substance à l'acidification du lait par le bacille lactique. Cette action antiseptique est d'autant plus forte que la solution est en plus grande quantité se comportant à cet égard comme un antiseptique ordinaire.

Mécanisme de l'action du froid dans l'hémoglobinurie paroxystique a frigore (première note). — MM. G. Froin et Pernet. Grâce au phénomène de Donath et Landsteiner, on sait aujourd'hui que le plasma seul des hémoglobinuriques est malade tandis que leurs globules rouges se comportent comme ceux des sujets sains. Aussi est-il admis que le froid agit directement sur le plasma malade.

Le plasma contient un complexe constitué par l'adhésion de quatre substances : l'agglutinine, la sensibilisatrice, la toxine hématique (ou complément) et l'antitoxine. Ce sont ces substances dont l'adhésion se rompt à l'occasion du froid et entraîne l'hématolyse.

Néanmoins, l'action du froid ne s'exerce directement que sur la toxine hématique. Ce corps déjà sensible au froid à l'état physiologique le devient chez l'hémoglobinurique d'une façon exagérée et pathologique.

Pour maintenir son adhésion avec l'antitoxine la toxine utilise le chlorure de sodium. Lorsqu'elle est engourdie par le froid son chlorure d'adhésion l'abandonne; elle est alors libérée de son attache antitoxique et elle peut provoquer l'hématolyse.

Les auteurs apportent la preuve de l'action du NaCl sur le complexe, grâce à trois expériences qui montrent :

1° Que le froid prolongé s'oppose à l'action antihémolytique du chlorure de sodium ou atténue cette action;

2° Que le pouvoir antihémolytique du NaCl sur le sérum refroidi est abaissé, tandis qu'il reste normal sur le sérum à chaud;

3° Ils publieront la troisième expérience dans une prochaine note.

Greffe hydatique et éther. — M. Dévé conseille aux chirurgiens le large lavage de la cavité abdominale à l'éther lorsqu'ils se trouveront en présence d'un kyste hydatique rompu dans le péritoine. La submersion du champ opératoire à l'éther trouvera également son indication dans les cas où l'on pourra craindre une contamination de la plaie par des germes hydatiques vivants au cours de l'intervention. Elle sera indiquée, notamment, en cas de poches à contenu complexe dans lesquelles le formolage préalable est souvent impossible.

Autres communications :

Action sur la sécrétion pancréatique de différentes préparations de peptones. — MM. Sodré et Strodel.

Automatisme ventriculaire provoqué par la compression oculaire et l'atropine dans les bradycardies totales. — M. Petzetekis.

Recherches expérimentales sur la transfusion. Evaluation quantitative du sang tranfusé. — MM. Bardier et Clermont.

Emploi du chlorure d'éthyle pour la stérilisation des cultures microbiennes et la préparation des vaccins bactériens. — M. A. Berthelot.

La présence d'un tissu antagoniste maintient la différenciation d'un tissu cultivé en dehors de l'organisme. — M. Champy.

Au sujet des quantités de sérum nécessaires pour effectuer une réaction de Wassermann. — M. Duhot.

Influence du froid sur la leucocytose. — MM. Lassablière et Ch. Richet.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 9 JANVIER 1914)

Installation du bureau. — M. Castex, président sortant, prononce une allocution à laquelle répond M. Butte, président pour 1914.

Rapport du secrétaire général. — M. Paul Guillon, secrétaire général, lit son rapport sur les travaux scientifiques de l'année ainsi que les notices nécrologiques sur les membres décédés.

L'insufflation rythmique intratrachéale dans les interventions chirurgicales sur le poumon. — M. G. Rosenthal, pour se rapprocher des conditions normales du fonctionnement physiologique du poumon dans les grandes interventions thoraciques, préconise l'hyperpression rythmique obtenue par une double insufflation que produit un moteur qui donne une première distension faible, à laquelle se surajoute une dilatation rythmique par le jeu d'une soufflerie. L'auteur montre des pièces de pneumectomie expérimentale enlevées au chien et au lapin par ce procédé.

Essai critique sur la méthode d'Abbott. — M. Rœderer passe en revue les principes mêmes de cette méthode; quelques-uns paraissent discutables; mais il faut reconnaître cependant qu'il y a dans ce procédé un élément très remarquable du traitement des scolioses graves, élément qui vient s'ajouter aux autres méthodes depuis longtemps utilisées dans la thérapeutique de cette affection. Un grand nombre des principes d'Abbott vivront, alors même que sa méthode sera complètement modifiée; il y a donc là une orientation nouvelle dans le traitement d'une affection si déconcertante.

Des endocrinolepsies. — M. Léopold-Lévi donne le nom d'endocrinolepsies à un certain nombre d'accidents tels que migraine, asthme, urticaire, entérite muco-membraneuse, anxiété paroxystique, crises de canitie précoce, goitre paroxystique. Ces accidents éclatent comme une « décharge »; ils sont intermittents, évoluent sur un mode majeur et résultent de l'association à un symptôme principal d'autres troubles concomitants; ils sont subordonnés à un même sujet, et la concomitance de divers complexus analogues chez le même individu. Leur variabilité, leur mutabilité nécessitent l'intervention de centres nerveux prédisposés. Le terme d'endocrinolepsie oriente l'examen médical vers l'étude des troubles endocriniens et fournit la possibilité de faire disparaître les syndromes par l'endocrinothérapie.

La pratique actuelle de la lutte contre la tuberculose est funeste aux malades et à la société. — M. Guelpa montre que, pour l'efficacité de la lutte contre la tuberculose, les médecins doivent avertir sans retard le malade et l'entourage de la vraie nature de la maladie, de sa gravité et des responsabilités encourues dans le cas où elle serait insuffisamment traitée. Les autorités doivent assurer le service médical et le fonctionnement de laboratoires biologiques pour les analyses précoces et suivies nécessaires. D'accord avec les œuvres particulières, il faut créer des maisons économiques de cure à la campagne, des colonies agricoles où seront dirigés les tuberculeux menacés ou déjà atteints des premiers degrés de la maladie. Comme pour les aliénés dangereux, devront être organisés des établissements spéciaux pour recevoir les malades atteints de tuberculose ouverte.

Enfin, les malades reconnus guéris ne pourraient faire retour dans les centres populeux pour y demeurer ou pour travailler que sous de sévères responsabilités; ils devront être conseillés et aidés pour vivre modestement à la campagne, au moins pendant plusieurs années.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

ASTHÉNIE GRIPPALE

Pour relever la tension artérielle, XX à XL gouttes de la solution d'adrénaline au millième.

Comme médication stipulante, VIII à X gouttes de Vanadarsine dans un peu d'eau, avant chacun des deux principaux repas; ou mieux injection, tous les jours ou tous les deux jours, d'un centimètre cube de sérum Vanadarsiné. Après une vingtaine d'injections, laisser reposer le malade une à deux semaines, puis renouveler le traitement.

ANALYSES

MÉDECINE INFANTILE

Rechute de la scarlatine. (A. RÉMY. *Pédiatrie*, 15 déc. 1913.) — Les rechutes au cours de la scarlatine ont été signalées déjà par M. Jeanselme, par M. Hecht. M. le docteur Rémy en rapporte deux nouveaux cas observés à Nancy, l'un en ville, l'autre dans le service de M. le professeur Haushalter : dans les deux cas il s'est bien agi de rechute et non de récidive, c'est-à-dire « qu'après l'établissement apparent de la convalescence la totalité des symptômes qui ont caractérisé la première attaque se sont reproduits » ; dans un des cas la rechute fut bénigne; elle fut sérieuse dans le second cas. Le sexe et l'âge semblent n'avoir aucune influence sur la fréquence des rechutes : c'est habituellement au cours de la troisième, ou de la quatrième semaine que survient la rechute : elle se montre dans toutes les formes bénignes, moyennes ou graves, et rien dans l'évolution de la première poussée ne peut faire prévoir le retour de l'éruption. La rechute n'est pas une image atténuée de la première atteinte; ce n'est pas uniquement l'éruption, c'est la maladie tout entière qui apparaît et parcourt encore une fois son évolution cyclique. Le pronostic en est habituellement favorable. J. MILHIT.

CHIRURGIE

Cent cas d'estomac en siphon. (G. Reese SATTERLEE et L. T. LEWALD. *Journ. amer. med. Assoc.*, vol. LXI, n° 15, p. 1340-1344.) — L'estomac en siphon est un estomac en forme d'U peu ouvert ressemblant au siphon que les plombiers mettent sur les tuyaux d'écoulement des eaux ménagères. L'élément caractéristique est la position haute du pylore solidement rattaché à la colonne vertébrale par le ligament gastro-hépatique et le tissu rétropéritonéal. Le long diamètre est toujours vertical. L'antre pylorique est très long et mesure de 13,5 à 24 centimètres. Les auteurs considèrent ce type comme une entité spéciale due en grande partie à une malformation congénitale du canal gastro-intestinal associée à un mésogastre ou mésocôlon anormalement longs. L'influence du corset a été fort exagérée; les mauvaises habitudes et une mauvaise hygiène déterminent l'apparition de symptômes. Le thorax est toujours long et étroit et le bassin large. L'estomac en siphon est extrêmement rare chez l'homme. Le côlon est toujours ptosé ou le côlon transverse décrit une longue anse. Le diagnostic ne peut se faire que par les rayons X. Les cas légers se traitent très bien par des moyens médicaux, ceintures et corsets. Il faut absolument guérir la constipation. Les cas moyens peuvent être opérés par suspension de l'estomac, ainsi que les cas légers qui ne s'amendent pas sous l'influence du traitement médical. Les cas graves doivent être opérés.

Les auteurs insistent sur le caractère de malformation congénitale de cette lésion, que l'on n'a pas vu jusqu'ici, tandis qu'on a insisté sur le corset et le relâchement des parois abdominales causé par la grossesse. Or, l'estomac en siphon se voit aussi souvent chez les nullipares que chez les multipares; et la plupart des malades ne se serrent pas dans un corset, car le serrage détermine de suite des symptômes fort pénibles. F. GARDNER.

THÉRAPEUTIQUE

Sur le traitement de l'épilepsie par le sédobrol (Société médicale de Genève, in *Presse méd.*, Paris, 13 déc. 1913, n° 101, p. 1023.) — M. DEMOLLE. Le sédobrol est un mélange de bromure de sodium et d'extraits savoureux d'origine végétale qui s'administre sous forme de petits cubes contenant 1 gramme de bromure. Ces cubes, dissous dans l'eau bouillante, donnent un bouillon dans lequel le goût désagréable du bromure est absolument masqué. Depuis huit mois quatre épileptiques de l'asile de Bel-Air prennent avec le sédobrol une dose de bromure équivalente à celle qu'ils absorbaient auparavant. Leurs crises ont diminué dans la proportion de 35 p. 100 et leur psychisme s'est généralement amélioré; l'un des malades quitte provisoirement l'asile. Ces excellents résultats ont été obtenus en remplaçant par le bouillon au sédobrol la soupe habituelle; comme celle-ci contient 1 p. 100 de chlorures, sa suppression produit chez les malades un régime déchloruré, sans qu'on modifie en rien le reste de leur alimentation. Le sédobrol est donc un médicament précieux puisqu'il permet de réaliser très pratiquement le traitement de Toulouse et Richet.

M. MAYOR constate que les résultats obtenus par ce bouillon au sédobrol sont intéressants ; on réduit ainsi de 10 à 15 grammes la quantité de sel absorbée par jour et on obtient facilement un régime déchloruré. L. GAYARD.

De la substitution de l'opium total (pantopon) à la morphine dans la thérapeutique chirurgicale infantile. (R. COLIBŒUF. Th. de la Faculté de Bordeaux, 12 déc. 1913.) — Dans les services de MM. Denucé et Rocher, professeurs de clinique infantile et d'orthopédie à la Faculté de médecine de Bordeaux, M. R. Colibœuf vient d'achever une thèse excessivement intéressante et documentée sur la substitution de l'opium total (pantopon) à la morphine dans la thérapeutique chirurgicale infantile (1).

Pour cet auteur la drogue totale, complexe, contient en raison même de sa complexité, des substances qui corrigent et neutralisent en quelque sorte l'action toujours brutale du principe actif, grâce à leur effet différent et même contraire au sien.

Dans le cas particulier dont il s'agit dans cette thèse, il semble que le pantopon doive être substitué à la morphine. Outre son principe actif à l'action analgésique et hypnotique, il possède en effet des substances moins importantes qui interviennent en estompant et en diminuant ce que la morphine pourrait avoir de trop brutal (codéine, narcéine) ou qui neutralisent par leurs propriétés toniques et excitantes les effets déprimants de la morphine pure (narcotine, thébaïne, papavérine).

Les résultats favorables obtenus dans les services de chirurgie infantile des hôpitaux de Bordeaux avec le pantopon montrent bien que cet opium total soluble et injectable réalise la meilleure médication opiacée rationnelle et font prévoir pour l'avenir la généralisation de son emploi dans la thérapeutique chirurgicale infantile; ils confirment les conclusions auxquelles sont arrivés MM. Bigou, Mourlan, Soncourt, Souty, Le Calvez, Cot et Trotain (2). L. GAYARD.

(1) Cf. POUCHET. *Acad. méd. de Paris*, 15 oct. 1910. — MARTINET. *Presse méd.*, 25 déc. 1912. — LEREBOULLET. *Paris méd.*, 1913, p. 210. — SICARD. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 11 nov. 1910. — REMOND. *Soc. méd. psychol.*, 26 déc. 1910. — CARNOT. *Paris méd.*, 1912, p. 525. — RENON. *Journ. des prat.*, p. 825. — GOSSET. *Journ. de chir. de Paris*, 1913, XI, n° 5, p. 543 et 546. — DE ROUVILLE. *La Gynéc.*, n° 3, 1912. — BARDET et GY. *Bull. gén. de thérap.*, 15, 23, 30 avril 1911. — LERICHE. *Lyon chir.*, 1911, p. 200. — LECÈNE. *Journ. de chir. de Paris*, 1913, XI, n° 5, p. 549. — MÉRIEL. *Province méd.*, 11 janv. 1913. — MOREL-LAVALLÉE. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 8 juil., 11 nov. 1910. — AUSSET. *Pédiat. prat.*, 1913, p. 251. — DELMAS. *Revue mens. de gyn., d'obst. et de pédiat.*, fév. 1913. — L. MAYET. *Consult. méd.*, n° 30. — VIRES, *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 46. — GAUSSEL. *Soc. méd. de Montpellier*, 15 déc. 1911. — V. PAUCHET. *La Clin.*, 1911, n° 52, etc.

(2) Cf. Thèses des Facultés de Toulouse, 1913. — Nancy, janv. 1912. — Lyon, déc. 1910. — Montpellier, mars et juillet 1912. — Paris, mars 1911.

PRATIQUE MÉDICALE

L'ADONIS VERNALIS N'EST PAS UN MÉDICAMENT HYPERTENSEUR

Comme la digitale, l'adonis possède une action diurétique puissante. Cette similitude pourrait faire croire que, comme la digitale, l'adonis était contre-indiquée chez les sujets dont la tension artérielle est élevée. Potain prescrivait la digitale alors même que la pression artérielle était forte. Lemoine (*Soc. méd. des hôp.*, décembre 1912) a fait de même avec l'adonis. Nous avons donné également ce médicament d'une façon systématique dans des cas de sclérose artérielle avec néphrite interstitielle où il était nécessaire d'augmenter la diurèse. Dans des signes d'urémie, dans divers cas d'œdème, dans certaines formes où la tension artérielle élevée coïncidait avec des intermittences du cœur et une diminution des urines, nous n'avons eu qu'à nous louer de cette médication. Nous en avons déduit que l'adonis vernalis n'était pas un médicament hypertenseur.

Nous avons, en effet, établi une série d'expériences chez un grand nombre de malades présentant, soit de la néphrite interstitielle, soit de la néphrite parenchymateuse avec œdème, soit des insuffisances cardiaques avec œdèmes.

Chez ces malades comme sur des sujets sains nous avons remarqué d'abord une élévation notable de la quantité d'urines qui se produit dès le troisième jour du traitement et l'élévation encore plus forte observée le sixième jour.

Cette diurèse est l'habitude lorsqu'on prescrit l'adonis non pas sous forme de teinture ou d'infusion mais sous forme de diurène (*extrait total d'adonis vernalis*) et dans certains cas nous l'avons vue atteindre 4 litres par jour.

Cette élimination entraîne une augmentation très notable des chlorures. En ce qui concerne l'urée l'augmentation est la même. Dans certains cas nous avons vu cette élimination doubler et passer de 14g79 à 30g25 par vingt-quatre heures. Ce qui démontrerait que l'adonis exerce une action non seulement diurétique, mais encore provoque une véritable débâcle par les urines de certains produits excrémentiels.

Chez ces malades nous avons pris la tension chaque jour à des heures variables et nous n'avons jamais noté de différences notables entre ce qu'elle était avant et ce qu'elle est devenue pendant le traitement par l'adonis. Qu'il s'agisse soit de néphrites interstitielles, soit d'affections cardiaques non compensées, l'augmentation des urines a toujours eu lieu, la tension artérielle n'a jamais varié sensiblement. Dans la plupart des cas elle finit plutôt par s'abaisser très légèrement après six à dix jours de traitement et cet abaissement persiste même lorsqu'on cesse l'emploi du médicament.

Ces faits sont intéressants au point de vue physiologique, car ils montrent que la diurèse n'est pas nécessairement le résultat d'une élévation de la tension artérielle, ainsi qu'on avait coutume de le supposer. La diurèse serait plutôt comme l'a dit Pouchet, fonction de la vitesse du courant sanguin, vitesse que l'adonis augmente en donnant de l'énergie au myocarde.

Nous avons pu voir également que l'élimination de l'urée et des chlorures était plus abondante pendant l'emploi de l'adonis qu'auparavant, même lorsque la diurèse n'était pas augmentée en proportion.

Comme conclusion, nous pensons que l'adonis vernalis, n'élevant pas la tension artérielle, peut être prescrit à des hypertendus chaque fois qu'il est utile d'augmenter le taux des urines ou d'augmenter les décharges urinaires en chlorures et en urée. Ce médicament ne donnera aucun accident artériel et peut être prescrit aussi longtemps qu'il est nécessaire sous forme d'extrait total ou diurène qui ne s'accumule pas dans l'organisme.

P. L. E.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales médico-psychologiques. — (N° 4, déc. 1913.) A. PRINCE et L. TELLE : De la signification de la méthode de Boutenko. — HALBERSTADT : Un cas de démence précoce ayant présenté un état cataleptique de durée isolée. — René MASSELON : Une affaire d'attentats à la pudeur. — Victor PARANT, père : Les moyens d'investigation de l'autorité judiciaire sur l'état et l'internement des aliénés. Inefficacités et inconvénients. Les interrogatoires judiciaires.

Archives d'électricité médicale, expérimentales et cliniques. — (N° 373, 10 janv. 1914.) JAPIOT : Fracture des tubérosités compliquant la luxation de l'épaule. Valeur diagnostique de la radiographie. — D'ŒLSNITZ et PASCHETTA : Valeur de l'exploration radiologique du thorax pour le diagnostic des affections respiratoires de l'enfance. — E. SPÉDER : Sur un cas d'épanchement péricardique et de pneumothorax étudié par la radiographie instantanée. — Hugo SCHULLER : Contribution à la technique de la radium et de la mésothoriumthérapie en urologie. — B. SZILARD : Sur un nouvel appareil pour toutes mesures de la radioactivité.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 12, déc. 1913.) André LEMIERRE, BRULÉ et André WEILL : La lipémie digestive dans les affections du foie et des voies biliaires. — Albert MATHIEU : Note sur un cas grave de réaction colique. — Marcel LABBÉ et BITH : L'amnio-acidurie pathologique.

Archives internationales de neurologie. — (Janv. 1914.) BERNHEIM (de Nancy) : Contribution à l'étude de la cécité psychique des mots et des choses. — A. MARIE : Sur les aliénations mentales d'origine syphilitique et parasyphilitique (*suite*). — LEGRAIN : Le traitement des buveurs.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 1, 8 janv. 1914.) ABDERHALDEN : Nouvelles données sur la structure de la cellule et le métabolisme.

Bulletin médical. — (N° 3, 10 janv. 1914.) Armand SIREDEY : Eloge de Jaccoud et de Hérard. — (N° 4, 14 janv.) MAUCLAIRE : Ostéomalacie généralisée chez les enfants et les adolescents. — (N° 5, 17 janv.) DUBALLEN : Technique pour l'évacuation des épanchements pleuraux avec insufflation simultanée d'un gaz dans la cavité pleurale.

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 1, 3 janv. 1914.) JAKSCH : Sur l'histoire de la connaissance de l'évolution clinique de la vaccine.

Encéphale. — (N° 1, 10 janv. 1914.) ROUBINOVITCH et BARBÉ : Contribution à l'étude de l'hydrocéphalée interne (5 pl.). — V. DEMOLE : Alcool et delirium tremens (1 fig.). — G. DUMAS et LAIGNEL-LAVASTINE. — Les variations de pression du liquide céphalo-rachidien dans leurs rapports avec les émotions (2 pl.). — G. JACQUIN et LAIGNEL-LAVASTINE : Paralysie générale juvénile avec autopsie (2 pl.). — Louis LIVET : Délire post-onirique de possession chez un Arabe.

Lyon chirurgical. — (N° 1, 1er janv. 1914.) PONCET et R. LERICHE : Du rôle de la tuberculose dans la production des néoformations kystiques (1 fig.). — Carlo OLIVA : Variations du contenu en adrénaline des capsules surrénales après l'anesthésie. — Jean MURARD : De la valeur du traitement chirurgical dans le mal de Bright. — G. MASSIA et A. THERRE : Kystes paradentaires et tuberculose (3 fig.).

Lyon médical. — (N° 2, 11 janv, 1914.) F. BARJOIS, LANGERON et GARNIER : Pneumothorax secondaire d'origine traumatique. Eosinophilie pleurale. Guérison.

Paris médical. — (N° 6, 10 janv. 1914.) R. GAULTIER : L'examen des garde-robes des nourrissons. — CUÉNOD : Le nystagmus (tremblement oculaire) et le sens de l'équilibre. — A. BAUDOUIN et H. FRANÇAIS : Sur un nouveau tube à

centrifugation. — Paul Moure : Fracture isolée de l'extrémité supérieure du radius. Extirpation des fragments. — Albert Deschamps : Les asthénies et l'entraînement.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 2, 10 janv. 1914.) Emile Sari : Quelques essais d'application d'héliothérapie locale au traitement de la tuberculose laryngée. — De Champeaux : Commotion violente par un coup de canon ayant amené une surdité subite à gauche et une diminution considérable de l'ouïe à droite ; troubles d'équilibration.

Semaine médicale. — (N° 2, 14 janv. 1914.) L. Bard : De la perte hémiopique du réflexe palpébral dans les hémiplégies.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES CIRRHOSES BILIAIRES (1)

FORMES CLINIQUES, DIAGNOSTIC. — La classification des formes cliniques des cirrhoses biliaires est surtout basée sur les dimensions respectives du foie et de la rate.

I. Cirrhoses biliaires spontanées au moins en apparence. — a. *Cirrhose biliaire commune, cirrhose biliaire hépato-splénomégalique ou* MALADIE DE HANOT. — C'est la forme la plus anciennement connue et d'ailleurs la plus fréquente ; elle se caractérise simultanément par un très gros foie et une très grosse rate ; elle frappe surtout les sujets de vingt à trente ans ; elle procède par *poussées successives caractéristiques ;* nous n'insisterons pas sur sa description qui a déjà été tracée longuement dans ce journal (cirrhose hypertrophique de Hanot, *Gaz. des hôp.*, question d'internat, 1909). Le diagnostic de cette variété sera à discuter avec les gros foies accompagnés d'ictère, notamment avec les cirrhoses hypertrophiques alcooliques avec ictère, avec les hépatites syphilitiques avec ictère (Hanot), avec les cirrhoses palustres, avec les ictères chroniques par obstruction. Le diagnostic sera très difficile avec les *cirrhoses calculeuses* en raison de la similitude des crises hépatalgiques avec certaines crises lithiasiques.

b. *Cirrhose biliaire hypersplénomégalique.* — Cette forme isolée par Gilbert et Fournier se distingue par la prédominance d'une splénomégalie considérable, la faiblesse de l'hypertrophie hépatique, l'aspect splénohépatique. Cette forme s'observe surtout chez l'enfant et le premier symptôme qui attire l'attention est en effet l'hypertrophie splénique. Le diagnostic est à faire avec l'ictère chronique splénomégalique, avec certaines formes de cirrhoses alcooliques hypertrophiques avec grosse rate, avec toutes les hypertrophies chroniques de la rate, en particulier tous les nombreux faits groupés sous le nom de maladie de Banti, de splénomégalie de Debove et Brühl, avec la leucémie myéloïde. Ce syndrome a été signalé également dans la tuberculose (Blondin, Géraudel), et dans la syphilis (Caussade, Milhit).

c. *Cirrhose biliaire microsplénique.* — Cette forme décrite par Gilbert et Castaigne est très rare ; elle se caractérise par une absence d'hypertrophie splénique, parfois même par une atrophie splénique ; le diagnostic est à discuter avec certaines cirrhoses par rétention, ou certains ictères par obstruction.

d. *Cirrhose atrophique biliaire.* — En général il s'agit d'atrophie succédant à une hypertrophie, parfois l'atrophie est initiale, la splénomégalie est alors très accusée, elle peut cependant faire défaut, le diagnostic est délicat avec certaines cirrrhoses graisseuses subaiguës (Hutinel-Sabourin).

e. *Formes suivant l'âge.* — On a décrit une *cirrhose biliaire du nouveau-né* qui pourrait s'associer parfois à un ictère hémolytique, une cirrhose biliaire de la *seconde enfance* qui se distingue par l'importance de la splénomégalie, la fréquence de l'adénomégalie, les troubles ostéo-articulaires, la possibilité d'*un arrêt du développement* avec ou sans infantilisme ; le diagnostic est difficile avec les cirrhoses cardio-tuberculeuses.

f. *Formes suivant la prédominance d'un symptôme.* — Il faut insister tout spécialement sur les *formes fébriles* à types variables, sur les formes avec glycosurie, avec abcès du foie, les formes avec parasites du foie (Garnier).

II. Cirrhoses biliaires par obstruction. — Nous n'insisterons pas longuement sur ces différentes variétés de cirrhoses qui ont déjà été étudiées très en détail (De l'obstruction biliaire, par Chiray, revue générale, *Gaz. des hôp.*, 1908, n° 134). La plus fréquente de ces cirrhoses est la cirrhose biliaire calculeuse, liée le plus souvent à une obstruction calculeuse du cholédoque ; elle succède au bout d'un temps plus ou moins long à l'ictère par rétention avec hypertrophie du foie, le foie devient dur, une légère ascite survient, des symptômes fébriles s'installent, la maladie devient rapidement progressive, son évolution excédant rarement deux à trois ans ; dans d'autres cas, l'obstruction cholédocienne est incomplète, le foie est hypertrophié, la rate l'est également ; le tableau clinique est celui de la cirrhose biliaire hypertrophique ou hypersplénomégalique, en réalité dans les deux cas la cirrhose est le résultat d'une infection biliaire atténuée.

La cirrhose biliaire peut encore s'observer dans tous les cas où se réalise une obstruction du cholédoque ; la rétention de bile qui se fait alors dans les canaux biliaires favorise l'infection des voies biliaires : si cette infection atténuée se prolonge assez longtemps il est alors possible de voir évoluer une cirrhose biliaire avec gros foie dur, ictère par rétention, fièvre, etc.

Dans tous ces cas le diagnostic est en général aisé avec les cirrhoses biliaires spontanées ; les antécédents lithiasiques du sujet, l'absence de splénomégalie, le volume peu accusé du foie, l'association presque constante de symptômes fébriles, aideront en général à porter le diagnostic ; néanmoins dans certains cas le diagnostic sera hésitant soit qu'il y ait coexistence de lithiase et de cirrhose biliaire sans obstruction du cholédoque, soit que la cirrhose calculeuse prenne le type de la cirrhose hypersplénomégalique ; l'examen coprologique complet rendra alors de grands services.

EVOLUTION. — L'évolution est assez rapidement fatale dans les cirrhoses par obstruction ce qui s'explique assez bien par la constatation au cours des autopsies d'importantes lésions du parenchyme hépatique. Au contraire il est assez exceptionnel que les cirrhoses biliaires aient une marche rapide, le plus souvent l'évolution est longue, quatre ans et même plus. Pendant cette longue évolution la maladie peut être entrecoupée de crises fébriles avec augmentation de volume du foie et de la rate et souvent douleurs à leur niveau qui semblent traduire une poussée d'angiocholite. Fréquemment surviennent des *maladies intercurrentes* relevant parfois aussi de l'auto-infection (pneumonie, érysipèle de la face). Cette lente évolution est due en partie à l'état fonctionnel du foie resté satisfaisant ; la mort peut être le fait de la *cachexie* progressive, d'un *ictère grave terminal*, d'*hémorragies gastro-intestinales répétées*, on observe dans quelques cas assez rares d'ailleurs, une durée presque indéfinie de l'affection.

TRAITEMENT. — Le traitement sera chirurgical (cholédocotomie, cholécystectomie, drainage des voies biliaires, etc.), dans les cirrhoses par obstruction calculeuse, et quelquefois aussi dans les autres variétés de cirrhoses biliaires. Si le traitement chirurgical ne peut être utilement employé, on s'adressera à divers moyens thérapeutiques (*agents médicamenteux :* salol, calomel, urotropine, etc., *cures hydrominérales, régime alimentaire*) capables d'exercer une action favorable sur l'affection.

Bibliographie. — Gilbert et ses élèves. *Les maladies du foie et leur traitement*, Baillière 1910. — Ch. Lévêque. Lithiase du cholédoque, Revue générale, *Gaz. des hôp.*, 1911. — Cirrhose biliaire hypertrophique de Hanot, Question d'internat, *Gaz. des hôp.*, n° 68, 1909. — Chiray. De l'obstruction biliaire, Revue générale, *Gaz. des hôp.*, 1908, n° 134. — Fiessinger. Th. de Paris, 1908.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 3, p. 47 et n° 6, p. 95.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Nº 10. — SAMEDI 24 JANVIER 1914. 87e ANNÉE. SAMEDI 24 JANVIER 1914. — Nº 10.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 10 francs par an.
Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 22 janvier. — Question donnée : « Artère poplitée. — Diagnostic de l'appendicite. »

Mlle Hochberg, 12 + 20 = 32; MM. Eltrich, 14 + 23 = 37; Lory, 16 + 21 = 37; Daspres, 12 + 17 = 29; Mlles Besson (H.), 14 + 21 = 35, et Besson (M), 13 + 22 = 35; MM. Lermoyez, 16 + 21 = 37; Richoux, 16 + 20 = 36; Marqueste, 13 + 18 = 31; Dagnan-Bouveret, 12 + 18 = 30.

HOPITAUX DE PROVINCE. — GRENOBLE. — A la suite d'un concours qui a eu lieu à Lyon, ont été nommés :

Accoucheur adjoint : M. le docteur Peyrin.
Stomatologiste adjoint : M. le docteur M. Besson.
Chef de laboratoire : M. le docteur Rey.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS. — Dans sa séance annuelle, la Société de chirurgie a décerné les prix suivants pour 1913 :

Prix Marjolin-Duval. (Annuel, 300 francs.) — Le prix est décerné à M. le docteur Pierre Barbet, ancien interne des hôpitaux de Paris, pour son ouvrage intitulé : « De l'usage des greffes osseuses dans la cure des pseudarthroses diaphysaires acquises. »

Prix Dubreuil. (Annuel, 400 francs.) — Le prix est décerné à M. Pierre Brocq, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, pour son ouvrage intitulé : « Le traitement sanglant des ankyloses vicieuses du genou. »

Prix Ricord. (Bisannuel, 300 francs.) — Le prix est décerné à M. le docteur Henri Billet, médecin-major de deuxième classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce, pour son ouvrage intitulé : « Le traitement des plaies du crâne par petits projectiles de guerre. »

Prix Gerdy. (Bisannuel, 2000 francs.) — Le prix n'est pas décerné. Un encouragement de 1000 francs est donné au mémoire ayant pour titre : « Essai sur les malformations congénitales des membres, leur classification pathogénique », dont l'auteur est M. le docteur Potel, professeur agrégé à la Faculté de Lille.

Prix Laborie. (Annuel, 1200 francs.) — Le prix n'est pas décerné. Un encouragement de 600 francs est donné au mémoire ayant pour titre : « Les articulations à ressort et subluxations volontaires intermittentes des articulations », dont l'auteur est M. le docteur Paul Bertein, répétiteur à l'Ecole du service de santé militaire de Lyon.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — Ont été élus :

Membres titulaires : MM. les docteurs Lahousse (de Gand), en remplacement de M. Masius, décédé, et Goris (de Saint-Josse-ten-Noode), en remplacement de M. Thiriar, décédé;

Correspondant étranger : M. le professeur Forgue (de Montpellier).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Daraignez (de Mont-de-Marsan), Fabre (de Commentry), Judet (de Paris) et Thuau (de Baugé).

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — Des *médailles de vermeil* sont décernées à MM. les docteurs Merle (de Mercier-Lacombe) et Auzimour (d'Aïn-Temouchent).

Une *médaille d'argent* est décernée à M. le docteur Glatard (d'Oran).

Des *médailles de bronze* sont décernées à MM. les docteurs Bouteloup (d'Orléansville), Servières (d'Aïn-Temouchent) et à M. le médecin-major Fonvieille (à Touggourt).

Une *mention honorable* est accordée à M. le docteur Susini (de Berrouaghia).

MÉDAILLES DE LA MUTUALITÉ. — Une *mention honorable* est accordée à M. le docteur Henry Gautier (de Sétif).

LES BUREAUX DE BIENFAISANCE ET LE CHOIX DES MÉDECINS. — M. Henri Auriol, député, vient de demander à M. le ministre de l'Intérieur si les délégués de l'administration dans les bureaux de bienfaisance ont le droit de passer chez tous les vieillards inscrits sur les listes de l'assistance, afin de leur demander par quel médecin ils désirent se faire soigner.

Le ministre a fait la réponse suivante :

« Dans un département où le règlement du service de l'assistance dispose, d'une part, que l'inscrit doit, au début de l'année, désigner le médecin qui lui donnera ses soins en cas de maladie, et d'autre part que, à défaut de cette désignation, le médecin est choisi par le bureau d'assistance, il est naturel qu'un membre du bureau de bienfaisance, faisant partie de droit du bureau d'assistance, se rende au domicile des inscrits et leur demande par quel médecin ils désirent se faire soigner. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Aimé Audubert (de Sainte-Fortunade), Alphonse Laguesse (de Dijon), Sée (de Mulhouse), Pierre Tony, ancien médecin-major des troupes coloniales; Mme la doctoresse J. Tinel, née Giry (de Paris), et Mme la doctoresse Poirson (de Medjez-el-Bab).

DES SIGNES ET DU DIAGNOSTIC

DE LA

SYMPHYSE CARDO-PÉRICARDIQUE

Par le Professeur E. DELORME,
Membre de l'Académie de médecine.

Si le traitement de la symphyse cardo-péricardique doit entrer dans le domaine chirurgical, il devient indispensable que le chirurgien s'intéresse, à l'avenir, à l'étude des signes qui permettent de la reconnaître. Cette étude est encore l'un des chapitres les plus controversés, certains disent des plus incertains de son histoire. S'il était avéré, comme des auteurs récents ont été jusqu'à l'écrire, que ces signes soient insuffisants, leur recherche serait pour nous sans utilité, car à quoi bon s'arrêter à un traitement direct et précis quand une affection est si difficile à reconnaître et que ses signes sont si aléatoires ? La chirurgie ne peut se contenter d'à peu près, de demi-certitudes qui peuvent suffire pour une thérapeutique moins arrêtée et moins localisée que la sienne ; elle le peut d'autant moins, dans la circonstance, qu'il s'agit d'actes opératoires portant sur l'un des organes les plus importants, sur l'organe le plus important du corps. Or, s'il est certain que la symphyse cardiaque a pu être naguère trouvaille d'autopsie, surtout dans ses formes tuberculeuse et latente, rien ne dit qu'aujourd'hui, avec plus d'attention et avec l'aide de signes nouveaux, il en serait encore ainsi.

Aux éclaircissements que les symptômes de la symphyse apportent dans leur ensemble au diagnostic général, il en est d'autres que nous avons à relever. A certains de ces signes on a donné une signification localiste dont j'ai à apprécier la valeur au point de vue de l'acte opératoire, de sa détermination, de son siège. Les recherches radiologiques auxquels des classiques médicaux récents n'ont pas encore donné la place qu'ils méritent, soit qu'ils les adoptent ou les discutent, ces recherches doivent d'autant plus m'arrêter qu'elles nous ont doté de signes *évidents*, les meilleurs de tous, les plus précieux pour nous, parce que nous sommes peu habitués à l'étude clinique des autres signes de localisation anatomique. La radiologie a ouvert une voie nouvelle et fructueuse qui mérite d'autant plus d'être suivie que rien ne dit qu'elle a, d'ores et déjà, dévoilé tous ses secrets, réalisé toutes ses promesses.

C'est la première fois qu'un chirurgien s'arrête à cette étude. La tentative pourrait paraître audacieuse et délicate. Elle était pour moi nécessité de premier ordre. Ce n'est pas d'aujourd'hui que je l'entreprends. A certaine époque elle m'a déconcerté ; aujourd'hui elle m'inspire confiance par les certitudes nouvelles qu'elle semble apporter. Elle serait délicate si je devais sortir des constatations et des faits, mais ce sont les uns et les autres qui me guident et j'ai lu et médité la plupart des observations publiées.

L'étude de la symptomatologie de la symphyse cardo-péricardique se poursuit d'habitude en interprétant chaque signe. Certains s'arrêtent également au tableau clinique des deux grands processus, le rhumatisme et la tuberculose auquel elle se rattache presque constamment. Le souvenir de ce tableau est indispensable au praticien. Les caractères, l'évolution, dans chacune de ces formes, présentent des aspects si différents qu'il y a lieu de s'y arrêter.

A. **Signes de diagnostic général.** — La symphyse cardiaque n'est pas une maladie, tous les classiques le rappellent, c'est l'un des aboutissants de la péricardite. *Quand le malade, le symphysé se présente au chirurgien, il a donc un passé médical le plus souvent.* Notre premier acte doit être de nous enquérir de l'anamnèse. Combien elle nous est précieuse quand elle nous est fournie par le médecin lui-même ; dans le cas contraire elle est à rechercher.

Le rhumatisme a une symptomatologie bruyante qui n'a pu passer inaperçue. A-t-il atteint un enfant, il a laissé ses souvenirs dans la mémoire des personnes de sa famille ? L'adolescent atteint aussi souvent que l'enfant fournira des indications précises comme l'adulte et le vieillard. La localisation sur le péricarde est assez fréquente pour que le fait seul d'entendre rappeler une atteinte antérieure rhumatismale incite à l'examen du cœur. Celui-ci permettra de déceler les symphyses dites latentes qui reconnaissent cette origine et, a fortiori, les autres.

Des antécédents tuberculeux familiaux, des stigmates tuberculeux, une affection pleuro-pulmonaire antérieure donnent une signification précise à une hypertrophie cardiaque, à une asystolie et, en faisant porter l'attention sur le cœur pourront permettre de reconnaître la symphyse ; mais celle-ci peut être primitive et ce sont ces tuberculoses primitives du péricarde qui fournissent le plus d'exemples de symphyses latentes. Dans ces cas, c'est par d'autres moyens que par l'anamnèse qu'on obtiendra les premiers signes conducteurs.

Les origines des péricardites consécutives aux infections pneumo, strepto, staphylo, gonococciques, éberthiennes, grippales qui, elles aussi, mais bien plus rarement que les péricardites rhumatismale et tuberculeuse laissent des symphyses, seront aisément rappelées.

L'*anamnèse*, comme on le voit par ce qui précède, n'est point ici rappel de souvenirs banaux, elle apporte souvent un premier signe, très important, le *signe étiologique*.

Certains signes *fonctionnels* auxquels les anciens étaient forcés d'attacher beaucoup d'importance, faute de mieux, les *battements irréguliers et tumultueux du cœur*, la *sensation de constriction précordiale* s'observent dans les cardiopathies chroniques. A la période où se présentent trop de malades, les signes habituels de l'*asystolie hépatique*, les *stases périphériques*, l'œdème des extrémités, de la face, les hydropisies, les congestions viscérales, la cyanose et la dyspnée, l'oligurie, la petitesse et l'irrégularité du pouls dirigent l'attention vers le cœur et le péricarde. Les lésions, si fréquentes que présente le cœur dans les cas de symphyse, la détournent un peu du

dernier. Mais ce que j'ai à remarquer ici c'est que la constatation de ces signes d'asystolie et de stase sont décevants pour le chirurgien. Ce qu'ils signifient de plus net pour lui, c'est qu'à ce moment la partie est presque perdue.

La recherche des signes révélateurs des lésions cardiaques concomitantes, si fréquentes dans la symphyse d'origine rhumatismale, mais qu'on retrouve également dans les symphyses tuberculeuses, c'est-à-dire les signes de la *dilatation*, de l'*hypertrophie*, des *lésions orificielles organiques ou fonctionnelles*, se traduisant par l'augmentation de la matité, la voussure thoracique, les souffles, les grandes ombres radioscopiques, etc., cette recherche est moins utile, à notre point de vue, pour le diagnostic que pour nous renseigner sur le terrain sur lequel l'interventionniste a à évoluer, sur ce qu'il rencontrera, sur les risques à courir et les précautions à prendre. Le chirurgien fera bien de ne s'y arrêter qu'en second lieu, en vue de ne pas compliquer une tâche déjà difficile alors qu'il la circonscrit à la seule poursuite des signes propres à la symphyse.

C'est à eux qu'il faut, avant tout, s'arrêter.

Après l'étude si consciencieuse, si remarquable qu'il en a faite, Morel-Lavallée avouait avec regret qu'aucun signe de symphyse cardiaque ne pouvait être considéré comme pathognomonique. C'était en 1888. En 1894 j'entendais le même verdict de la bouche de Potain et ce grand clinicien m'atténuait d'une façon si formelle la valeur de son signe, la *fixité de la pointe du cœur*, qu'on considérait alors comme le meilleur, comme presque pathognomonique, que cet aveu désespérant, contraire à ce que, par ailleurs, on en disait, ne compta pas pour peu dans l'arrêt que j'ai imposé à une étude qui, dans ses grandes lignes, était alors complète et que je venais de lui exposer. C'était un aveu, dis-je, désespérant, car pourquoi me serais-je arrêté longuement à l'étude d'une lésion dont le diagnostic, pour un clinicien aussi autorisé, restait si incertain?

Morel-Lavallée, cependant, reconnaissait que, si aucun des signes propres à la symphyse n'était pathognomonique pris isolément, par leur ensemble ils avaient permis, assez souvent, de porter un diagnostic. C'était exact. Quand, avec lui et après lui, on reprend les observations anciennes et d'autres plus récentes, on arrive à sa conclusion. Mais il faut reconnaître alors qu'il s'agissait de diagnostics faits à la période ultime, ou tout au moins à des périodes tardives, c'est-à-dire à des moments où ces signes étaient le plus nombreux et le plus accusés. Or, de cette symptomatologie, nous ne devons plus nous contenter, car il est important que nous reconnaissions la maladie à d'autres stades. Et puis, de ces signes, certains et non des moins démonstratifs n'étaient-ils pas ceux de la symphyse cardo-péricardique compliquée? Les auteurs eux-mêmes le reconnaissaient, bien plus, beaucoup d'entre eux, aux écrits très récents, nous avertissent que leur description est plutôt celle d'une symphyse compliquée que celle d'une symphyse pure. On comprend d'ailleurs, on excuse cette confusion volontaire; elle apporte, en réalité, plus de certitude et plus de lumière, or pourquoi un diagnostic rigoureux puisque toute distinction serait sans utilité pratique? Le diagnostic est un moyen, le traitement est tout et qu'il s'adresse à une symphyse pure ou une symphyse compliquée il ne varie guère pour le médecin.

Avant donc que la radiographie ne soit venue apporter l'appoint de ses critériums, de ses certitudes ou quasi-certitudes, surtout lorsqu'on s'arrêtait à la discussion un peu serrée de la valeur de chaque signe, on pouvait résumer la question du diagnostic de la symphyse péricardo-cardique en ces quelques mots :

Parfois possible, en général, incertain à la période du début et d'état;

Moins ardu et plus précis à la période ultime;

Presque impossible si la symphyse est exclusivement cardo-péricardique.

Depuis, il semble qu'on puisse dire :

Le diagnostic de la symphyse cardo-péricardique totale est possible dans nombre de cas;

La symphyse cardo-péricardique peut être cliniquement distinguée de la médiastino-péricardo-cardite;

Le diagnostic des symphyses, dites latentes en raison de leurs signes fonctionnels et physiques atténués, est possible;

Le diagnostic de la symphyse cardo-péricardite partielle est, dans certains cas, possible.

Les signes propres de la symphyse cardo-péricardique sont fournis par : 1° l'inspection; 2° la percussion; 3° l'auscultation. C'est ainsi que les rangent encore les auteurs récents. Parmi les premiers ils comptent : 1° *la disparition du choc de la pointe du cœur*; 2° *le mouvement de roulis ou l'ondulation de la paroi précordiale*; 3° *le retrait systolique de la pointe du cœur*; 4° *le retrait systolique des régions costale inférieure et* 5° *de la région épigastrique*; dans les seconds ils rangent : 6° *l'augmentation de la matité cardiaque et son invariabilité pendant les mouvements respiratoires et les différentes attitudes prises par les malades;* 7° *la fixité de la pointe du cœur* et quelques signes de moindre importance; enfin on doit ajouter les *signes radiologiques* qui n'ont pas encore pris, comme je l'ai dit, la place qu'ils méritent.

1° Je passe sur la *diminution* comme sur la *disparition du choc de la pointe*; par contre, les *mouvements de roulis de la région précordiale* méritent plus d'attention (1).

2° Ces mouvements sont des ondulations trémulantes localisées à la base ou à la pointe de l'épigastre, plus souvent une reptation qui correspond à la systole et qui s'étend de haut en bas et de droite à gauche. C'est le signe dit de Jaccoud. Il existait dans

(1) C'est volontairement que j'omets de rappeler une série de petits signes locaux intéressants, mais très incertains tels que la *voussure précordiale*, la *dépression permanente de la paroi thoracique* (Bouillaud), la *diminution de la saillie inspiratoire du côté gauche* (Williams).

la mémorable observation que j'ai reproduite (1). On le traduit ainsi : alors que la partie supérieure du thorax est portée en avant pendant la systole, la partie inférieure, au contraire, est en retrait, puis survient la diastole et le mouvement inverse se produit (2).

On reconnaît que c'est là un signe de valeur. Qu'il fasse défaut plus ou moins souvent, soit. On s'accorde pour dire qu'il est lié étroitement à une symphyse compliquée d'adhérences antérieures. Il ne faut pas oublier que, chez le malade de Jaccoud, ces adhérences antérieures manquaient et il en était ainsi sur d'autres. Il serait bien utile que nos collègues médicaux éclaircissent cette question des rapports plus ou moins étroits de ces mouvements de roulis avec l'adhérence médiastino-sternale.

On constate, dit-on, plus rarement ces mouvements chez l'enfant que chez l'adulte (3).

3° *Dépression systolique de la pointe et dépression épigastrique.* — La dépression systolique de la région de *la pointe* du cœur peut être rigoureusement limitée à cette pointe ; la paroi se déprime en godet. Cette dépression peut s'étendre à plusieurs espaces intercostaux voisins de la pointe.

Skoda en donnait l'explication suivante : attirée en haut par le raccourcissement systolique du myocarde, la pointe du cœur se retire en entraînant la paroi thoracique à laquelle l'unissent des adhérences. La condition fondamentale de sa production était nette : l'*adhérence thoracique*. C'était donc, pour lui, un signe de médiastino-péricardo-cardite.

Mais on la rencontre, *cette dépression systolique, dans des cas où il n'existait pas d'adhérences périphériques et même péricardiques* et alors sont venues des explications bien connues sur lesquelles je me garderai de m'arrêter. Barié dit que, quand la dépression est rigoureusement limitée à la pointe, la *valeur* de ce signe est absolument *nulle*. La discussion si serrée qu'en a fait Morel-Lavallée et la lecture des observations postérieures montre : a. *que cette dépression localisée à la pointe existe dans des cas de symphyse* ; b. *qu'on la trouve dans d'autres affections que la symphyse* ; c. *qu'elle peut manquer* ; d. *qu'elle n'est pas significative d'une symphyse cardo-péricardique et médiastine, d'une façon absolue* ; e. *qu'on peut l'observer dans des symphyses pures.* C'est donc en réalité un signe de probabilité, inconstant sans doute, mais bon à retenir (1).

Pour lui donner une véritable signification clinique, Barié nous dit que la dépression doit occuper plusieurs espaces intercostaux (dépression pluricostale de Jaccoud) ; c'était l'opinion de Morel-Lavallée.

On a fait remarquer que ces dépressions sont, dans une certaine mesure, proportionnelles au degré de force du cœur. Constituant un élément de pronostic favorable, elles inciteraient à l'intervention.

4° *La dépression pluricostale systolique* peut être l'extension de la dépression de la pointe et correspondre à des espaces voisins ; elle peut aussi se constater à distance de cette pointe. On lui a donné la même signification médiastino-symphysaire. Cette affirmation prête aux mêmes remarques, aux mêmes objections, aux mêmes doutes que la dépression apexienne, mais il serait regrettable qu'en poussant la discussion trop loin on fasse dédaigner ce bon signe de probabilité. Ses rapports avec la médiastinite sont à préciser, et la chose sera plus facile, à l'avenir, grâce à la radioscopie (2).

5° *La dépression inférieure ou épigastrique* (signe de Heim) est, de tous les signes fournis par l'inspection, celui qui frappe le plus.

Précisons-le, avant tout, en revenant à la description de Kreisig, son élève, car, en passant d'exposé en exposé, il s'est quelque peu déformé :

« Si l'on applique la paume de la main à la partie la plus basse de la poitrine, vers le diaphragme et qu'on fasse faire au malade trois ou quatre tours dans la chambre, on ressent une forte secousse ou une sensation semblable à celle que donnerait une violente déchirure du diaphragme.

En regardant le thorax, on reconnaît que, non seulement il est frappé violemment et *presque soulevé à chaque systole*, mais encore qu'il forme chaque fois une *dépression au-dessous des fausses côtes du côté gauche* (3). »

Ce signe comprend donc une violente secousse thoracique perçue vers le diaphragme, un soulève-

(1) E. Delorme. De la légitimité et de l'opportunité de la destruction des adhérences cardo-péricardiques, in *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 143.

(2) E. Barié. *Traité pratique des maladies du cœur et de l'aorte*, p. 238.

(3) Le thorax présente parfois des mouvements effrayants. Dans certaines observations on note une véritable dislocation costo-sternale. C'est ainsi que dans l'observation III de Morel-Lavallée les battements cardiaques soulevaient la deuxième pièce du sternum au point de lui faire faire, à chaque fois, un angle aigu avec l'appendice xiphoïde. Dans l'observation IV du même auteur, tout l'espace compris entre la pointe et l'appendice xiphoïde se soulevait en bloc et formait voussure. Dans l'observation IV, les battements cardiaques étaient si violents que, chaque fois, les côtes gauches et leurs cartilages se soulevaient en bloc comme si elles se mouvaient d'arrière en avant sur la ligne médio-sternale comme charnière. « On ne peut se faire une idée, dit Morel-Lavallée, de l'aspect offert par notre malade. Ces mouvements ne sont pas seulement mouvements de propulsions, de traction directe, mais aussi mouvements de torsion. » (In Morel-Lavallée. Thèse Paris 1886, p. 56 et alias.)

(1) Skoda, Oppolzer, Cejka, Archer considéraient ce signe comme presque pathognomonique de l'*oblitération du péricarde et de son union adhérentielle avec les organes voisins*, mais Traube l'a trouvé alors qu'il n'existait entre le cœur et le péricarde qu'une seule bride ; Jaccoud l'a constaté dans un cas où une bride unissait l'artère pulmonaire à l'oreillette gauche ; dans un autre cas, ce signe se retrouvait et il n'y avait pas d'adhérences thoraciques. Puis, de leur côté, Raynaud, Florent, Morel-Lavallée le signalent dans une symphyse pleuro-pneumo-costale avec intégrité absolue du cœur et du péricarde, ce qui indique que pour donner à ce signe sa valeur on devrait se rendre compte des conditions qui peuvent le produire et éliminer celles qui n'ont pas de rapport avec la symphyse.

(2) Le professeur Weill l'a constaté sur un enfant mort avec un rétrécissement mitral et une insuffisance sans symphyse ; dans trois cas de symphyse rhumatismale et trois de symphyse tuberculeuse, il n'a pu le constater malgré une recherche systématique. D'après lui, dans la plupart des cas, il y avait des adhérences entre le cœur, le diaphragme et la paroi précordiale.

(3) Bar. Th. de Strasbourg, 1865.

ment systolique du thorax et une dépression épigastrique.

On admet que le signe de Heim est l'indice de l'extension des adhérences péricardiques à la partie antérieure du médiastin et à la cage thoracique plutôt que l'indice d'une symphyse cardiaque véritable (Barié). Il appartient à la radioscopie, d'une façon générale, et pour chaque cas particulier, de nous dire dans quelle mesure il peut servir à reconnaître la symphyse compliquée de la symphyse pure. Quoi qu'il en soit, on lui attribue une valeur séméiologique grande et, comme pour la dépression de la région de la pointe et la dépression pluricostale, la dépression épigastrique traduit les efforts d'un cœur non forcé et inciterait à l'intervention. Mais comme cette dernière peut être différente suivant qu'il existe ou non des adhérences pariétales, il serait d'un grand intérêt que sa signification soit, dorénavant, précisée.

Nous arrivons aux signes qui, par leur fréquence, par leur haute valeur, pour ainsi dire pathognomonique, dominent la symptomatologie de la symphyse cardo-péricardique :

L'*augmentation* et l'*invariabilité de la matité cardiaque ;*

La *fixité de la pointe.*

6° *Augmentation et invariabilité de la matité cardiaque à la percussion.* — Je rappelle ici ce que, reproduisant l'avis de tous ceux qui ont bien étudié la symphyse cardiaque, je disais en commençant l'analyse de ces signes : on doit placer en première ligue, car il les domine tous, l'*invariabilité de la matité cardiaque et la fixité de la pointe.*

La symphyse cardo-péricardique se complique très souvent d'hypertrophie et de dilatation cardiaque. Le fait est classique. C'est à ces dilatations et à ces hypertrophies que sont dues les *augmentations de matité* révélées par la percussion et les *augmentations des ombres* que montrent les radiographies. Ces augmentations de matité n'ont donc de signification qu'en ce qu'elles traduisent une *conséquence*, une *concomitance*, une *lésion connexe.* C'est *l'invariabilité de la matité* qui fait tout l'intérêt de la recherche, parce que c'est elle seule qui donne au signe sa valeur précise : un cœur symphysé à l'extrême, complètement bloqué, ne bouge plus, qu'il soit gros (symphyse rhumatismale), ou petit (symphyse tuberculeuse).

Mais, pour si importante qu'elle soit, l'invariabilité de la matité cardiaque *recherchée par la percussion* était fort délicate ; la constatation de ce signe exigeait une grande habitude de l'examen du cœur ; le clinicien avait à compter avec les variations troublantes de l'aire pulmo-cardiaque, et ce n'était guère que dans les cas où la lame pulmonaire gauche qui recouvre le cœur était elle-même fixée, adhérente, qu'on pouvait avoir confiance dans les indications fournies par la percussion. Dans des conditions très favorables à l'examen, une dilatation cardiaque sans symphyse présentait, à la percussion, des variations importantes de la matité cardiaque liées aux mouvements respiratoires et aux attitudes diverses que prend le malade, ainsi qu'aux irritations produites sur la région péricardique par la recherche du réflexe cardiaque d'Abrams. Au contraire, dans les cas de symphyse, la matité restait irréductible.

Sans doute, il existait des cas dans lesquels, en raison des adhérences du péricarde avec les plèvres médiastines, en raison des adhérences pleurales, le cœur pouvait, sans symphyse, rester bloqué dans son péricarde et, d'un autre côté, on citait des faits dans lesquels des péricardites externes pouvaient amener, avec la fixité, l'invariabilité de la matité. Ce signe, pour n'être pas absolument pathognomonique restait, néanmoins, de tout premier ordre ; on le considérait comme tel et on ne pouvait guère soulever contre lui que la délicatesse de sa recherche.

7° La *fixité de la pointe* révélée par la même invariabilité à la *percussion*, quelle que soit la position occupée par le malade ; cette pointe restant fixe à la fois dans le décubitus dorsal et dans le décubitus latéral au lieu de se déjeter, dans ce dernier, à deux travers de doigt, en dehors de sa première position, constituait naguère le meilleur des signes de la symphyse cardiaque (Potain). La radioscopie, en rendant l'exploration plus facile et en confirmant ce que la percussion avait affirmé, a donné aux signes de l'invariabilité de l'aire cardiaque et de la fixité de la pointe une importance plus grande encore qu'autrefois. L'examen est plus accessible ; le chirurgien lui-même peut en constater le résultat et y puiser un élément de confiance ; bien plus, il permet une interprétation plus précise, une différenciation inespérée avant lui : celle de la symphyse périphérique et celle de la symphyse cardiaque. L'importance de cet examen impose de donner, dès maintenant, grande place aux renseignements fournis par les radiologistes.

8° *Invariabilité de l'ombre cardiaque et fixité de la pointe révélées par l'examen radiologique.* — L'invariabilité de l'ombre cardiaque se traduit, dit-on, par :

a. La superposition étroite des diagrammes ;
b. L'absence d'expansion des bords du cœur ;
c. L'immobilité de la pointe.

a. L'exposé des constatations que la radiologie nous a révélées doit, dans l'intérêt de leur compréhension, être précédé du rappel de quelques notions succinctes sur les aspects normaux du cœur. Si on ne les a pas présentes à l'esprit, on ne peut apprécier à leur juste valeur les aspects pathologiques.

A l'état normal, l'*ombre du cœur* est délimitée par trois lignes courbes (fig 1.) :

Une *latérale droite* DD′ répondant au bord du ventricule droit, surtout à l'oreillette droite ;

Une *latérale gauche*, plus convexe, GG′ qui suit le profil du ventricule gauche, de la base à la pointe ;

La troisième, *inférieure*, légèrement convexe, relevée et arrondie à ses extrémités D′G′, un peu oblique de haut en bas et de droite à gauche, répond au bord du ventricule droit qui se pose sur la coupole dia-

phragmatique. A son extrémité G′ correspond la *pointe du cœur*.

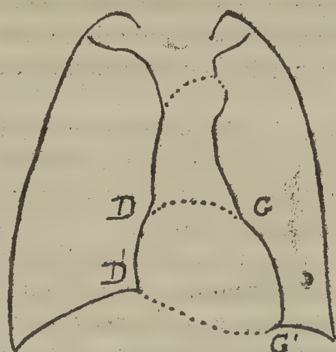


Fig. 1. — *Contour du cœur normal*. — D D′ contour du ventricule et de l'oreillette droite; G G′ contour du ventricule gauche; D′ G′ face inférieure du cœur; G′ pointe (d'après Vaquez et Bordet).

La limite de la base est conventionnellement représentée par la ligne pointillée qui réunit les points D et G.

Les gros vaisseaux représentent un cône à base adhérente et à sommet tronqué supérieur (1).

Normalement, cette figure frontale, prise au repos, subit des modifications de forme et de position importantes : 1. lorsque le *sujet passe de la station verticale au décubitus horizontal*; 2. *dans les mouvements de latéralité*; 3. *suivant les mouvements de la respiration*.

1. Dans la STATION VERTICALE le cœur tire sur les insertions de la base et les gros vaisseaux; il repose davantage sur la voûte diaphragmatique, *se rétrécit* et *s'abaisse* (fig. 2).

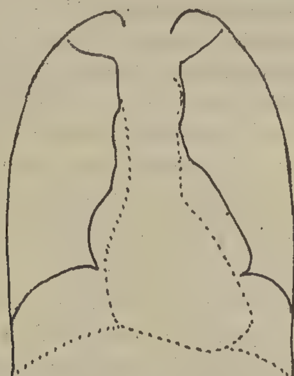


Fig. 2. — En traits pleins, projection du cœur en position couchée; en pointillés, projection en position debout (d'après Vaquez et Bordet).

Dans le décubitus le cœur semble *s'étaler*, refoulé qu'il est en haut et en arrière, il *remonte*.

2. Dans l'INCLINAISON LATÉRALE il se déplace latéralement; dans l'inclinaison latérale gauche, son axe vertical *s'écarte de la ligne médiane* de plusieurs centimètres (fig. 3).

Or, si l'on a soin d'inscrire sur la peau du sujet *symphysé* le tracé du cœur dans ces diverses positions, debout, couché, en inclinaisons latérales, surtout en inclinaison latérale gauche, on constaterait que *les divers changements de position et de forme normaux n'existent plus ou sont limités*.

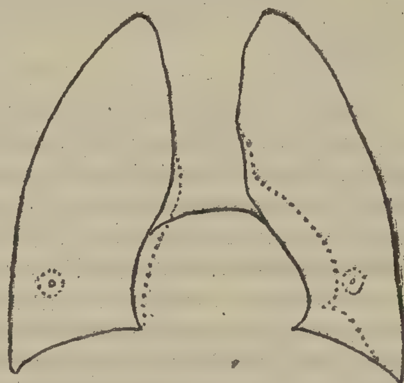


Fig. 3. — Traits pleins : silhouette du cœur dans la station verticale; traits ponctués : contour en inclinaison latérale gauche (d'après Vaquez et Bordet).

3. Pendant la respiration normale la position et la forme du cœur changent peu; il n'en est plus de même lors des inspirations et des expirations *profondes*.

Pendant l'INSPIRATION PROFONDE le cœur, suivant les mouvements du diaphragme, *s'abaisse*.

En même temps il change de forme; ses diamètres varient légèrement. Le diamètre longitudinal augmente et l'horizontal diminue.

Pendant l'EXPIRATION PROFONDE le cœur *s'élève* et *s'étale*; ses deux diamètres augmentent, l'horizontal plus que le vertical (fig. 4).

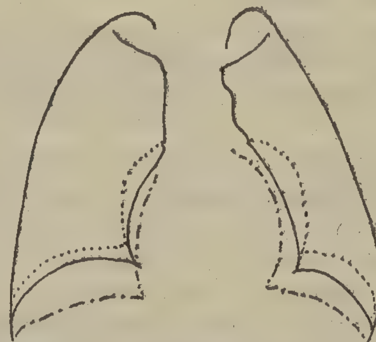


Fig. 4. — *Prise dans le décubitus*. — Traits pleins : respiration tranquille; pointillé : expiration forcée; traits et points : inspiration forcée (d'après Vaquez et Bordet).

Si l'on inscrit sur la peau du sujet *symphysé* le diagramme du cœur pendant une respiration normale dans le décubitus et qu'on trace les diagrammes des respirations forcées on trouverait : ou une concordance ou des modifications de position et de forme moins accusées qu'à l'état normal.

b. Absence d'expansion des bords du cœur. — Voici ce qu'en disent MM. Vaquez et Bordet. Non seulement le cœur s'abaisse ou s'élève pendant les mouvements respiratoires, mais les bords de son ombre se rétrécissent ou s'étalent pendant les mêmes mouvements. Que des adhérences du bord gauche ou de la face antérieure du cœur soient très larges et très serrées, a fortiori dans les adhérences totales, les contours du cœur garderaient une immobilité

(1) Ces détails, et ceux qui vont suivre, sont empruntés à l'excellent et récent livre de MM. Vaquez et Bordet : *Cœur et aorte. Etude de radiologie clinique*, J.-B. Baillière et fils, Paris 1913.

La reproduction des figures a été aimablement autorisée par M. Vaquez et MM. Baillière, à qui nous adressons tous nos remerciements. — N. D. L. R.

absolue (1) : les traits qui, sur l'écran, dessinent ces bords pendant l'inspiration et l'expiration se superposeraient exactement.

Des adhérences partielles pourraient amener des immobilisations partielles d'un côté, d'un bord, d'une portion d'un bord, de la pointe et des superpositions localisées des images.

c. *Immobilité de la pointe* (2). — A l'état normal la pointe du cœur est mobile sous l'écran; la radioscopie montre qu'elle se déplace de 2 centimètres à 2cm5 en dehors pendant l'inclinaison du corps à gauche. L'abolition de ces déplacements latéraux dans les cas de symphyse, constatée avec difficulté par la percussion, serait révélée avec facilité par la radioscopie. Mais la radioscopie va plus loin que la percussion dans les renseignements qu'elle nous fournit; elle décélerait, pour MM. Vaquez et Bordet, les cas dans lesquels la pointe reste mobile et le cœur est adhérent :

Les mouvements de la respiration déplacent la pointe comme le reste du cœur; l'ombre de cette pointe, pendant l'*inspiration profonde*, *s'abaisse* et subit un léger mouvement de *retrait en dedans*. Pendant l'expiration profonde, elle se *relève* et se porte *en dehors*. Dans la symphyse ces déplacements seraient diminués ou abolis (3).

9° *Diminution des mouvements diaphragmatiques.* — L'immobilité de l'ombre du cœur et la fixité de sa pointe ne sont pas les seuls signes que la radioscopie nous ait jusqu'ici fournis; elle nous en a donné, dit-on, encore d'autres; telles sont les *modifications* apparentes apportées par les adhérences *dans les mouvements du diaphragme* et les *visions directes d'ombres d'adhérences*.

MM. Vaquez et Bordet (4) donnent, comme signe de la symphyse cardiaque, la *diminution des mouvements diaphragmatiques*. Je leur emprunte leur description :

Le péricarde s'insère au centre du diaphragme dont les deux moitiés sont animées de mouvements synchrones d'abaissement et d'élévation. La voûte diaphragmatique droite est un peu plus élevée que la gauche, mais ses mouvements sont un peu plus étendus. L'amplitude de ceux-ci est, à droite, de 3cm5 à 4cm5 et de 3 à 4 centimètres, à gauche. Lorsque, d'après ces auteurs, *il n'existe aucun trouble pathologique du côté des poumons, des plèvres, du foie, expliquant la diminution des mouvements diaphragmatiques*, les modifications observées sont attribuables à des *adhérences entre le cœur*, *le péricarde et le diaphragme*. Les adhérences seules ne peuvent que diminuer légèrement la mobilité du muscle phrénique. Pour la réduire dans de fortes proportions ou l'annihiler, il faut que le péricarde et le cœur adhèrent, d'une part, soit à la paroi thoracique, soit aux organes du médiastin postérieur.

10° *Vision directe de l'ombre des adhérences.* — Dans les positions latérales, obliques, chez les symphysés, la radioscopie décèlerait, au lieu et place d'un *espace clair* qu'on constate normalement *entre le sternum et le cœur* une ombre opaque confondue avec l'ombre cardiaque quand le médiastin antérieur est envahi, que le sac péricardo-cardiaque symphysé adhère au sternum.

La *disparition* de l'*espace clair rétro-cardiaque*, situé entre le cœur et la colonne vertébrale, révélerait la participation du médiastin postérieur au processus inflammatoire et adhérentiel.

A propos des adhérences localisées, je parlerai des ombres adhérentielles que donne l'image radioscopique dans les cas d'adhérences cardo-péricardo-diaphragmatiques de la pointe.

Enfin, on a décrit des ombres adhérentielles rendant irrégulières les limites si précises de l'ombre cardiaque sur les bords du cœur.

11° *Signe de Broadbent.* — Il consiste dans le retrait systolique de la paroi thoracique postérieure au niveau des insertions du diaphragme. D'après MM. Vaquez et Bordet, pour que ce signe s'observe, il faut que le cœur symphysé adhère non seulement au diaphragme, mais encore à la paroi thoracique antérieure. Des adhérences pleurales peuvent y donner lieu. Quoi qu'il en soit, c'est un signe à retenir.

12° *Signe de Wenckebach.* — A l'orthodiographie, on constaterait rarement et pas toujours dans les cas où les adhérences péricardiques sont certaines, *ce signe du profil respiratoire croisé*. A l'état normal, dans les positions latérales, le *tracé thoracique antérieur* dépasse, lors de l'inspiration, le niveau du tracé obtenu au repos et surtout celui de l'expiration ; l'empiètement est *régulier*. Dans les cas de symphyse, pendant l'inspiration, au contraire, la ligne inspiratrice, à partir du niveau du tiers inférieur du sternum rentrerait à l'intérieur du tracé expirateur et il en sortirait dans ses tiers supérieurs (fig. 5).



Fig. 5. — Traits pleins : profil d'expiration profonde; traits larges : profil d'inspiration profonde; traits ponctués : profil respiratoire croisé (d'après Vaquez et Bordet).

L'auscultation, disent les auteurs, ne fournit que peu de renseignements et des renseignements sans grande valeur. Le *rythme de galop*, le *dédoublement du second bruit*, le *pouls paradoxal*, le *gonflement respiratoire des jugulaires* seraient cependant à retenir.

(1) Vaquez et Bordet. Op. cit., p. 151.
(2) Op. cit., p. 148.
(3) Op. cit., p. 149.
(4) Op. cit., p. 149.

Puis viennent des signes ou plutôt des renseignements indirects tirés de la physionomie de l'affection qui a amené la symphyse ; la *symphyse rhumatismale* a son cortège de troubles cardiaques très accusés depuis les palpitations et la dyspnée jusqu'aux signes des lésions valvulaires. La fréquence de la symphyse comme terminaison de la péricardite rhumatismale fera rechercher rapidement les signes de cette dernière. La *symphyse tuberculeuse* n'a point cette physionomie cardiaque active ; sa symptomatologie est très atténuée, passive, au point que l'attention est souvent détournée du cœur et de sa symphyse caractérisée cependant par ses deux signes essentiels : l'immobilité du cœur, la fixité de la pointe. Les symptômes précoces de l'*asystolie hépatique* ou d'une *asystolie rapidement progressive*, les stases hépatiques et l'ascite, loin de détourner l'attention de la symphyse, doivent au contraire inciter à la rechercher.

En résumé, la symptomatologie générale de la symphyse cardiaque s'est enrichie, dans ces derniers temps, d'un certain nombre de signes dus à la radiographie ; d'autres ont reçu d'elle plus de précision. Ces précisions étaient d'autant plus importantes, qu'elles ont porté sur les signes principaux presque pathognomoniques de la symphyse : l'*invariabilité de la matité cardiaque*, la *fixité de la pointe*. A eux seuls, d'après des auteurs spécialisés dans l'étude des affections du cœur, ils permettraient aujourd'hui d'établir le diagnostic. Le retrait pariétal et épigastrique, le mouvement de roulis, le ressaut diastolique avec affaissement brusque des jugulaires, le pouls paradoxal, certains signes radioscopiques (immobilité du diaphragme) apportent à ce diagnostic un appoint, mais, à l'encontre des premiers, ils ne permettraient pas plus aujourd'hui qu'autrefois de l'affirmer.

B. **Signes de localisation**. — Déjà des signes cliniques fournissaient naguère des présomptions diagnostiques en faveur de certaines localisations adhérentielles. Ces signes avaient incité quelques auteurs à tenter de définir cliniquement le groupe des adhérences partielles que l'anatomie pathologique avait indiqué et à le séparer de celui des adhérences totales, mais l'incertitude de ces signes ne permettait pas d'aller bien loin dans cette voie. D'ailleurs, on ne reconnaissait guère l'utilité de la poursuivre. Le chapitre était donc à peine ouvert, quand la radiologie est venue apporter un très précieux concours à un diagnostic localiste. Malheureusement, indépendamment de l'insuffisance regrettable de renseignements fournis sur certains points, on constate, quand on dépouille ceux que nous possédons, que les observateurs ne se sont pas encore suffisamment attachés, dans leurs examens, à distinguer les cas de *symphyse pure*, dont la destruction des adhérences relève d'un acte opératoire déterminé, de ceux dans lesquels il existait une *symphyse cardiaque compliquée*. Il serait nécessaire que la distinction entre ces deux groupes de faits s'établisse. Or l'étude clinique et les autopsies montrent que la chose est loin d'être impossible. A côté des cas complexes, on trouve des cas plus typiques et, vraisemblablement, ce sont ceux-là qui bénéficieront le plus de la chirurgie. C'est du reste, un fait habituel que, pour le chapitre du diagnostic, les auteurs recherchent l'ensemble le plus massif de signes ; le tableau étant plus complet est plus frappant ; étant plus touffu, il est aussi moins utile dans son application au malade et c'est regrettable. Le moment est venu de préciser la valeur des signes de localisation. J'exposerai la question sans manquer de signaler ses incertitudes, mais sans oublier rien des documents qu'elle nous offre. Mes constatations m'incitent à formuler le vœu qu'elle soit reprise, discutée, contrôlée bientôt par une plume médicale autorisée.

On a distingué :

I. Des symphyses compliquées d'adhérences périphériques comprenant :

A. *La symphyse avec adhérences périphériques à la paroi thoracique antérieure.*

B. *La symphyse avec adhérences périphériques à la paroi thoracique postérieure.*

C. *La symphyse avec adhérences périphériques à la paroi thoracique antérieure et postérieure.*

D. *La symphyse avec adhérences diaphragmatiques.*

E. *La symphyse avec adhérences pleurales.*

II. Des symphyses intrapéricardiques localisées comprenant :

F. *La symphyse partielle, de la base du cœur.*

G. *La symphyse partielle (ventricule gauche).*

H. *La symphyse partielle de la pointe.*

I. *La symphyse partielle de la face antérieure et du bord gauche.*

J. *Des adhérences comprimant les veines caves* (inférieure et supérieure).

K. *Des adhérences des gros vaisseaux de la base du cœur.*

III. La symphyse cardo-péricardique pure.

I

Symphyses compliquées d'adhérences périphériques

A. Symphyse avec adhérence à la paroi thoracique antérieure. — Voici quels en seraient les signes allégués, en dehors du processus clinique :

1° *Dépression de la paroi thoracique*, signalée par Bouillaud.

2° *Dépression systolique de la paroi au niveau de la pointe ou dans les espaces intercostaux voisins* (signe de probabilité).

3° *Dépression pluri-intercostale à distance au-dessus de la pointe. L'adhérence correspondrait aux points de dépression maximum* (signe de probabilité).

4° *Dépression de l'épigastre* (signe de Heim, signe de probabilité).

5° *Mouvement de roulis* (signe de probabilité).

6° *Absence, pendant l'inspiration de l'expansion en avant de la partie inférieure du sternum* (signe de Wenckebach).

7° *Fixité, immobilité absolue de la matité cardiaque à la percussion* (signe de probabilité).

8° *Pouls paradoxal* (médiastino-péricardite calleuse, adhérences supérieures).

9° *Immobilité du cœur constatée à l'examen radioscopique.* A la radioscopie, quand de larges adhérences fixent la face antérieure du cœur symphysé à la paroi thoracique, les *mouvements dus au déplacement du corps* et les *mouvements respiratoires* de l'organe sont très diminués ou abolis.

10° *Gêne des mouvements du diaphragme.* — La fixité du cœur gêne l'*expansion du diaphragme* dont les mouvements sont réduits (1).

11° En position latérale, l'*espace clair rétro-sternal* demeure sombre pendant l'inspiration forcée.

La fixité et l'immobilité du cœur à la percussion et à la radioscopie sont ici des signes de probabilité et non de certitude, la disparition de l'espace clair serait plus certain; elle serait *le signe utile pour assurer un diagnostic différentiel de la symphyse compliquée d'avec la symphyse pure;* il serait presque pathognomonique et sa constatation donnerait aux signes de probabilité une grande portée.

B. Symphyse avec adhérences périphériques à la paroi thoracique postérieure. — En dehors des signes fournis par le processus clinique, la radiographie a apporté au diagnostic de l'adhérence périphérique postérieure la précision qu'elle avait fournie pour celui de l'adhérence antérieure. On a donné les signes suivants :

1° *Signe de Broadbent*, consistant en la rétraction d'un ou de plusieurs espaces intercostaux postérieurs (signe de probabilité);

2° Dans la position latérale, la *disparition de l'espace clair antévertébral*, rétrocardiaque, ou son assombrissement est l'indice d'une médiastinite postérieure. Cette disparition pourrait même n'occuper qu'une partie du médiastin si, comme dans un cas dont j'ai trouvé la narration dans les Bulletins de la Société anatomique, la moitié inférieure seule du médiastin postérieur était indurée.

C. Symphyse avec adhérences périphériques à la paroi thoracique antérieure et postérieure. — Voici quels en seraient les signes :

1° *Dépression permanente des espaces intercostaux* (signes de probabilité);

2° *Dépression rythmée des mêmes espaces* (signe de probabilité);

3° *Signe de Broadbent* (signe de probabilité);

4° *Disparition de l'espace clair rétrosternal et de l'espace clair rétrocardiaque* (signes presque certains);

5° *Autres signes des médiastinites.*

La disparition des espaces clairs serait le meilleur des signes localistes.

D. Symphyse avec adhérences diaphragmatiques périphériques. — Ici il faudrait distinguer deux cas différenciés par l'anatomie pathologique et qu'on n'a pas séparés au risque d'apporter de la confusion dans la recherche des signes : 1° le cas dans lequel le cœur, *dans sa loge péricardique*, adhère *directement* au diaphragme ou à ce muscle *par l'intermédiaire du péricarde, près des insertions* de celui-ci (ce cas rentre dans le cadre de la symphyse *pure* qui est, par définition, *intrapéricardique*); 2° le cas où le cœur est symphysé au péricarde et où une portion plus ou moins étendue du diaphragme *extra-péricardique* (mais cependant reliée au péricarde par les insertions de celui-ci) est adhérente à la paroi avec une partie du médiastin. Cette portion de diaphragme est englobée dans la gangue des adhérences périphériques. Il ne sera ici question que de cette dernière variété d'adhérences.

(1) Vaquez et Bordet. Op. cit., p. 160.

Voici les signes que, de divers côtés, on en a donné :

1° *Dépression de la paroi thoracique* (Bouillaud);

2° *Amoindrissement de la saillie thoracique inspiratoire du côté gauche* (Williams, Rendu);

3° *Absence, pendant l'inspiration, d'expansion en avant de la partie inférieure du sternum* ;

4° *La consonance métallique de Reiss* ;

5° *La dépression costo-intercostale inférieure*;

6° *La dépression épigastrique*;

Ce sont là des signes de probabilité. Le suivant aurait plus de valeur.

7° *Modifications dans les mouvements des diaphragmes.* Quand le diaphragme est symphysé avec le cœur et la paroi thoracique, les mouvements diaphragmatiques seraient *extrêmement réduits*, *parfois abolis dans la plus grande partie de leur contour* [Vaquez et Bordet (1)]. Si l'adhérence n'a lieu qu'entre l'un des diaphragmes et la paroi thoracique, les déplacements seraient nuls du côté du diaphragme fixé, mais ils conserveraient une certaine amplitude de l'autre côté.

C'est l'adhérence cardo-péricardo-diaphragmatique *externe* et thoracique qui réduirait, dans les plus fortes proportions, le jeu d'un diaphragme.

Vaquez et Bordet ont bien étudié la valeur de ce signe. On consultera sur ce point leur ouvrage avec un réel intérêt. Ces troubles *vus*, apportés aux mouvements du diaphragme par les adhérences de ce muscle à la paroi, constitueraient un signe excellent.

8° *Troubles apportés dans les mouvements respiratoires du cœur* (signe probable).

E. Symphyse cardo-péricardique avec adhérences pleurales. — Je n'entrerai pas dans une étude qui m'éloignerait de mon sujet et me forcerait à faire de trop grandes et inutiles incursions dans la pathologie pleuro-pulmonaire. Je me contenterai de rappeler que les grosses adhérences pleurales se reconnaissent facilement à l'examen radioscopique et que, d'un autre côté, ce sont ces adhérences pleurales qui apportent le plus de difficultés dans l'interprétation des images radioscopiques.

(1) Vaquez et Bordet. Pour ces auteurs la valeur de l'observation est très relative. Le rapport avec la symphyse ne sera établi que s'il n'existe aucune lésion thoracique, telle que de simples adhérences pulmonaires capables de réduire le champ d'expansion du diaphragme. (Op. cit., p. 160.)

II

SYMPHYSES INTRAPÉRICARDIQUES LOCALISÉES

Jusqu'ici je n'ai passé en revue que les symphyses cardo-péricardiques *compliquées* d'adhérences périphériques; il y a lieu de s'arrêter maintenant aux signes attribués aux symphyses partielles, intrapéricardiques.

F. Symphyse partielle de la base du cœur. — MM. Vaquez et Bordet (1) nous donnent des signes qui permettraient de déceler des adhérences de la base du cœur. Pour ces auteurs, ces adhérences se traduiraient par des *ombres irrégulières sur le contour du cœur*, par l'*immobilité* ou l'*abolition des déplacements respiratoires du cœur dans le tiers supérieur de sa projection*; par des *modifications légères de la mobilité diaphragmatique.*

Nous transcrivons leur description :

a. *Ombres irrégulières dentelées sur le contour supérieur du cœur.* — Ces ombres occupent parfois une grande surface et envoient des prolongements autour des gros vaisseaux ou de la paroi thoracique. Leur visibilité n'est pas constante et dépend de leur développement en dehors de l'ombre sterno-vertébrale et cardiaque.

b. *Immobilité des déplacements latéraux de la base du cœur.*— En inclinaison latérale gauche, les déplacements de l'organe, d'ailleurs assez faibles à l'état normal, sont absolument inexistants.

c. *Diminution ou abolition des déplacements respiratoires du cœur dans le tiers supérieur de sa projection.* — Pendant l'inspiration profonde, par exemple, le contour supérieur du cœur demeure immobile, alors que, vers la pointe, l'ombre de l'organe s'allonge et par conséquent s'abaisse.

d. *Modifications légères de la mobilité diaphragmatique.* — L'expansion des diaphragmes est un peu diminuée pendant la respiration profonde, par suite de la fixité de la base du cœur.

L'impression qui ressort de cet exposé c'est que les signes radiologiques des adhérences de la base du cœur constatés jusqu'ici sont peu marqués et d'appréciation très délicate. Ils ne sauraient, par leur manque d'accentuation, troubler le chirurgien, car, après un diagnostic général, une constatation de visu lui viendrait en aide pour le guider. L'immobilité dans les déplacements latéraux semble le meilleur de ces signes. L'absence de signes d'adhérences de la pointe et d'ombres médiastinales le mettrait sans doute en valeur comme symptôme de symphyse cardo-péricardique pure.

G. Symphyse partielle du ventricule gauche. — Le dédoublement constant du second bruit du cœur, avec les mêmes caractères que ceux qu'il a dans le rétrécissement mitral, était donné par Potain comme signe général de symphyse cardo-péricardique. Le docteur Durand l'a considéré comme signe révélateur d'adhérences unissant le ventricule gauche à la paroi thoracique (symphyse cardo-péricardo-pariétale (2).

Des autopsies ont en effet démontré (Foucaud, Jayle, Œttenger, Durand) que chez des malades, chez lesquels on avait, en se basant sur le dédoublement du second bruit, porté le diagnostic de rétrécissement mitral, on n'avait trouvé que des adhérences symphysaires, cardo-péricardiques partielles.

La lecture des observations consignées dans la thèse de Durand n'entraîne pas la conviction, soit que l'autopsie n'ait pas confirmé le diagnostic (2e obs.), soit qu'elle ait révélé une symphyse généralisée cardo-péricardique (3e obs.) même compliquée d'adhérences pleuro-pulmonaires.

Le signe du dédoublement du second bruit ne semble donc pas actuellement devoir garder la portée spéciale que lui avait attribuée cet auteur. Il n'avait que la signification générale que lui concédait Potain pour le diagnostic de la symphyse (1).

Durand d'ailleurs a atténué lui-même la portée de son interprétation en disant que, en cas de dédoublement du second bruit, il faudrait aussi incriminer la *compression des veines pulmonaires par des brides.* Avons-nous à retenir cette assertion nouvelle ou à l'abandonner ?

Pour établir le diagnostic de symphyse partielle du ventricule gauche la radiologie apporterait de nouvelles bases.

« Si l'on suppose, nous disent MM. Vaquez et Bordet, que le bord gauche est seul symphysé à la paroi costale sur une petite étendue, on comprend que le cœur ne suive pas le diaphragme dans son mouvement inspiratoire. Le reste de l'organe étant libre, le bord droit conserve ses mouvements habituels. »

Voici, d'après les mêmes auteurs, un signe qui serait plus en rapport avec une symphyse pure du bord gauche ; il est vrai qu'il serait commun avec la symphyse de la paroi antérieure.

« Quand les adhérences du bord gauche ou de la face antérieure du cœur sont très larges et très serrées, les contours du cœur gardent une immobilité absolue et les traits qui les dessinent sur l'écran successivement, pendant l'inspiration et l'expiration, se superposent exactement (2). »

H. Symphyse partielle de la pointe. — L'adhésion de la pointe du cœur au péricarde se reconnaîtrait, dit-on :

1° *A la dépression systolique de la pointe* ;

2° *A la fixité de la pointe* reconnue à l'inspection, à la percussion, à la radioscopie.

1° Le premier signe est très rationnel. J'ai rappelé l'interprétation à laquelle s'était arrêté Skoda.

Mais, comme nous l'avons vu, il s'est rencontré

(1) VAQUEZ et BORDET. Op. cit., p. 158 et 159.

(2) DURAND. *Contribution à l'étude de la symphyse cardiaque*, Th. de Paris, 1894.

(1) POTAIN. Si le dédoublement du deuxième bruit fait songer au rétrécissement mitral, il ne doit pas faire oublier l'idée de symphyse cardiaque. L'absence de frémissement cataire, des caractères du pouls et surtout de la fixité de la pointe feraient écarter le diagnostic de rétrécissement mitral.

(2) VAQUEZ et BORDET. Op. cit., p. 151.

Dans une observation, nous avons vu que le ventricule gauche avait été tellement attiré en avant par les adhérences qu'il surplombait le ventricule droit et que la pointe du cœur était retournée en dedans. Nous n'avons trouvé relation d'aucun autre fait du même genre.

des cas où il n'existait pas trace d'adhérences péricardiques et où la dépression en godet de la paroi aux points correspondants à la pointe du cœur a été observée. Ce n'est donc qu'un signe de probabilité.

2° La *fixité de la pointe du cœur* révélée par l'invariabilité de l'oscillation pariétale et celle de la matité pendant l'inspiration, l'expiration et les positions diverses données au malade, est à la fois un signe général de symphyse cardiaque et un signe de diagnostic localiste, d'adhérence de la pointe.

La radioscopie a rendu la constatation de ce signe plus facile et plus sûre en y ajoutant un élément de plus : la constatation de l'ombre d'adhérence. L'ombre de la pointe est vue immobile, *alors que le contour du cœur subit une expansion en rapport avec ses mouvements ou qu'il se déplace pendant les mouvements respiratoires.*

MM. Vaquez et Bordet décrivent ainsi les aspects radioscopiques dans les cas d'adhérences de la pointe :

a. *Présence d'ombres d'adhérences.*

b. *Immobilité de la pointe.*

« *a.* Si le cœur n'est pas trop volumineux, on voit les ombres d'adhérences projeter leurs dentelures tout autour de la pointe; elles rejoignent le diaphragme et obscurcissent le *sinus cardo-diaphragmatique gauche.*

A l'état normal, les bords gauche et droit de l'ombre cardiaque s'incurvent quelque peu sur la ligne médiane avant de rencontrer le contour de l'ombre du diaphragme, de telle sorte qu'ils limitent avec cette ombre deux très petits sinus. Dans les grandes inspirations, ces deux sinus deviennent, à l'état normal, plus larges et plus profonds, comme si le cœur se séparait du diaphragme. Au contraire, s'il existe une symphyse du péricarde, les deux sinus disparaissent presque complètement et le contour de l'ombre cardiaque, au voisinage de l'ombre diaphragmatique, conserve invariablement la même forme à la fin de l'expiration et à la fin des profondes inspirations (1). »

Lehmann et Schmoll ont décrit des ombres comblant ces sinus cardo-diaphragmatiques (2).

L'adhérence de la pointe ne s'effectue pas d'une façon constante au péricarde ou au diaphragme, au niveau du sinus cardo-diaphragmatique ; elle peut s'implanter plus haut que ce sinus, par conséquent ne pas s'accuser par une ombre distincte. A défaut d'ombre adhérentielle, l'*immobilité de l'ombre de la pointe* reste comme signe; celle-ci semblerait donc devoir fournir des indications plus étendues que l'ombre adhérentielle.

b. On a donné, comme signe radioscopique de l'adhérence de la pointe du cœur au diaphragme, la solidarité de cette pointe avec le muscle ; dans ce cas, la *pointe s'abaisserait pendant l'inspiration* et se *relèverait pendant l'expiration.* Ce signe, d'après MM. Vaquez et Bordet (1), ne devrait être accepté qu'avec réserve quand le cœur est volumineux.

De plus, dans les *mouvements de latéralité*, les *déplacements du cœur* seraient abolis. Pour affirmer que des adhérences sont localisées uniquement à la pointe, il faut constater la persistance des déplacements du bord gauche à l'exception de la pointe (Vaquez et Bordet).

Il semble que cette étude devrait être serrée de plus près. Rares sont les adhérences directes de la pointe au diaphragme même, à la façon de celle que Foderé a décrite. Or, pour établir un signe, il faut le vérifier un nombre de fois suffisant. Enfin pèse toujours sur cette symphyse partielle, comme sur d'autres, la confusion établie entre les symphyses pures et les symphyses compliquées d'adhérences médiastino-diaphragmatiques et même pleurales.

I. Symphyse partielle, de la face antérieure et du bord gauche. — « Quand les adhérences du bord gauche ou de la face antérieure du cœur sont très larges et très serrées, les *contours* du cœur garderaient une *immobilité absolue* et les traits qui les dessinent sur l'écran, successivement, pendant l'inspiration et l'expiration se superposent exactement. » (Vaquez et Bordet.)

Les mêmes auteurs ont constaté, dans un cas, de larges adhérences de la face antérieure du sac péricardique symphysé, une élévation paradoxale du contour de l'ombre pendant l'inspiration profonde, mais il s'agissait d'une symphyse complexe avec adhérence au sternum (2).

J. Adhérences comprimant les veines caves (inférieure et supérieure). — Pour Hanot dont les travaux font autorité, la congestion intense et surtout rapide du foie s'expliquerait par les *tiraillements énergiquement exercés sur la veine cave inférieure par des adhérences cardo-péricardiques* qui rendraient particulièrement béante l'embouchure de cette veine dans l'oreillette droite.

D'après Imervol (1901) les adhérences *comprimeraient* la veine cave inférieure à son embouchure dans l'oreillette et s'opposeraient à l'écoulement sanguin de la veine dans la cavité auriculaire.

Stase par dilatation excessive de la veine cave inférieure, stase par compression, tel serait pour Hanot et Imervol le mécanisme intime de l'hypertrophie *rapide* d'origine cardiaque et de l'ascite *précoce*. Sans s'arrêter aux dissidences d'interprétation dans le mécanisme, si cette pathogénie des accidents restait affirmée, le chirurgien ne s'inspirant que de l'action localisatrice des adhérences et décidé à faire

(1) BÉCLÈRE. In *Traité de radiologie* du professeur Bouchard, 1904.

(2) MM. Vaquez et Bordet, au sujet de ces opacités des sinus, ont fait remarquer que l'image obscure n'est pas forcément pathologique, car ils l'ont rencontrée sur des cœurs physiologiques de sujets indifféremment gras ou maigres. Ils admettent « qu'elle est probablement due, dans ces cas, à un certain épaississement des feuillets péricardiques ». Ce qui, pour eux, permettrait de différencier ces images produites par la présence d'ombres dues à des adhérences pathologiques, c'est qu'on pourra toujours distinguer le contour inférieur de la pointe du cœur qui reste, en tous cas, plus sombre que l'ombre des tissus péricardo-diaphragmatiques, *ce qui n'est souvent pas possible lorsqu'il existe des adhérences.* C'est, d'autre part, que les mouvements du cœur conserveront leur amplitude normale du fait des déplacements respiratoires et de l'expansion du diaphragme.

(1) VAQUEZ et BORDET. Op. cit.

(2) VAQUEZ et BORDET. Op. cit.

le nécessaire « irait au mal » et se laisserait guider par ses constatations de visu.

La radiologie pourra peut-être nous apporter quelque secours. D'ores et déjà les radiologistes font entrer dans l'interprétation de la disparition du sinus cardo-hépatique la distension anormale de la veine cave inférieure. Mais ils ajoutent, et nous devons le faire remarquer, que la valeur de ce signe est aléatoire puisque la disparition du sinus cardo-hépatique peut être due à un simple épaississement des feuillets du péricarde, à un débord du ventricule droit, enfin à l'oblitération du sinus cardo-diaphragmatique gauche par la masse du cœur hypertrophié.

Ces quelques aperçus n'en montrent pas moins tout l'intérêt qui doit s'attacher, à l'avenir, à l'étude des conséquences que des adhérences cardo-péricardiques peuvent avoir sur la circulation du sang dans la veine cave inférieure. Des autopsies ont d'ores et déjà montré ces adhérences ou affirmé la compression de la veine par un magma concret remplissant le sinus cave.

L'*hypertrophie du foie* et l'*ascite précoce* attesteraient donc et la présence et l'action de ces adhérences. Si cette pathogénie se vérifiait, elle ouvrirait de beaux horizons à la chirurgie cardo-péricardique.

L'hypertrophie du foie et l'ascite précoce sont, en effet, des complications des plus graves de la symphyse cardo-péricardique, des complications tellement graves qu'elles fixent actuellement toute l'attention et tous les moyens d'une thérapeutique qui ne pouvant être que symptomatique reste, de toute évidence, palliative ou inefficace.

Le départ serait à faire entre l'asystolie hépatique d'origine mécanique et celle qui serait attribuable à une infection rhumatismale ou plutôt tuberculeuse du foie [Venot (1)]. Elles donnent toutes deux l'hypertrophie du foie et l'ascite à répétition.

Adhérences comprimant la veine cave supérieure. — L'œdème de la face et des membres supérieurs en sont les signes (Asbey).

E. Balzer qui a consacré sa thèse à ce sujet rapporte, d'après Meigs, un bel exemple de compression de la veine cave supérieure par des adhérences.

Sur un vieillard ayant présenté des signes de lésion cardiaque, de symphyse et des *troubles très marqués dans la circulation des troncs veineux sous-cutanés thoraciques et abdominaux*, surtout du côté droit, Meigs constata à l'autopsie une oblitération complète de la veine cave supérieure un peu au-dessus de son embouchure dans l'oreillette droite. La veine est englobée au sein d'un tissu lardacé (2).

On admet, d'un autre côté, que le *gonflement inspiratoire* des veines du cou est dû à l'arrêt de la circulation dans la veine cave par des brides qui la rétrécissent lors de l'inspiration.

K. Des adhérences indirectes des gros vaisseaux de la base du cœur au sternum. — Kusmaül a considéré le *pouls paradoxal* comme presque pathognomonique de la médiastino-péricardite et, pour préciser davantage sa signification, il en a rattaché la production aux *tractions exercées sur l'aorte par des brides fibreuses reliant cette artère au sternum.* Il pensait que, à chaque ampliation inspiratoire profonde du thorax, ces brides exerçaient sur cette artère des tractions qui, en diminuant son calibre, donnaient lieu à la suspension momentanée, intermittente, inspiratoire du pouls radial.

Les faits n'ont pas permis de conserver à ce symptôme une signification aussi précise et nous pourrions ajouter aussi précieuse pour le chirurgien. On a fait remarquer qu'on l'avait constaté sur des malades, chez lesquels des affections broncho-pulmonaires apportaient une entrave à l'inspiration et, même d'après Sommerbrodt, chez des gens sains, pendant de profondes inspirations, la glotte étant fermée.

Morel-Lavallée pense que, pour que le pouls paradoxal conserve la valeur que lui attribuait Kusmaül, il faut qu'il coïncide avec le *gonflement des veines du cou pendant l'inspiration.* Normalement, les veines cervicales se dégorgent au moment de l'inspiration ; leur gonflement *inspiratoire* exprimerait la gêne circulatoire éprouvée par ces veines sur lesquelles les brides médiastinales exerceraient des tractions, comme sur l'aorte (1).

L'interprétation de Morel-Lavallée aurait besoin d'être contrôlée et quant à la relation du pouls paradoxal avec une traction exercée sur l'aorte par les brides, elle semble des plus contestables. D'ailleurs le signe de Kusmaül est rare et le fait d'être constaté à la période ultime d'une asystolie des plus graves lui enlèverait, pour nous, de sa valeur pratique, si on devait s'y attacher.

Le professeur Debove (*Bull. Soc. anat.*, 1897, p. 247) nous a donné un bel exemple de compression des gros vaisseaux, en particulier de l'aorte par un épaississement du péricarde ou des fausses membranes fibreuses. Le diagnostic porté avait été insuffisance aortique. Le malade mourut à la suite d'un surmenage. Le muscle cardiaque et les valvules étaient sains.

Les adhérences des gros vaisseaux au péricarde, au médiastin, et par son intermédiaire à la paroi thoracique, adhérences intrapéricardiques, extrapéricardiques ou à la fois extra et intrapéricardiques, ne peuvent actuellement qu'être vaguement soupçonnées au cours de l'examen radioscopique et ce n'est que chemin faisant, et non de parti pris, qu'on pourrait être amené à les rompre.

III

SYMPHYSE CARDO-PÉRICARDIQUE PURE

L. Symphyse cardo-péricardique pure totale ou presque totale. — J'ai insisté sur la confusion regrettable et voulue que les auteurs et les cliniciens laissent s'établir entre la *symphyse pure* et les adhérences périphériques, thoraciques, médiastinales, diaphrag-

(1) Venot. *Du Foie cardiaque dans les symphyses du péricarde*, Th. de Paris, 1896.

(2) E. Balzer, *Contribution à l'étude de l'oblitération et de la compression de la veine cave supérieure*, Th. de Paris, 1901.

(1) Morel-Lavallée, *Op. cit.*, p. 66.

matiques et j'ai fait remarquer que cette confusion ne saurait exister aujourd'hui que la chirurgie tend à appliquer à l'adhérence cardo-péricardique pure un traitement différent de celui qu'on a proposé d'opposer à la *symphyse compliquée*. Et il est loin d'être prouvé, d'un autre côté, que la dernière soit plus importante, cliniquement, que la première, comme certains l'admettent.

Jusqu'à plus ample informé, on peut considérer comme des signes radioscopiques *rationnels* et *principaux* de la symphyse cardo-péricardique *pure* :

1° Les *ombres de la surface même du cœur*, sans extension au reste de la bordure péricardo-pleurale ;
2° L'*immobilité des bords cardiaques ;*
3° La *disparition des sinus diaphragmatiques ;*
4° L'*immobilité de la pointe du cœur*, l'*absence de tout soulèvement ou de tout abaissement de cette pointe ;*
5° La *constance de la forme radioscopique du cœur pendant ses mouvements propres et les mouvements respiratoires ;*
6° L'*absence des signes positifs*, *presque pathognomoniques des symphyses compliquées*, tels que la *disparition des espaces clairs rétrosternal et rétrocardiaque* caractéristiques des médiastinites ;
7° La *réunion des signes des symphyses limitées.*

J'insisterai tout particulièrement sur l'*absence des signes positifs des symphyses compliquées*. Du fait de l'absence de ces signes, ceux qui sont communs aux deux groupes de symphyses apportent un gros appoint à la variété de symphyse que cette absence a permis de séparer.

C'est dire que, dans le diagnostic différentiel des *symphyses cardiaques pures*, partielles ou totales, et des *symphyses compliquées*, la radioscopie joue un rôle de tout premier ordre. Nous lui devons déjà beaucoup ; nous avons encore à réclamer d'elle des éclaircissements et des enseignements nouveaux.

Tel est l'état de la question ardue du diagnostic général de la symphyse cardiaque et du diagnostic des symphyses localisées, telles que l'ont présentée les recherches les plus récentes. Bien des points restent encore obscurs ; certaines assertions auraient besoin, dit-on, d'être contrôlées. Je ne suis pas encore suffisamment armé pour tenter d'éclaircir les uns et vérifier les autres, mais je ne désespère pas de le faire dans un avenir rapproché, car, à mes yeux, le sujet est trop important pour que je ne continue pas à m'y intéresser.

FORMULAIRE

PRURIT EN GÉNÉRAL

Appliquer plusieurs fois par jour des compresses imbibées d'une solution de poudre de Nisaméline (deux à quatre cuillerées et plus par litre d'eau tiède en tâtant la susceptibilité de la lésion : donner le maximum supporté).

Traitement interne nécessaire par les pilules (2 à 6) de Nisaméline.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 2 AU 7 FÉVRIER 1914

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 2 février, à une heure. — 2e (1re, 2e et 3e séries).
3e (oral, 1re partie, 1re et 2e séries).
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).
Mardi 3 février, à une heure. — 2e (1re, 2e et 3e séries).
5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).
Mercredi 4 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.
2e (1re, 2e et 3e séries).
3e (oral, 1re partie).
Jeudi 5 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
2e (1re, 2e et 3e séries).
Vendredi 6 février, à une heure. — 2e (1re, 2e, 3e et 4e séries).
4e.
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.
Samedi 7 février, à une heure. — 2e (1re, 2e et 3e séries).
3e (oral, 2e partie).

THÈSES

Mercredi 4 février, à une heure. — M. Haddad. Contribution à l'étude de la dilatation aiguë du collier droit dans la pneumonie franche aiguë. (MM. Marfan, président ; Letulle, Lœper et Gougerot.) — M. Aubin. A propos de l'emploi du néosalvarsan par la méthode de Ravaut dans un service de clinique médicale. (MM. Letulle, président ; Marfan, Lœper et Gougerot.)

Jeudi 5 février, à une heure. — M. Stavropoulo. Cardiopathies tuberculeuses en général, sclérose cardiaque et causes d'asystolie en particulier, dans la tuberculose fibreuse. (MM. Debove, président ; Pierre Marie, Castaigne et Rathery.) — M. Raimbault. Le syndrome, anorexie mentale. Etude séméiologique et pronostique. (MM. Pierre Marie, président ; Debove, Castaigne et Rathery.) — M. Bloch. Coagulabilité sanguine, mesure clinique. (MM. Chantemesse, président ; Quénu, Lereboullet et Mocquot.) — M. Hayem. Les plaies pénétrantes de l'articulation du genou (plaies par armes de guerre exceptées). Leur thérapeutique. (MM. Quénu, président ; Chantemesse, Lereboullet et Mocquot.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Science et l'Art du chant, méthode complète de voix, par Henri Frossard, préparateur à la Sorbonne, professeur de voix. In-18, broché. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ch. Delagrave.

Schémas du Tronc, par le docteur A. Cerné, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Rouen. In-8 de 18 pages, avec 2 figures dans le texte. — Prix : 1 franc. — Paris, A. Poinat.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 11. — MARDI 27 JANVIER 1914. 87e ANNÉE. MARDI 27 JANVIER 1914. — N° 11.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, **10** francs par an. Étudiants étrangers, **15** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **5** fr. **50**. — 6 mois : **11** fr. — 1 an : **20** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

Hopitaux de Paris. — Concours d'ophtalmologiste des hopitaux. — Un concours pour la nomination à une place d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 9 mars 1914, à midi, dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration, de dix heures à trois heures, du lundi 9 février 1914 au samedi 21 février inclusivement.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 23 janvier. — Question donnée : « Capsules surrénales. Anatomie macroscopique et microscopique sans physiologie. — Complications de l'avortement. »

MM. Guillaume, 13 + 18 = 31 ; Remilly, 14 + 25 = 39 ; Deron, 11 + 21 = 32 ; Monnot, 11 + 21 = 32 ; Marquézy, 13 + 19 = 32 ; Mouzon, 13 + 18 = 31 ; Benoiste-Pilloire, 16 + 18 = 34 ; Turnesco, 14 1/2 + 22 = 36 1/2 ; Bisson, 13 + 20 = 33.

Séance du 24 janvier. — Question donnée : « Ligaments de l'articulation du coude. — Angine phlegmoneuse. »

MM. Chabanier, 9 + 19 = 28 ; Deguignand, 16 + 19 = 35 ; Manne, 10 + 19 = 29 ; Delotte, 13 + 23 = 36 ; Charpin, 17 1/2 + 19 = 36 1/2 ; Walther, 15 + 25 = 40 ; Semelaigne, 13 + 18 = 31 ; Malet, 9 + 18 = 27 ; Le Basser, 13 + 26 = 39 ; Marié, 11 + 25 = 36.

— Répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes et externes en médecine pour l'année 1914-1915. — MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49, à leur répartition dans les établissements de l'administration, pour l'année 1914-1915, savoir :

MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions le 15 février 1914) : internes et internes provisoires, le jeudi 12 février, à deux heures.

MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 1er mars 1914) : ceux de huitième et septième années (militaires), de sixième, cinquième et quatrième années (externes ayant concouru en 1906, 1907, 1908, 1909, 1910), le lundi 16 février, à deux heures ; — ceux de troisième année (externes ayant concouru en 1911), le mercredi 18 février, à deux heures ; — ceux de deuxième année (externes ayant concouru en 1912), le samedi 21 février, à deux heures ; — ceux de première année (externes ayant concouru en 1913), le mercredi 25 février, à deux heures.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

Facultés de médecine. — Alger. — M. Dufour, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, est nommé professeur de physique médicale à la Faculté de médecine de l'Université d'Alger.

— Bordeaux. — Le conseil de la Faculté vient de présenter pour la chaire de médecine légale, en première ligne : M. le docteur H. Verger, agrégé, chargé du cours de médecine légale ; en deuxième ligne : M. le docteur J. Abadie, agrégé.

Ces deux votes à l'unanimité.

Conseil d'hygiène de la Seine. — M. le professeur Guignard, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, membre titulaire du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, est, sur la proposition de ce Conseil, nommé vice-président du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine pour l'année 1914.

Société de biologie. — La Société de biologie consacre une somme de 3000 francs à l'attribution de subventions à des recherches intéressant les sciences biologiques. Les demandes doivent parvenir à la Société avant le 31 mars 1914.

Les candidats sont priés d'indiquer pour quels moyens

matériels de travail leurs recherches nécessitent une subvention.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — Pendant les deux derniers mois, la Société centrale a reçu 21 adhésions.

Elle a distribué 3 380 francs en secours à des sociétaires, et à des veuves et enfants de sociétaires.

La Société centrale va entrer en possession d'une rente de 6 000 francs, dont elle était nu-propriétaire et dont l'usufruitière est décédée. Elle pourra ainsi reconstituer sa réserve et maintenir le taux de ses secours.

Enfin il a été pris un certain nombre de décisions pour alimenter d'une façon régulière la caisse des allocations d'ancienneté.

MAISON DU MÉDECIN. — Le conseil de famille de la « Maison du médecin » vient de prononcer l'admission au château des Charmilles de quatre nouveaux pensionnaires, ce qui va porter à seize le nombre des hôtes de la fondation.

De nouvelles candidatures sont en ce moment soumises à l'examen du bureau.

Le conseil de famille les solutionnera dans une prochaine séance.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la deuxième semaine, 1043 décès au lieu de 1032 pendant la semaine précédente, et au lieu de 1009, moyenne ordinaire de la saison.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 222 décès, au lieu de 208 pendant la semaine précédente (et au lieu de 204, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 10 décès (chiffre identique à la moyenne); bronchite chronique, 17 décès (la moyenne est 20); pneumonie, 38 décès (la moyenne est 44).

Autres affections de l'appareil respiratoire, 157 décès (la moyenne est 130), dont 55 sont dus à la broncho-pneumonie et 82 à la congestion pulmonaire.

En outre, 8 décès ont été attribués à la grippe.

MÉDECINE PRATIQUE

LES POUDRES DE VIANDE DANS LA SURALIMENTATION DES TUBERCULEUX

Tous les moyens proposés habituellement pour la suralimentation des tuberculeux ont généralement le même inconvénient, les malades s'en lassent très vite. Qu'il s'agisse des œufs, du lait, des aliments gras, du sucre ou des gelées de viande le résultat est le même. Il en est de même de la viande crue et du suc de viande qui cependant sont les meilleurs agents de suralimentation quand leur fraîcheur et leur conservation sont parfaites.

Il faut néanmoins les conserver pour varier le régime. « Mais l'agent habituel et fondamental de la suralimentation, écrit le docteur A.-F. Plicque qui vient de consacrer à ce sujet une remarquable étude dans le *Bulletin médical* (17 déc. 1913), est certainement la poudre de viande. Sans doute, quelques détails de technique sont nécessaires pour obtenir dans l'administration une tolérance complète et prolongée. Mais ils sont vraiment plus faciles à mettre en pratique que pour les autres modes de suralimentation.

La conservation des poudres de viande est remarquable. Il est néanmoins certain que, plus la préparation sera récente, plus l'odeur et la saveur seront agréables, plus la tolérance et la digestibilité seront parfaites.

Dans ses premiers essais de 1882, essais si remarquables comme résultats, M. Debove faisait préparer la poudre de viande dans son service même de Bicêtre, au fur et à mesure des besoins. Dans les familles un peu soigneuses cette préparation, faite deux fois par semaine, se réussit parfaitement. La technique qui plaît le mieux est la suivante : « Prendre un morceau de bœuf, le plus maigre et le moins fibreux possible : tranche, gîte ou cœur, le cœur ayant l'avantage du très bon marché. Le hacher sur un billot et avec un couperet très propre. Dessécher le hachis en couche mince dans un vase mis au bain-marie. Une fois la dessiccation complète, ce qui exige souvent plusieurs heures, moudre à deux ou trois reprises la poudre dans un moulin à café à engrenage serré. » On réussit encore plus aisément par le procédé industriel, en faisant bouillir le bœuf avant de le hacher et de le dessécher. Mais les malades, à tort ou à raison, ont plus de confiance dans la poudre faite avec la viande non bouillie.

Les poudres toutes préparées peuvent d'ailleurs donner, elles aussi, de très bons résultats à la condition d'être récentes et de n'avoir aucune odeur, d'être en flacons bien bouchés et non en vrac, d'être dans des flacons assez petits pour être, une fois entamés, consommés en moins de huit jours.

Comme les poudres de viande fraîches ont un goût et une odeur agréables, le plus simple est de les donner dans les aliments (potages, œufs bouillis, omelettes, purée de légumes). On peut aussi délayer facilement 30 grammes de poudre de viande dans un bol de lait ou de cacao. Pour éviter la formation de grumeaux, la poudre est tout d'abord délayée en pâte avec une cuillerée soit de lait, soit de cacao, soit de rhum ou de sirop de punch. On ajoute ensuite peu à peu, en tournant toujours le reste du liquide. L'emploi du rhum et surtout du sirop de punch, si l'alcool n'est pas tout à fait contre-indiqué, contribue à donner au mélange une saveur très agréable. Par contre, l'emploi du bouillon de viande comme véhicule plaît, en général, beaucoup moins au goût que le lait ou que le cacao.

Les poudres très fraîches peuvent être délayées et bues dans un liquide froid. Par contre, si la poudre est tant soit peu ancienne, si elle a la plus légère odeur, la tolérance est beaucoup plus certaine quand on emploie, pour la délayer, un liquide bouillant qui la stérilise. Ces poudres anciennes peuvent, en effet, renfermer des bactéries. Même si elles restent aseptiques, les graisses qu'elles renferment toujours en faible quantité s'altèrent à la longue avec saponification et formation d'acides gras, bien étudiés par le professeur Calmette (de Lille). On a, pour éviter cette transformation ainsi que l'odeur aigre et nauséeuse, essayé de débarrasser complètement la viande de sa graisse par des lavages à l'alcool et à l'éther. Mais ces lavages entraînent avec la graisse d'autres principes nutritifs. Ils augmentent encore le prix de revient pour ce produit déjà assez coûteux.

La poudre de viande est classée par Mathieu et Roux dans la première liste des aliments les plus aisément digestibles : le lait, le lait homogénéisé, le kéfir, les œufs à la coque, les œufs brouillés à l'eau ou au lait, les potages au lait très cuits. Elle est beaucoup plus nutritive que les autres aliments. Elle renferme, en effet, 75 à 82 p. 100 de matières albuminoïdes, 11 à 15 p. 100 de matières grasses, 1,50 à 2 p. 100 de matières minérales et surtout de phosphates. Grâce à l'extrême division, ces matières nutritives sont absorbées dans la proportion de 95 à 98 p. 100. On conçoit donc qu'une dose même faible, 60 à 80 grammes par jour, donne vite un accroissement marqué de l'embonpoint. Et, fait intéressant, cet accroissement porte non seulement sur la graisse mais sur les muscles si émaciés dans la tuberculose, même au début. Sans doute, la tolérance et les doses varieront avec chaque malade. Mais l'idée fondamentale de M. Debove reste très juste : la suralimentation est le procédé inverse de celui par lequel un grand nombre de sujets deviennent tuberculeux. »

L. GAYARD.

DU ROLE DE L'ANAPHYLAXIE DANS LA SYPHILIS

Par M. BOUVEYRON,
Ex-chef de clinique dermatologique à la Faculté de médecine de Lyon,
Licencié ès lettres et ès sciences.

Depuis que les recherches du professeur Richet et d'une foule d'autres expérimentateurs eurent précisé le rôle et l'importance de l'anaphylaxie (1) dans les phénomènes biologiques, on put entrevoir les immenses conséquences que pourrait avoir cette conception en pathologie cutanée.

Mais c'est surtout dans la vérole, dont elle semble expliquer presque toute l'évolution, que l'anaphylaxie joue le rôle le mieux défini jusqu'à présent. A ce sujet, nous nous exprimions ainsi dans une communication du 10 janvier 1912, à la Société des sciences médicales de Lyon (2) :

« Tout se passe comme si le poison syphilitique sensibilisait localement et généralement l'organisme à la façon du poison tuberculeux. C'est cette sensibilisation progressive qui expliquerait l'explosion presque soudaine à un moment donné des accidents primaires et secondaires alors qu'avant cette explosion l'organisme réagissait beaucoup moins, localement et généralement, à l'infection. C'est cette même sensibilisation accumulée ou exagérée qui expliquerait les syphilis tertiaires ou malignes, lesquelles produisent des effets nécrotiques, alors que les tréponèmes s'y montrent pourtant très peu abondants et dépourvus apparemment de propriétés spéciales.

« Lorsqu'on pratique, chez un singe, deux inoculations successives à quelques jours d'intervalle, le chancre correspondant à la seconde inoculation a généralement une durée d'incubation relativement moindre. Il semble que l'organisme déjà sensibilisé ait plus vite réagi. De même chez l'homme, si l'on inocule au porteur d'un chancre récent son propre virus, les chancres secondaires auront, dans ce cas, une durée d'incubation remarquablement courte (3). Neumann et Ceak ont encore observé chez l'homme qu'après réinoculation d'un chancre à son porteur les réinoculations peuvent rester maculeuses tant que n'ont pas apparu les accidents secondaires, mais qu'elles deviennent papuleuses avec l'apparition de ceux-ci. Peu importent les conclusions différentes que les auteurs tirent de cette remarque. Mais ce fait ne donne-t-il pas à penser qu'il y a, au moment de l'explosion des accidents secondaires, une sensibilisation spéciale de l'organisme? Finger et Landsteiner qui, par un procédé spécial d'inoculation, sont arrivés à vaincre l'immunité presque à toutes les périodes de la syphilis, ont établi une sorte de loi de concordance d'après laquelle l'organisme syphilisé réagirait à l'inoculation de produits syphilitiques primaires ou secondaires d'une façon qui lui est propre et qui concorde avec les lésions qu'il peut présenter : c'est-à-dire à la période primaire, par des nodules qui deviennent superficiellement squameux ou croûteux et qui rappellent les lésions du chancre; à la période franchement secondaire, par des accidents moins développés; à la période tertiaire, par des indurations érythémateuses ou brunâtres qui pourront aboutir à des tubercules, des gommes ou des syphilides ulcéreuses.

« Dans le même ordre d'idées il y aurait lieu d'injecter à des singes syphilisés des doses répétées de produits syphilitiques pour voir si l'on ne sensibiliserait pas davantage leur organisme. Déjà Neisser et ses collaborateurs, à Batavia, ont cru voir que l'injection sous-cutanée de produits syphilitiques à des singes syphilisés paraissait déterminer de l'amaigrissement et même de la cachexie. »

Depuis deux ans que ces lignes furent écrites, les preuves se sont encore accumulées en faveur du rôle de la sensibilisation dans la pathogénie de la plupart des accidents de la vérole. En particulier, les réactions à la « luétine » de Noguchi ont encore montré avec plus d'évidence la sensibilisation de plus en plus marquée en général du derme aux périodes avancées de la maladie. Mais c'est surtout dans la paralysie générale expérimentale que les recherches de Noguchi ont bien mis en lumière le rôle de la sensibilisation cérébrale. Après l'inoculation intracérébrale de spirochètes pâles, singes et lapins restent pour la plupart en parfaite santé durant une période indéfinie, leur cerveau paraissant réfractaire. « Il est probable, dit Noguchi (1), que les animaux ont besoin d'être sensibilisés avant que le spirochète pâle puisse infecter le cerveau. » Et, dans le but de les sensibiliser ou de les préparer, Noguchi fait durant cinq mois à des lapins des injections intraveineuses de spirochètes morts et vivants. Au bout de ce temps il leur fait une inoculation intracérébrale; dès lors, des lésions cérébrales semblables à celle de la paralysie générale se mettent à évoluer progressivement; et, cliniquement, les lapins présentent des symptômes analogues à ceux que présente cette maladie chez l'homme.

Toutes ces considérations et tous ces faits montrent, semble-t-il, le rôle tout à fait capital de la sensibilisation de l'organisme dans l'évolution de la syphilis. Ils nous portent à croire que ce sont surtout les réactions de l'organisme qui déterminent les périodes de la maladie. Les poussées même correspondraient plutôt à des périodes de sensibilisation spéciale qu'à une brusque multiplication des germes infectieux. Par exemple, au début de la période secondaire, l'éruption, en certains cas, explose, pour ainsi dire, presque tout d'un coup et le terme d'éruption implique déjà par lui-même cette idée d'apparition brusque. On comprendrait mal, en ces cas, que les germes se multiplient subitement du jour au lendemain après une période d'incubation ou de latence

(1) Dans cet article je donne au mot anaphylaxie son sens étymologique et précis de contre-protection ou de sensibilisation morbide et laisse de côté toutes les théories de ce phénomène.

(2) Ultérieurement, M le professeur Gougerot a très justement insisté dans diverses publications sur l'importance de la sensibilisation de l'organisme syphilitique et notamment sur son rôle dans la production des poussées et des récidives. (GOUGEROT. *La Syphilis expérimentale*, 1913, p. 15.)

(3) Rappelons surtout à ce sujet les recherches remarquablement précises de M. Queyrat.

(1) *Presse méd.*, 1913, p. 807.

relativement longue. Nous savons, au contraire, que l'infection générale sanguine est presque contemporaine de l'inoculation et très antérieure à l'éruption elle-même.

Si donc c'est la réaction de sensibilisation de l'organisme syphilisé qui domine l'évolution de la syphilis et en détermine les périodes, il est de toute première importance de savoir si les médicaments antisyphilitiques peuvent agir sur cette sensibilisation et dans quel sens ils peuvent influer sur elle.

Au sujet de l'influence des traitements spécifiques sur la sensibilisation de l'organisme à l'infection syphilitique, il y a lieu, tout d'abord, de faire ressortir une sorte de contradiction, au moins apparente, entre certaines constatations cliniques déjà anciennes, faites surtout par M. le professeur Fournier, et les résultats obtenus récemment par la luétine-réaction.

En effet, le professeur Fournier a bien montré que les syphilides secondaires très tardives se montraient surtout chez les malades qui avaient été mercurialisés d'une façon soutenue et prolongée. Tout se passe, en ce cas, comme si l'organisme, ainsi mercurialisé, tolérait, pour ainsi dire, mieux le virus, ou du moins y réagissait tardivement par des lésions anormalement bénignes et résolutives (1).

Notons en passant que pour le professeur Fournier le traitement mercuriel pilulaire était le grand traitement de fond de la vérole et que, malgré des intermittences systématiques, ce traitement était, en réalité, presque continu, car le mercure ainsi emmagasiné à la longue, surtout dans le foie, continuait à se déverser à peu près constamment dans l'organisme et réalisait une sorte d'imprégnation mercurielle permanente.

Or, comment interpréter ces faits, sinon en admettant que le traitement mercuriel modéré et continu, comme l'étaient généralement les anciens traitements pilulaires, avait pour résultat, au moins dans certains cas, d'empêcher ce que nous avons tout à l'heure appelé la sensibilisation tertiaire ? En effet, si, pour produire le tertiarisme, il faut deux facteurs : d'abord la persistance des tréponèmes au sein de l'organisme et ensuite une réaction de sensibilisation de ce même organisme à ces tréponèmes, le traitement mercuriel modéré et continu qui ne produit pas de tréponémolyse brutale, pas de sensibilisation organique consécutive, et qui, d'autre part, enraye au moins la multiplication des tréponèmes, devait, par là même, empêcher l'organisme de se sensibiliser aux parasites survivants. Ainsi s'expliquerait la fréquence des syphilides secondaires tardives observées par le professeur Fournier à la suite des anciens traitements mercuriels.

Maintenant, que nous enseigne la réaction à la luétine ? La dernière statistique de Noguchi (2) nous montre que, chez 27 syphilitiques secondaires en puissance d'accidents et n'ayant jamais fait de traitement ou seulement un traitement mercuriel léger, il y eut 2 fois réaction à la luétine et 23 fois absence de réaction. Mais Noguchi ne dit pas s'il entend, par traitement mercuriel léger, un traitement pilulaire, ni quelle était l'ancienneté moyenne de la syphilis, chez les malades de ce groupe. D'autre part, sur 17 syphilitiques secondaires sans accidents et ayant suivi un traitement mercuriel régulier, 14 fois la réaction était positive et 3 fois négative. Mais nous ne savons pas si Noguchi entend, par traitement mercuriel régulier, un traitement prolongé ou un traitement intensif par injections ; et l'ancienneté moyenne de la syphilis chez les malades de ce groupe (*déjà régulièrement traités*) n'est pas non plus indiquée. Enfin sur 54 syphilitiques secondaires sans accidents et ayant suivi à la fois un traitement par le mercure et par le salvarsan, la réaction fut 42 fois positive et 12 fois négative. L'ancienneté moyenne de la syphilis pour les malades de ce groupe n'est pas non plus indiquée et n'est peut-être pas la même que pour ceux des groupes précédents.

D'autres auteurs ont également noté que la réaction à la luétine, négative avant le salvarsan, devenait postive après.

En tout cas, de nouvelles statistiques nombreuses et détaillées sont encore nécessaires pour nous montrer quel est l'effet des différents traitements sur la luétine-réaction. Cependant, il n'est pas invraisemblable que, dans certaines conditions qui restent à déterminer, et peut-être surtout dans les conditions d'un traitement très actif et discontinu, pouvant produire par à-coups une tréponémolyse intense, il puisse aussi se produire une sensibilisation marquée de l'organisme à la luétine ou au tréponème survivant. Nous disons : dans les conditions d'un traitement intensif et discontinu, car les traitements anciens d'action modérée et presque continue favorisaient, en certains cas du moins, la production de syphilis secondaires tardives et semblaient, en ces cas-là, empêcher la sensibilisation.

C'est probablement encore à un phénomène de sensibilisation qu'il faut rapporter les faits suivants : on sait l'existence fréquente après le traitement par le salvarsan d'ulcérations chancriformes d'un tertiarisme précoce qui peuvent donner le change et être prises parfois pour des accidents de réinfection (de nombreux faits de ce genre ont été publiés) ; on sait aussi la fréquence de ce qu'on a appelé les neuro-récidives (1) et que nous appellerons, sans rien préjuger, les neuro-accidents éloignés consécutifs à l'emploi du salvarsan. Le terme de neuro-récidives est d'ailleurs critiquable, comme l'a indiqué M. Sicard, car il suppose toujours une atteinte nerveuse préalable qui n'est pas démontrée.

Sans doute, nombre de ces neuro-accidents guérissent par le traitement qui les aurait antérieurement provoqués. Et c'est ce qu'il y a en apparence de plus paradoxal. Mais cela n'est pas inexplicable, comme nous l'allons voir.

(1) A. Fournier. *La Syphilis secondaire tardive.*
(2) Noguchi. La luétine-réaction, *Presse méd.*, 1913, p. 758.

(1) On les a appelées neuro-récidives (Benario, Ehrlich), neuro-réactions (Audry), méningo-récidives (Bayet et Desneux), accidents neurotropiques (Buschke), accidents méningotropiques (Sicard), méningo-vascularites (Ravaut).

En effet, quand on pratique une injection forte de salvarsan à un syphilitique en période floride, il se produit une tréponémolyse intense ; et nous admettrons provisoirement que les endotoxines brusquement libérées peuvent imprégner et sensibiliser son système nerveux à peu près comme font les injections intraveineuses de cultures de tréponèmes chez les singes et lapins dont Noguchi sensibilise le cerveau. Au reste, cette sensibilisation du système nerveux chez le syphilitique floride traité par le salvarsan n'est pas la seule, et il peut y avoir sensibilisation du tégument et apparition de la réaction à la luétine.

Si donc les toxines libérées tout à coup par une tréponémolyse intense peuvent se fixer électivement sur le système nerveux, il est tout naturel que cette fixation puisse déterminer une réaction locale, ou l'augmenter quand elle est préexistante. Et c'est en effet ce qui a lieu. Mais, ne l'oublions pas, cette réaction, qui se traduit surtout par les modifications du liquide céphalo-rachidien, ne semble pas le fait même du 606, mais bien des endotoxines qu'il met en liberté. Car il faut bien savoir que les doses thérapeutiques de 606 ne produisent guère des neuro-accidents que chez des syphilitiques et parmi les syphilitiques, surtout chez des secondaires en période floride.

Comme toutes ces différences de réaction entre les périodes différentes de la maladie, et aussi entre les syphilitiques et les sujets sains, permettent d'éliminer, dans une certaine mesure, l'action propre du salvarsan sur le système nerveux, on est conduit à admettre, dans la période floride de la syphilis, une libération importante d'endotoxines sous l'influence du salvarsan, une réaction méningée fréquente due à cette fixation d'endotoxines, et une sensibilisation consécutive du système nerveux. En d'autres termes, l'augmentation de pression et l'apparition ou l'augmentation d'albumine ou d'éléments cellulaires qu'il est fréquent d'observer chez les syphilitiques secondaires après le traitement par le 606 (P. Ravaut, Lévy-Bing, etc.) sont vraisemblablement une réaction méningée consécutive à une fixation d'endotoxines sur le système nerveux.

Maintenant se pose un problème d'un intérêt théorique et pratique : le système nerveux du syphilitique secondaire, qui réagit cliniquement après l'injection de salvarsan ou qui traduit seulement ses réactions latentes par des modifications du liquide céphalo-rachidien, réagit-il aux toxines générales mises en circulation et qu'il fixe électivement? Ou réagit-il seulement à des endotoxines locales provenant d'un parasitisme local ? Autrement dit, quand il réagit, est-ce parce qu'il était toujours atteint antérieurement d'une lésion nerveuse locale ? Et tout neuro-accident postsalvarsanique éloigné est-il en réalité une neuro-récidive ?

Cette dernière alternative, bien qu'admise, pour ainsi dire, en principe, par certains auteurs, n'est pas du tout démontrée.

En effet, pour sensibiliser des cerveaux de singes ou de lapins, Noguchi a pu utiliser les injections intraveineuses de tréponèmes morts, et il ne s'est pas servi pour cela d'inoculations intracérébrales. Il semble que le système nerveux puisse fixer électivement les endotoxines circulantes du tréponème. Lors donc que, chez un syphilitique secondaire, il y a apparition d'une réaction méningée après un traitement par le 606, rien n'empêche d'admettre que le système nerveux a pu fixer les endotoxines mises en circulation par la tréponémolyse et y réagir. Et si l'on n'admet pas cette possibilité de fixation et de réaction, il faut admettre que, en certains cas, le 606 favorise le développement de lésions spécifiques dans les méninges et les centres nerveux en même temps qu'il les guérit partout ailleurs.

Pour expliquer cette surprenante antinomie, on a coutume d'invoquer la théorie de l'imperméabilité méningée aux médicaments spécifiques. Mais quand on parle d'imperméabilité méningée, il s'agit de s'entendre. L'imperméabilité habituelle du liquide céphalo-rachidien au 606 ne prouve pas du tout que la partie vasculaire ou tissulaire des méninges soit imperméable au 606 ou aux anticorps dont il peut déterminer la production. Mercure et 606 traversent et impressionnent les méninges sans passer dans le liquide céphalo-rachidien, tout comme la glycose ou l'albumine assurent la nutrition et le fonctionnement de toutes les cellules du rein sans passer dans l'urine. Or, même dans les méninges, les tréponèmes sont avant tout intratissulaires et ne se trouvent que bien rarement et en petit nombre dans le sac arachnoïdien. D'autre part, en cas de méningite, le sac arachnoïdien devient perméable à l'albumine, aux leucocytes, parfois même au 606.

En somme, pour expliquer les neuro-récidives ou les insuccès du traitement spécifique dans les affections dites autrefois parasyphilitiques, il ne suffit pas d'invoquer un enkystement méningé des tréponèmes, car il ne faut pas oublier que dans la paralysie générale, affection rebelle par excellence, les tréponèmes ont été trouvés principalement dans le tissu nerveux.

Insuffisante encore pour expliquer les neuro-récidives est la théorie qui admet une disparition passagère de certaines propriétés immunisantes de l'organisme après la sterilisatio fere absoluta que produirait le 606, par exemple. En effet, cette théorie n'explique pas pourquoi il n'y a que des neuro-récidives et pas des ostéo-récidives, des adéno-récidives, etc. Le pourquoi de la localisation nerveuse des neuro-récidives reste donc inexpliqué. Puis, comment s'expliquer encore que certaines neuro-récidives soient fugaces et guérissent spontanément et sans traitement, alors que cette théorie les ferait considérer comme des sortes de néo-chancres internes ?

Au contraire, la théorie qui admet une fixation nerveuse élective des endotoxines libérées des tréponèmes avec sensibilisation nerveuse consécutive est une théorie à la fois souple et simple qui, à elle seule, explique en grande partie la pathologie nerveuse de la syphilis, depuis les maladies de sensibilisation nerveuse qui résistent au traitement spécifique, telles que le tabes et la paralysie générale, jusqu'aux neuro-accidents éloignés et jusqu'aux

neuro-accidents précoces consécutifs au traitement par le salvarsan (1).

Sans doute, dans les cas de neuro-accidents qui suivent de près le traitement par le 606, il est toujours bien difficile de savoir quelle est la part à faire à l'intoxication arsenicale qui vient se superposer à l'intoxication par tréponémolyse ou à l'anaphylaxie. D'autre part, le professeur Richet a bien montré l'accroissement général de sensibilité aux poisons quelconques chez les sujets anaphylactisés. Or, c'est justement cette complexité des causes, différente chez l'homme et chez les animaux, qui nous explique aussi le désaccord entre les expérimentateurs d'une part et beaucoup de cliniciens de l'autre, touchant les dangers du 606 pour le système nerveux : par exemple, entre Ehrlich-Hata qui affirment que le 606 n'est ni neurotrope, ni dangereux pour le système nerveux des animaux, et les syphiligraphes dont beaucoup redoutent les neuro-accidents postsalvarsaniques. Il semblerait cependant, vu l'absence de neuro-accidents et de réactions du liquide céphalo-rachidien chez les animaux et chez les sujets non syphilitiques, que l'intoxication chimique proprement dite ne joue pas le rôle capital dans leur production.

Or, notre théorie fait comprendre pourquoi l'on n'observe de neuro-accidents à la suite d'injection de 606 que chez les syphilitiques et pourquoi aussi les syphiligraphes ne sont pas d'accord avec les expérimentateurs au sujet des dangers du salvarsan pour le système nerveux.

Elle nous fait comprendre pourquoi une seconde ou une nième injection de 606 produit parfois de graves accidents immédiats alors que les précédentes avaient été parfaitement tolérées. Car, en dehors même de son anaphylaxie spéciale, le sujet anaphylactisé est encore notablement plus sensible à tous les poisons.

Elle nous fait comprendre par la fixation nerveuse des endotoxines après tréponémolyse brusque l'apparition ou l'augmentation possibles des réactions méningées après le traitement par le salvarsan.

Grâce à la sensibilisation nerveuse consécutive à cette fixation d'endotoxines, elle nous fait comprendre pourquoi il se produit des neuro-accidents postsalvarsaniques plutôt que des adéno-accidents, des ostéo-accidents, etc.

Elle nous explique pourquoi il peut se créer aussi une anaphylaxie ou une sensibilisation de la peau parallèle à celle du tissu nerveux et qui peut être rapide à la suite des tréponémolyses intenses ; et pourquoi, par exemple, le traitement au salvarsan peut rendre rapidement positive la réaction à la luétine.

Elle nous explique pourquoi un traitement très actif et discontinu amène principalement la sensibilisation, alors que les anciens traitements mercuriels, d'action modérée et presque continue, prévenaient plutôt la sensibilisation tertiaire et favorisaient l'apparition de syphilides secondaires très tardives.

Elle nous explique pourquoi un traitement mercuriel continu, fait avant ou après le traitement par le salvarsan, peut diminuer les cas de sensibilisation ou de neuro-accidents.

Elle nous explique pourquoi c'est au moment où la sensibilisation nerveuse est vraisemblablement à son maximum et où les tréponèmes survivants ont recommencé de pulluler que la rencontre dans le système nerveux de la sensibilisine et de l'endotoxine produit son maximum d'effet.

Elle nous explique pourquoi certains neuro-accidents guérissent spontanément quand il y a simplement rencontre dans le système nerveux de sensibilisine et de toxine, et la plupart des neuro-accidents éloignés par un traitement spécifique, quand se trouvent en présence sensibilisine et tréponèmes.

Elle nous montre, hélas ! combien nous savons peu de choses encore sur les réactions si complexes de l'organisme syphilitique, combien nous sommes peu maîtres de l'avenir de la syphilis (1) et combien même certains de nos traitements les plus actifs et les plus vantés peuvent être des armes à double tranchant.

Mais cette théorie est importante surtout par ses conséquences pratiques.

Elle nous conduit, en effet, à redouter surtout, à la période secondaire, les traitements trop actifs et discontinus, les traitements intensifs et par à-coups, qu'ils soient arsenicaux ou même mercuriels, qui peuvent déterminer une tréponémolyse brutale et une sensibilisation nerveuse consécutive. Elle nous conduit à faire d'un traitement modéré et presque continu le traitement de fond de la vérole. Elle nous conduit tout au moins à encadrer les traitements violents par le salvarsan d'un traitement mercuriel antérieur et consécutif qui diminue la brusquerie de la tréponémolyse et diminue la possibilité des neuro-accidents.

Elle nous apprend à nous défier de l'avenir et à redouter les lésions nerveuses ultérieures pour les malades qui n'ont été traités qu'au salvarsan.

Elle nous apprend qu'il ne faut pas faire de la disparition ultra-rapide des accidents spécifiques le critérium unique, ni même principal de la valeur d'un traitement antisyphilitique.

Elle nous explique pourquoi un traitement modéré et presque continu comme l'étaient les anciens traitements mercuriels, tout en n'empêchant pas la production de syphilides secondaires tardives et en la favorisant même, prévenaient cependant, dans une assez large mesure, le tertiarisme et les maladies de sensibilisation nerveuse, telles que le tabes et la paralysie générale.

Elle nous autorise à conclure enfin que, malgré les magnifiques résultats immédiats fournis par le 606, le traitement modéré et presque continu par le mercure doit plutôt rester le traitement de fond de la

(1) Notons incidemment que cette théorie s'accorde tout à fait avec le rôle important que le professeur Richet attribue au système nerveux dans le mécanisme de l'anaphylaxie.

(1) L'un des malades que j'ai soigné de la façon la plus énergique par le mercure, puis par le salvarsan, depuis l'âge de six mois (à cet âge il avait des syphilides secondaires et de l'hydrocéphalie qui ont rapidement guéri) a été atteint à l'âge de huit ans de paralysie générale dont il est mort deux ans après.

vérole, quoique, avec les réserves que nous avons faites, il y ait le plus souvent avantage à associer les deux médications.

ACTUALITÉS

LE REIN DES TUBERCULEUX

Depuis longtemps, les anatomo-pathologistes étudient avec le plus grand soin le rein des tuberculeux, et cependant l'accord n'est pas encore fait sur la doctrine des néphrites tuberculeuses. Michel Léon-Kindberg a « tenté d'apporter quelque lumière sur ce sujet »; basée sur des observations personnelles nombreuses et complètes recueillies dans le service du docteur Rist, sa thèse (1) apporte une importante contribution à l'étude de la dégénérescence amyloïde, des néphrites et des lésions aiguës des reins chez les tuberculeux.

Pour apprécier l'état du rein pendant la vie des malades, l'auteur faisait le dosage de l'urée et des chlorures dans le sérum et dans les urines; il calculait la constante d'excrétion uréique ou coefficient d'Ambard. Des inoculations au cobaye furent pratiquées en grand nombre avec des fragments d'organe, de sang, de culot urinaire. Les pièces prélevées aux autopsies ou sur les animaux en expérience étaient fixées et colorées par les meilleures méthodes de la technique histologique actuelle.

Avec ces procédés d'exploration, on constate tout d'abord que le rein des tuberculeux pulmonaires est normal dans la majorité des cas. En analysant le sérum et les urines de dix tuberculeux non cachectiques, non albuminuriques, Léon-Kindberg a trouvé que la sécrétion rénale était normale tant pour l'urée que pour le chlorure de sodium. Chez ces dix malades, l'inoculation des urines au cobaye fut chaque fois négative. La plupart des cas de phtisie pulmonaire évoluent ainsi jusqu'à la mort sans présenter aucun signe de complication rénale; à l'examen histologique, le rein est normal, si du moins on a pu prélever les reins aussitôt après la mort; car, quand l'autopsie est pratiquée après le délai légal de vingt-quatre heures, on constatera que la partie superficielle des cellules est abrasée, que des cellules sont tombées dans la lumière des tubes et transformées en masse protoplasmique homogène; il s'agit là d'altérations cadavériques et non de lésions de néphrite. Ce que l'on rencontre quelquefois en examinant les coupes de ces reins normaux de phtisiques, ce sont des tubercules isolés qui, d'après Jousset, existent dans un quart des cas. Sans pouvoir donner de statistique, Léon-Kindberg admet une proportion moins forte. La pathologie comparée confirme cette conception du rein des tuberculeux; en examinant les reins d'un certain nombre de porcs tuberculeux, Léon-Kindberg n'a jamais noté de lésions de néphrite, mais, sur dix-huit cas, il a trouvé cinq fois des tubercules isolés, envahis par la sclérose, nettement séparés par des fibres conjonctives du parenchyme voisin dont l'apparence était normale.

En ce qui concerne la dégénérescence amyloïde, deux opinions sont actuellement soutenues; Chauffard et Laederich, Castaigne considèrent que l'amylose ne peut être séparée des processus de néphrite, que c'est une lésion inconstante surajoutée ou non à des altérations épithéliales; pour Brault et Courcoux, au contraire, l'amylose du rein se constitue en tant que lésion isolée et autonome. L'amylose, font remarquer Brault et Courcoux, atteint d'autres organes avant le rein; pour ces organes, on admet qu'elle envahit les parois vasculaires sans qu'il y ait eu au préalable le moindre processus inflammatoire; la même théorie doit être appliquée à l'amylose rénale. En abordant à son tour la discussion de ce sujet, Léon-Kindberg note en premier lieu l'atteinte tardive du rein dans la maladie amyloïde des tuberculeux; il a trouvé plusieurs fois une amylose légère au niveau du rein alors que le foie, la rate, les capsules surrénales présentaient une dégénérescence toujours très considérable, parfois massive et presque totale. Trois observations lui ont permis d'étudier les premiers troubles fonctionnels dus aux lésions initiales du rein au cours de la maladie amyloïde; il s'agissait, dans ces trois cas, de tuberculeux cavitaires jeunes, à évolution clinique assez rapide; aucun d'eux n'avait un syndrome de néphrite nettement constitué; une fois il existait une grosse albuminurie; une fois, un léger louche d'albumine pendant l'agonie; dans le troisième cas, on notait seulement une polyurie assez abondante. Aux trois autopsies, amylose massive du foie, de la rate et des surrénales; le rein, exempt d'amylose dans un cas, ne présente dans les deux autres qu'une dégénérescence glomérulaire discrète. Or, ces trois malades avaient présenté un même syndrome de sécrétion rénale : abaissement du coefficient azoturique d'Ambard; chlorurie et excrétion d'urée suffisantes; abaissement au-dessous du seuil normal du taux des chlorures du sérum; taux très bas de l'urée dans le sérum. Ce syndrome est tout à fait spécial, puisque c'est exactement l'opposé de ce que l'on trouve dans les néphrites. Dans ces trois cas, les examens histologiques des reins donnèrent des résultats comparables : absence de toute lésion congestive ou interstitielle, intégrité relative des tubes contournés, hypertrophie et aspect clair, gonflé, irrégulier des autres cellules nobles, cette lésion tendant à envahir à son tour le segment à bordure striée; l'aspect du rein rappelle donc la description d'Albarran sur l'hypertrophie rénale. Pour expliquer le syndrome de sécrétion rénale et l'état anatomique du rein au début de l'amylose, Léon-Kindberg propose d'admettre un hyperfonctionnement de cet organe; il se range ainsi à l'opinion de Brault et Courcoux que la dégénérescence amyloïde doit être considérée comme le résultat d'une altération profonde du sang tout à fait indépendante dans sa localisation d'une lésion inflammatoire antérieure. Par conséquent, d'après l'auteur, au cours de la tuberculose pulmonaire chronique, la dégénérescence amyloïde atteint le foie, la rate et les capsules surrénales avant de frapper les reins. Au début de l'amylose rénale, hors les cas où préexiste une lésion rénale chronique, il n'y a en général aucun symptôme clinique de néphrite; seule l'albuminurie ou quelquefois une polyurie anormale peuvent éveiller l'attention, mais en étudiant la sécrétion urinaire on reconnaît l'existence d'un syndrome particulier témoignant d'une exagération du pouvoir de concentration du rein, d'une sorte d'hypersécrétion. Ce syndrome urologique apparaissant chez un tuberculeux permet de faire le diagnostic de la dégénérescence amyloïde avant les grands œdèmes, l'albuminurie massive et la diarrhée incoercible. A l'examen histologique pratiqué dans de bonnes conditions, on constate, avec l'infiltration amyloïde de quelques anses glomérulaires et de quelques artérioles des pyramides, une hypertrophie particulière des cellules des tubes corticaux qui semble la traduction histologique de l'hypersécrétion.

Léon-Kindberg discute ensuite la question des néphrites tuberculeuses avec des arguments cliniques, anatomo-pathologiques et expérimentaux. Ne pouvant entrer dans le détail de cette longue et intéressante discussion, nous en donnerons seulement les conclusions. Le bacille de Koch provoque au niveau du rein des lésions locales qui sont le plus souvent typiques avec follicules tuberculeux; il peut y créer aussi des lésions atypiques, non folliculaires. Dans l'un et l'autre cas c'est bien à l'action du bacille de Koch lui-même qu'il faut attribuer les lésions, car il ne paraît pas démontré que la

(1) Michel Léon-Kindberg. *Etudes sur le rein des tuberculeux. Dégénérescence amyloïde. Néphrites chroniques. Allergie et lésions aiguës des reins*, Th. de Paris 1913; Paris, Steinheil.

tuberculine puisse être invoquée pour expliquer les néphrites chroniques tuberculeuses.

Les lésions atypiques produites par le bacille de Koch consistent surtout en amas lymphocytiques ou épithélioïdes, d'aspect presque toujours nodulaire; au sein de ces nodules, on constate une nécrose épithéliale plus ou moins intense. Autour de ces lésions centrales, une infiltration massive peut parfois s'étendre en nappe ou s'irradier en suivant les vaisseaux, mais il n'y a jamais de lésion diffuse d'emblée. Dans tous les cas, ce qui paraît caractéristique c'est la réaction conjonctive précoce, la tendance à la cicatrice fibreuse avec infiltration de cellules rondes où l'on peut démontrer souvent la présence du bacille; lorsque ces lésions sont assez multipliées pour occuper une notable partie du parenchyme rénal, elles constituent une forme particulière de néphrite interstitielle, forme rare du reste, et les faits de cet ordre ne permettent pas d'incriminer le bacille tuberculeux dans l'étiologie du mal de Bright vulgaire.

Au point de vue clinique, lésions folliculaires ou lésions atypiques ont pour conséquence un même syndrome de néphrite. Celui-ci sera du reste banal; souvent la rétention chlorurée est au premier plan avec production d'œdèmes considérables, et, dans ce sens, on peut admettre l'existence d'une néphrite hydropigène tuberculeuse (1); l'étude du coefficient d'Ambard montre que la sécrétion uréique est elle aussi défectueuse.

Dans le dernier chapitre de sa thèse, Léon-Kindberg étudie les lésions aiguës généralisées des reins chez les tuberculeux et leurs rapports avec l'allergie. Des phtisiques avaient présenté les signes habituels de la tuberculose pulmonaire sans aucun symptôme de complication rénale; l'étude du fonctionnement du rein avait montré que la sécrétion de cet organe était parfaitement normale; brusquement, sans complication apparente, la mort survient; à l'autopsie on constate des lésions nécrotiques et hémorragiques des parenchymes, surtout au niveau du rein : dilatation des capillaires de l'écorce, dégénérescences aiguës des cellules des tubuli, cylindres dans des tubes dont la paroi semble disparue, œdème du tissu interstitiel. En examinant les coupes de ces reins, on a l'impression d'un processus toxique aigu. Il faut chercher l'explication de ces faits dans les travaux publiés ces dernières années sur la réinfection tuberculeuse et le phénomène de Koch; en opposition avec l'immunité du sujet tuberculeux à l'égard des réinfections par de petites quantités de bacilles, il existe aussi une hypersensibilité aux réinfections massives. On admet un état allergique du tuberculeux vis-à-vis du bacille et des poisons qu'il sécrète; dans l'état allergique, il y a à la fois immunité envers certaines doses et hypersensibilité envers d'autres; cette conception fondamentale, établie par von Pirquet dans l'allergie vaccinale et sérique, Römer l'a démontrée expérimentalement dans l'allergie à la tuberculose. Pour que le bacille de Koch puisse provoquer des lésions aiguës généralisées des reins, deux conditions sont nécessaires : d'une part, un sujet en état d'allergie, sensibilisé pour certaines doses d'antigène par l'infection de première inoculation dont il est atteint, et c'est le cas du phtisique; d'autre part, une réinoculation massive, par voie sanguine, de bacilles de Koch et peut-être aussi de ses toxines solubles (réactions aiguës à la tuberculine). En expérimentant sur des chiens, animaux spontanément tuberculeux et chez lesquels la tuberculose présente d'étroites analogies avec la phtisie de l'homme, Léon-Kindberg a provoqué, par l'injection de bacilles dans la grande circulation, des lésions rénales dont l'identité est presque complète avec les lésions humaines rencontrées dans les cas de ce genre. D'autre part, les résultats des inoculations d'organes permettent d'affirmer l'existence d'une bacillémie terminale chez un certain nombre de tuberculeux pulmonaires chroniques. Une telle bacillémie, se produisant brusquement, peut entraîner la mort presque sans réaction clinique; c'est elle seule qui peut expliquer les lésions aiguës généralisées du rein, lésions en apparence paradoxales, que l'on trouve à l'autopsie de certains tuberculeux pulmonaires chroniques (Léon-Kindberg).

Dans d'autres cas, cette même bacillémie terminale détermine des symptômes cliniquement appréciables, au milieu desquels prédominent souvent les phénomènes de néphrite aiguë. Ce sont alors les néphrites terminales des tuberculeux. Il semble bien, enfin, que l'on peut expliquer par la bacillémie et l'allergie certaines néphrites aiguës tuberculeuses qui ne constituent pas un syndrome terminal; il n'est pas exceptionnel de constater chez les tuberculeux, de façon passagère, une aggravation brusque de l'état général avec quelques signes qui montrent l'atteinte du rein, en particulier albuminurie légère et hématurie; puis tout rentre dans l'ordre et l'on ne retrouve par la suite aucun symptôme de néphrite. Léon-Kindberg a ainsi observé des phénomènes aigus de néphrite hémorragique survenus chez une jeune fille en traitement par le pneumothorax artificiel et dont l'état général est redevenu excellent après ces incidents; or, au moment de la néphrite, les urines et le sang ont tuberculisé le cobaye. Léon-Kindberg en conclut qu'une réaction allergique moins intense que dans les cas mortels explique aussi sans doute certaines néphrites aiguës hémorragiques, néphrites passagères qui répondraient en clinique à un véritable phénomène de Koch au niveau du rein. M. BRELET.

(1) LÉON-KINDBERG admet, au point de vue clinique, la néphrite hydropigène tuberculeuse de Landouzy et Léon Bernard; mais l'existence d'un type anatomo-clinique, d'une néphrite parenchymateuse diffuse de nature tuberculeuse, ne lui paraît pas définitivement démontrée. Léon Bernard a publié récemment une observation qui « apparaît complète pour démontrer la réalité de la néphrite hydropigène tuberculeuse » (*Bull. méd.*, 3 déc. 1913). Cette importante question est donc encore à l'étude.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 23 JANVIER 1914)

Un cas de mort à la suite de deux injections de néosalsan au début de la syphilis. — M. E. JOLTRAIN rapporte un cas de mort à la suite d'une deuxième injection de néosalvarsan. Il s'agissait d'un jeune homme de vingt ans porteur d'un chancre syphilitique datant de trois semaines environ avec présence de tréponèmes et réaction de Wassermann positive. On lui fit une injection de 30 centigrammes de néosalvarsan après avoir pratiqué, comme le conseille Ehrlich, trois injections intraveineuses de cyanure de mercure. Cette première injection est très bien supportée, elle n'est suivie d'aucun trouble sauf d'une légère réaction de Herxheimer. Aussi, par prudence on ne lui injecte la seconde fois, huit jours après la première, que 20 centigrammes. Le lendemain le malade éprouve de la céphalée et de l'asthénie qui ne l'empêchent pas de vaquer à ses occupations. Trois jours après, il est pris brusquement le soir de vertiges, diarrhée et vomissements et tombe presque aussitôt dans le coma avec crises épileptiformes. Une ponction lombaire réveille une forte hypertension du liquide céphalo-rachidien qui est clair mais contient une assez forte quantité d'albumine et de très nombreux lymphocytes. On ne saurait incriminer aucune faute de technique. L'eau distillée fut éprouvée, les doses employées furent très faibles, le produit n'était pas oxydé.

Cette observation vient s'ajouter à d'autres prouvant que le traitement de la syphilis par l'arsenic organique, méthode certainement des plus actives dans certains cas, est aussi parfois très dangereux.

Paraplégie spasmodique syphilitique avec vitiligo généralisé. — MM. Georges GUILLAIN et Guy LAROCHE. Les rela-

tions possibles du vitiligo avec la syphilis paraissent indiscutables. La coexistence du vitiligo avec des syphilides, sa présence chez des sujets présentant soit de la leucoplasie bucco-linguale, soit un signe d'Argyll-Robertson, soit des symptômes tabétiques frustes, sont des arguments qui montrent sinon la nature syphilitique du vitiligo, du moins sa présence chez d'anciens syphilitiques. Cette notion sur laquelle MM. Pierre Marie et Crouzon ont insisté à différentes reprises, est intéressante à connaître, car la présence d'un vitiligo peut orienter le diagnostic d'un syndrome douteux vers une origine syphilitique. Tel fut le cas pour le malade qu'ils présentent à la Société.

Il s'agit d'un homme de trente-huit ans très affirmatif sur ce fait qu'il n'aurait pas eu la syphilis, et qui est atteint depuis plusieurs mois d'une paraplégie spasmodique avec exagération des réflexes, clonus du pied et de la rotule, signe de Babinski bilatéral, quelques troubles sphinctériens légers. L'examen du liquide céphalo-rachidien montre de l'hyperalbuminose sans lymphocytose. Chez ce malade il existe aussi un vitiligo généralisé apparu il y a sept ans. Par la présence seule de ce vitiligo nous avons soupçonné une lésion syphilitique médullaire. La réaction de Wassermann positive dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien est venue confirmer ce diagnostic étiologique.

La notion des rapports du vitiligo avec la syphilis peut avoir comme dans ce cas une réelle importance thérapeutique, puisque, sans réaction de Wassermann, le vitiligo peut permettre de reconnaître une syphilis méconnue et d'instituer alors un traitement spécial.

Rhumatisme polyarticulaire aigu localisé sur un membre atteint d'une paralysie récente du plexus brachial. — MM. Georges GUILLAIN et Jean DUBOIS présentent un homme de cinquante ans qui, à la suite d'une luxation de l'épaule s'étant produite il y a quelques semaines, eut une paralysie du plexus brachial droit qui existe encore : paralysie totale sans troubles de la sensibilité mais avec troubles des réactions électriques, réaction de dégénérescence partielle dans tous les muscles du membre allant en croissant de la racine du membre à son extrémité. Chez ce malade qui a eu jadis une crise de rhumatisme polyarticulaire ayant duré quatre mois, est apparu dix jours après l'accident actuel une crise de rhumatisme polyarticulaire aigu localisé uniquement à toutes les articulations des doigts de la main droite et à l'articulation du coude de ce même côté; cette crise rhumatismale s'améliora par l'usage de l'aspirine et guérit complètement.

L'observation de ce malade est un bel exemple au point de vue de la pathologie générale de la localisation d'une infection dans un territoire de l'organisme dont les nerfs ont été traumatisés.

Pleurésies latentes lamellaires; pleurésies bilatérales révélées par le signe des spinaux. — M. Félix RAMOND. Le signe des spinaux est dû à une contracture réflexe des muscles spinaux, contracture surtout marquée, de part et d'autre de la ligne médiane, au-dessous des douzièmes côtes; il se révèle à l'œil nu par la saillie exagérée de la masse musculaire, et au palper par son élargissement et son durcissement. Mais pour acquérir toute sa valeur, ce symptôme, très banal en apparence, demande à être recherché avec discernement, puis interprété. Le malade doit être debout, ou bien assis sur un plan résistant, une chaise, par exemple, et non sur son lit; il doit se mettre dans la rectitude, c'est-à-dire éviter de se pencher en avant ou de se renverser en arrière. Néanmoins, même dans ces conditions, la contracture spinale doit être interprétée; elle peut exister, en effet, en dehors de toute pleurésie : à l'état normal, chez quelques hommes très fortement musclés, ou chez la femme lordotique; à l'état pathologique, dans le processus douloureux de la région, lumbago, rhumatisme, mal de Pott, névralgies et zona sacro-lombaires et aussi dans certaines dyspnées violentes qui mettent en action tous les muscles périthoraciques.

Grâce au signe des spinaux contrôlé, d'ailleurs, par la ponction exploratrice, l'auteur a pu constater quelques faits intéressants et peu connus. Tout d'abord, la pleurésie est d'une fréquence extrême, car elle passe, le plus souvent, inaperçue, à cause de cette croyance trop répandue que l'épanchement pleural s'accompagne toujours de gros symptômes. Il existe, d'ailleurs, toute une série d'épanchements minimes lamellaires que, ni les signes habituels, ni même la radioscopie ne révèlent; à peine parfois une très légère submatité, un affaiblissement insignifiant du murmure vésiculaire; seul, le signe des spinaux met sur la voie du diagnostic et la ponction exploratrice montre l'existence d'une lamelle de liquide de quelques millimètres d'épaisseur seulement. Une autre donnée intéressante, c'est que dans le tiers des cas, environ, l'épanchement est bilatéral, à la vérité, le liquide est abondant, d'un côté, lamellaire, de l'autre; et le terme de pleurésie bilatérale veut beaucoup trop dire. Parfois, cependant, l'épanchemeni est égal des deux côtés. L'infection d'une plèvre à l'autre se fait par les lymphatiques sus-diaphragmatiques qui mettent en communication les culs-de-sac pleuraux correspondant, ainsi que l'auteur a pu le montrer expérimentalement par des injections colorées; quelquefois l'infection franchit le diaphragme, intéresse le péritoine sous-jacent, créant ainsi des réactions inflammatoires abdominales. Enfin, le signe des spinaux permet de prouver que maintes névralgies intercostales bas situées, dites rhumatismales, sont la manifestation objective d'une de ces nombreuses pleurésies latentes lamellaires.

Action de l'émétine sur les hémorragies graves du tube digestif. — M. Louis RÉNON, chez cinq malades atteints d'hématémèse et de melæna très graves, survenus dans un cas de cirrhose de Laënnec, un cas de cirrhose biliaire, un cas d'entéro-colite ulcéreuse, un cas d'entérite tuberculeuse, un cas d'ulcération urémique de l'estomac, tous cas ayant résisté à la thérapeutique classique, a utilisé les injections sous-cutanées de chlorhydrate d'émétine. A la dose massive initiale de 6 centigrammes, l'hémorragie s'arrêta pour ne plus reparaître. Pour plus de prudence, les injections furent continuées pendant les deux ou trois jours suivants à la dose de 2 centigrammes. Dans deux cas, les injections d'émétine avaient été associées à des lavements d'hémostyl.

Insuffisance thyroïdienne compensée. Contribution à l'étude anatomo-clinique des syndromes pluriglandulaires. — MM. CAWADIAS et Marcel SOURDEL rapportent l'observation d'un homme qui, après une existence absolument normale, a subi une déchéance physique précoce et hâtive. Cet homme avait le visage d'une vieille femme et présentait d'autre part des lésions accentuées du système pileux. C'était l'aspect typique des malades décrits par MM. Claude et Gougerot, par M. Gandy sous le nom d'insuffisance pluriglandulaire et d'infantilisme réversif de l'adulte, réunis par Marcel Sourdel dans sa thèse où ils constituent la première forme des syndromes pluriglandulaires. Il faut cependant signaler chez ce nouveau malade l'intégrité des organes génitaux qui ne présentent que les vestiges d'une orchite ourlienne unilatérale. Il ne s'agit donc pas d'une forme particulière d'infantilisme. Enfin, ce malade atteint de tuberculose pulmonaire fibreuse est mort d'asystolie.

L'autopsie, à côté des lésions banales diffuses d'asystolie et de tuberculose pulmonaire, a révélé une destruction à peu près complète du corps thyroïde, d'ailleurs atrophié (17 grammes). Lésion également prononcée du testicule gauche. Le pancréas est peu touché, l'hypophyse paraît normale, enfin les surrénales sont en hyperfonction légère. Il est intéressant de rapprocher l'absence de tout symptôme de myxœdème des lésions très intenses et certainement anciennes du corps thyroïde. Sans doute exista-t-il pendant longtemps une suppléance glandulaire que permet de supposer l'aspect des surrénales. Sous l'influence d'un processus tuberculeux une insuffisance fonctionnelle des glandes suppléantes a remplacé l'hyperfonction; c'est alors qu'est apparu le syndrome pluriglandulaire que l'on pourrait appeler syndrome de sénilité précoce anormale.

Injection intrarachidienne de sérums de syphilitiques à des malades atteints de tabes et de paralysie générale. — M. BERIEL (de Lyon).

AVIS. — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

ANALYSES

MÉDECINE

Émétine et hémoptysies. (Aubert et Bouyer fils. Bordeaux, 7 janv. 1914; impr. Delmas.) — Dans une intéressante brochure, les docteurs Aubert (d'Arcachon) et Bouyer fils (de Cauterets) reviennent d'une façon très complète sur cette question qu'étudiait encore récemment, dans la *Gazette des hôpitaux*, notre collaborateur Brelet (n° 146, 23 déc. 1913) et ils publient une observation qui mérite d'être signalée. Il s'agit d'une jeune fille de seize ans prise il y a deux ans de catarrhe naso-pharyngien diphtérique, angine discrète dont la spécificité fut méconnue par le médecin; deux rechutes d'angine se produisent compliquées l'une de paralysies, l'une et l'autre de bronchopneumonies. Ces deux bronchopneumonies créèrent à leur suite une pneumopathie hémophysante se traduisant depuis deux ans par une expectoration hémato-purulente non odorante mais continue et par des paroxysmes hémoptoïques (le dernier 2 litres en quatre jours). Le Lœffler a subsisté dix-huit mois dans les exsudats amygdalien et nasal, associé dans les crachats au streptocoque, au staphylocoque et parfois au pneumocoque (cinq analyses bactériologiques du docteur Rappin et une du professeur Sabrazès, prises à des époques différentes, sont rapportées). Cette bruyante symptomatologie fonctionnelle était en contradiction avec les phénomènes généraux (pas de fièvre, bon état général) et avec les signes d'auscultation (zone de râles fins, fugaces, limités; zone de souffle; zone d'obscurité). La radiographie montrait par contre des lésions diffuses et marquées (traînées de péribronchite, ombres de condensation par îlots, chaînes ganglionnaires).

Aubert et Bouyer dans ce processus ulcératif et suppuratif des hémoptysies employèrent l'émétine et ils constatèrent les résultats suivants :

1° L'expectoration continue et ancienne hémato-purulente chocolat prit une coloration gris verdâtre chaque fois que le médicament fut injecté;

2° Les paroxysmes hémoptoïques furent enrayés à chaque injection (en particulier l'hémoptysie de 2 litres);

3° Une émétinisation d'un mois ne produisit ni intoxication, ni accoutumance.

L. GAYARD.

Sur un cas d'ascite cirrhotique guéri par le lavage du péritoine. (Pareau. *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 4 janv. 1914.) — L'incurabilité de l'ascite dans les cirrhoses étant à peu près certaine par les moyens médicaux, il semble qu'on se soit ingénié de plus en plus, ces temps derniers, à demander à la chirurgie des cures radicales. De là sont nées, d'abord les variantes de la méthode de Gilbert, le fémoral drainage de Wynter, la lymphangioplastie d'Annesley, puis l'omentopexie de Talma, l'opération de Ruotte, la fistule d'Eck, puis encore la décapsulation rénale, la splénectomie. Or, ces diverses opérations sont, pour la plupart, graves et ne fournissent qu'un faible pourcentage de guérison.

C'est pourquoi l'auteur croit intéressant de rapporter une observation d'ascite guérie par le simple lavage du péritoine à la solution saline physiologique.

Il s'agissait d'un malade qui présentait une ascite considérable, de l'œdème des membres inférieurs, des hémorragies nasales et gingivales quotidiennes et abondantes, de l'oligurie, de l'anorexie et de l'amaigrissement.

L'autosérothérapie avait échoué ainsi que le traitement classique : lait, calomel, eau-de-vie allemande, opothérapie, théobromine, adonis. L'auteur pratiqua alors une paracentèse et évacua 9 litres de liquide, puis, par un entonnoir enfoncé dans le tube de caoutchouc adapté au trocart, il versa dans le ventre deux litres de sérum physiologique chaud. Celui-ci fut laissé quelques minutes en place en opérant une sorte de rinçage en faisant prendre successivement à la malade différentes positions. Puis le liquide fut évacué et le trocart retiré. Le soir une légère réaction péritonéale survint : vomissements, petitesse du pouls, météorisme, douleurs abdominales nécessitant 1 centigramme de morphine. Les jours suivants, amélioration.

Depuis, dix-neuf mois se sont écoulés et l'ascite ne s'est pas reformée.

L'auteur pense que ce moyen thérapeutique, simple et probablement sans danger, mérite d'être essayé pour combattre la ténacité déconcertante de l'ascite.

STEPHEN CHAUVET.

Kyste hydatique du grand épiploon. (Michel. *Marseille méd.*, n° 24, 15 déc. 1913.) — L'auteur présente un kyste de l'épiploon enlevé chez un homme de soixante-neuf ans.

Cet homme n'ayant jamais eu de maladie antérieure était porteur d'une tumeur occupant le flanc droit; sa présence lui avait été révélée, il y a trois ans, par la sensation d'un corps étranger qui se déplaçait dans l'abdomen pendant les changements de position. Il n'en souffrait pas, mais éprouvait parfois un peu de gêne et de pesanteur abdominales.

A l'examen on constatait dans le flanc droit la présence d'une tumeur parfaitement régulière, arrondie, du volume des deux poings, de consistance élastique, indolente à la pression. Cette tumeur était relativement fixe pendant les changements de position car elle avait contracté des adhérences avec le péritoine pariétal, mais cependant il était possible de la mobiliser très largement jusqu'à la ligne médiane, en dedans, jusqu'au rebord costal, en haut, jusqu'au pubis, en bas. Elle présentait le contact lombaire, mais n'était pas réductible dans la loge rénale.

Elle était nettement distincte du foie, lequel d'ailleurs était petit. Le malade n'avait jamais présenté aucun trouble de l'appareil urinaire, ni du tube digestif, l'état général était excellent.

On fit par élimination le diagnostic de kyste du grand épiploon sans préciser la nature de ce kyste. L'extirpation de la tumeur fut très simple; après l'avoir séparée du péritoine pariétal auquel elle adhérait et de quelques anses grêles avec lesquelles elle avait contracté des adhérences celluleuses lâches, il n'y a eu qu'à faire quelques ligatures épiploïques. Le malade, quoique âgé, a guéri en quelques jours de cette intervention.

Tout l'abdomen et, en particulier, le foie ont été explorés soigneusement, et nulle part on n'a trouvé de trace d'échinococose.

Ainsi on peut considérer ce fait comme un cas de kyste hydatique primitif et solitaire du grand épiploon. La tumeur présentait une adventice extrêmement épaisse et était remplie de vésicules filles emprisonnées dans une sorte de tissu muqueux.

L'échinococose secondaire du péritoine est d'observation courante, mais les kystes hydatiques primitifs du mésentère sont tout à fait rares; quant à ceux du grand épiploon ils sont encore bien plus exceptionnels. Ferrer en rapporte un cas dans la *Presse médicale* en août 1913, et n'en trouve signalé, en tout, que trois autres cas, l'un de Dolgopoloff, en 1910, les deux autres de Walther et de Routier, en 1912.

STEPHEN CHAUVET.

CHIRURGIE

Du rôle de la tuberculose dans la production des néoformations kystiques. (A. Poncet et R. Leriche. *Lyon chirurgical*, t. XI, n° 1, 1er janv. 1914.) — Cet article est l'exposé d'une communication que Poncet devait faire à l'Académie de médecine, il y a quelques mois et, pour cette raison seule, il mériterait les égards qu'on doit à un des derniers travaux dans lesquels se soit manifestée la pensée d'un très grand médecin; mais il a son intérêt propre qui est de montrer un nouvel

effort de son auteur pour justifier l'étendue assignée par lui, dès 1906, au domaine de la tuberculose inflammatoire.

Poncet et Leriche sont convaincus que beaucoup de kystes thyroïdiens et ovariens sont d'origine tuberculeuse et voici les faits récents qu'ils apportent en faveur de cette théorie :

1° Le goitre se développe le plus souvent sur un terrain tuberculeux ; c'est ce qu'indiquent deux statistiques qui donnent, l'une, 10 tuberculeux sur 15 malades atteints de goitre simple, l'autre plus récente, 10 sur 12. Ruppaner, Arnd, Hedinger ont pu, en ces dernières années, mettre en évidence des formations folliculaires dans un bon nombre de goitres simples. Savy a constaté que « dans la tuberculose folliculaire du corps thyroïde, là où manquaient les tubercules, le tissu thyroïdien devenait adénomateux ». Il est donc probable que la prolifération adénomateuse et kystique est un des modes de réaction du corps thyroïde à la tuberculose.

2° Mais c'est au niveau de l'ovaire qu'on peut surtout saisir tous les termes de passage entre l'inflammation banale et la néoplasie vraie. Si l'ovaire, comme le sein et le corps thyroïde, est rarement atteint de tuberculose folliculaire, on voit survenir par contre des productions ovariennes kystiques au voisinage de trompes tuberculeuses. Poncet et Leriche donnent à ce sujet une observation très étudiée qui leur appartient et en résument deux autres de Polosson et Violet prises parmi les neuf que contient la thèse de Mlle Pewsner. Tous ces cas montrent les mêmes dispositions : kyste de l'ovaire banal et tuberculose tubaire histologiquement démontrée. On en peut conclure, semble-t-il, que des tissus différents ont réagi différemment devant la même infection et que ces ovarites kystiques ne sont que des tuberculoses aspécifiques, c'est-à-dire inflammatoires.

Poncet et Leriche se défendent en terminant de vouloir étendre à tous les kystes ovariens leur explication pathogénique qui n'est jusqu'à présent valable que pour les kystes survenant chez des sujets nettement tuberculeux.

P. CHASTENET DE GÉRY.

Un cas de kyste mésentérique simulant une invagination. (Philip TURNER. *Proceedings of the Royal Society of medicine*, vol. VII, n° 2, déc. 1913.) — L'observation de Turner concerne un enfant de quatre mois, habituellement bien portant, qui lui fut amené parce qu'il avait eu une selle sanglante après une semaine de malaises indéterminés. La palpation abdominale fut d'abord négative, mais, sous anesthésie, Turner perçut une masse dans la région ombilicale, diagnostiqua une invagination et pratiqua une laparotomie. Il constata alors que cette masse était un kyste mésentérique de 2 centimètres et demi de diamètre environ, situé dans l'angle iléocolique. Le kyste facilement isolé du mésentère ne put être détaché de l'intestin avec lequel il faisait corps et il fallut l'ouvrir. Il contenait un liquide muqueux blanc et inodore et sa cavité était indépendante de celle de l'intestin. Turner marsupialisa ce qu'il ne put enlever de la poche. Histologiquement ce kyste avait une structure analogue à celle de l'intestin grêle, ce qui donne à penser qu'il provenait d'un diverticule de Meckel.

P. CHASTENET DE GÉRY.

Note sur un cas de cancer de l'appendice chez une jeune fille de vingt ans. (George Thos. BEATSON, *The Glascow med. Journ.*, vol. LXXX, n° 6, déc. 1913.) — Une jeune fille de vingt ans se présente à Beatson avec le diagnostic d'appendicite aiguë posé par son médecin. Cinq jours avant elle a ressenti à l'épigastre une soudaine et vive douleur qui s'est bientôt étendue à tout l'abdomen mais ne s'est accompagnée d'aucun vomissement. On remarque qu'elle a eu à quatorze ans une crise analogue qui a duré deux ou trois semaines. Sa respiration, sa température, son pouls sont normaux; 11200 leucocytes. La région appendiculaire est sensible et présente un peu de défense musculaire. Le traitement médical appliqué pendant quinze jours n'ayant donné aucun résultat, la laparotomie est pratiquée et met à jour un appendice qui, débarrassé de ses adhérences, apparaît divisé par un profond étranglement en deux portions. La portion basale est bulbeuse et très épaisse comme si elle contenait un calcul. J. S. Dunn qui fit l'examen histologique constata, à l'étonnement de Beatson, que le calcul était une petite tumeur cancéreuse coexistant avec de vieilles lésions inflammatoires.

Sur les coupes, que reproduisent des dessins, on constate que la tumeur a pour origine l'épithélium de la partie profonde des glandes et qu'elle envahit, à travers la sous-muqueuse, les couches musculaires. Ce cas, dit l'auteur, est un type d'adéno-carcinome à cellules rondes différent des cancers habituels de l'appendice qui sont des endothéliomes provenant des lymphatiques.

Le travail de Rolleston et Lawrence Jones (*The Lancet*, juin 1906) qui donne le relevé de tous les cas de tumeurs appendiculaires malignes connus à cette époque aboutit à quelques conclusions intéressantes. Les cancers à cellules rondes sont ceux de jeunes sujets tandis que les cancers à cellules cylindriques comme ceux des autres segments de l'intestin se voient surtout chez les malades âgés. D'autre part le cancer à cellules rondes de l'appendice ressemble par sa structure et sa bénignité à certains cancers primitifs multiples du jéjuno-iléon dont Bunting a donné la description.

Enfin il faut noter que les tumeurs malignes de l'appendice ne se manifestent par aucun symptôme particulier et se présentent en clinique comme des appendicites.

Pour les cas de cancers appendiculaires postérieurs à 1906, l'auteur renvoie à l'article d'Al. Milles Kennedy (*The Lancet*, oct. et déc. 1910). Puis il termine par quelques réflexions que lui inspire le cas qu'il a observé, les unes, purement pratiques, sur l'avenir de sa malade, les autres, d'ordre général, sur la pathogénie du cancer et la signification anatomique de l'appendice.

P. CHASTENET DE GÉRY.

Observation d'un cas de névrite brachiale causée par une périostite costale. (R. W. FRENCH. *Boston med. and surg. journ.*, vol. CLXX, n° 1, 1er janv. 1914.) — Il y a quelque analogie entre cette névrite et les accidents que peuvent causer les côtes cervicales. Aussi l'observation de French est-elle intéressante non seulement à cause de sa rareté, mais parce qu'elle contribue à préciser la pathogénie souvent très obscure de certains troubles nerveux du membre supérieur.

La malade, une Canadienne de quarante ans, souffrait du troisième doigt de la main gauche depuis quinze ans. Ses antécédents héréditaires ou personnels ne présentaient rien de particulier. Elle n'avait subi aucun traumatisme et son métier de couturière ne pouvait être mis en cause. La douleur était telle au moindre contact que, depuis cinq ans, il ne lui était pas possible de mettre un gant et qu'elle était obligée pour dormir de prendre des doses de plus en plus fortes d'aspirine. Divers traitements locaux ou nouveaux avaient été essayés sans succès. L'examen local était négatif, mais French découvrit une petite masse dure et fixée au-dessus de la clavicule. En la comprimant on ne déterminait pas de douleur locale mais on augmentait nettement la douleur du doigt. La radioscopie permit d'éliminer l'hypothèse d'une côte cervicale et de voir que la masse était en rapport avec la première côte.

En opérant on constata qu'un nodule de 2 centimètres s'était développé sur la face supérieure de la première côte et qu'une branche du plexus brachial s'appuyait sur ce nodule. Le tronc nerveux fut récliné et la première côte réséquée dans une étendue de 3 centimètres et demi. La guérison due à cette opération se maintient depuis un an. L'examen de la pièce a montré qu'il s'agissait d'une périostite.

P. CHASTENET DE GÉRY.

THÉRAPEUTIQUE

Injections sous-cutanées et intramusculaires de mélubrine. (Kurt-Riedel. *Münch. med. Woch.*, n° 44, 4 nov. 1913.) — La mélubrine est celui des dérivés de l'antipyrine qui, sans posséder les défauts des salicylates, exerce une aussi puissante action sur le rhumatisme et dont on doit tirer le parti le plus utile.

Ce médicament a déjà fait ses preuves comme antipyrétique dans la tuberculose, ainsi que l'ont montré les travaux de Schenk, de Lœning et de Hesse (*Therap. der Gegenwart*, fév. 1913). Il a été également expérimenté par Benno Hahn, par la voie intraveineuse dans le traitement des affections rhumatismales (*Münch. med. Woch.*, 1913, n° 40). Tout récemment encore, il a été employé par M. le professeur A. Robin dans le rhumatisme articulaire chronique (*La Clinique*, n° 4, 23 janv. 1914).

A la fin de 1913, Kurt-Riedel s'inspirant du travail de Hahn a utilisé la mélubrine par voie sous-cutanée et intramusculaire. Les résultats qu'il a obtenus ont été meilleurs dans le rhumatisme aigu que dans les états chroniques, mais souvent très évidents dans ces derniers états.

La méthode est encore indiqué dans les affections apyrétiques telles que céphalées, névralgies rebelles et douleurs lancinantes des tabétiques.

En résumé l'auteur considère l'application de la mélubrine par voie sous-cutanée ou intramusculaire très réalisable et susceptible de combattre les affections rhumatismales plus efficacement par des doses plus fortes que celles qu'on peut introduire dans l'organisme par la voie buccale.

L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

Eléments de radiologie (1), par le docteur E.-Albert Weil, chef du laboratoire de radiologie de l'hôpital Trousseau.

Ce volume est un traité des plus complets et des mieux documentés sur le diagnostic et la thérapeutique par les rayons X.

Il est illustré de nombreux schémas, dessins d'appareils, ainsi que de reproductions heureusement choisies de radiographies normales et pathologiques. La multiplicité des documents que ce traité renferme, la sincérité et la conscience qui ont présidé à sa rédaction permettent d'affirmer son succès. C'est un livre nécessaire pour l'étudiant comme pour le praticien qui ne doit pas « ignorer les ressources qu'apporte à son diagnostic hésitant l'exploration radiologique et qui ne saurait priver ses malades des bénéfices des traitements roentgéniens ».

G. LEGROS.

Les Préjugés en médecine mentale (2), par le docteur André Vallet.

Ce livre fait partie de la collection « les préjugés en médecine », petite bibliothèque de vulgarisation médicale publiée sous la direction du docteur Bosviel. Comme le déclare l'auteur, il n'a nullement la prétention d'être un manuel, même résumé, de psychiatrie. Il s'adresse plutôt au grand public et particulièrement aux éducateurs, aux magistrats, aux avocats, écrivains, journalistes, à tous ceux qui, souvent même sans s'en douter, se trouvent en contact répété avec des anormaux et avec des psychopathes de toutes sortes. Il s'est proposé ce but intéressant, mais trop souvent ingrat, de combattre un certain nombre de ces idées fausses qui sont toujours monnaie courante, non seulement dans le peuple, mais même dans ces milieux intellectuels considérés comme supérieurs.

Les préjugés sont légion ; l'auteur n'a pu qu'en souligner l'absurdité de quelques-uns parmi ceux qui règnent sur le sens des termes de médecine mentale, sur les causes de l'aliénation, l'alcool, les asiles, le diagnostic et le traitement des maladies psychiques, les internements dits arbitraires, etc. Il faut féliciter le docteur Vallet d'avoir entrepris cette lourde tâche. Chacun des paragraphes de son livre est écrit avec conviction et dans un style simple et agréable.

P. CAMUS.

Précis de radiologie pratique (1), par le docteurs André Lomon et Camille Hahn.

Ce volume, clair et d'une lecture agréable et facile, répond bien à son but. Il est illustré de reproductions radiographiques nettes et précises comme son texte. G. LEGROS.

FORMULAIRE

ENTÉRITES CHRONIQUES ET DIARRHÉES

Le képhir est un aliment excellent contre les diarrhées des hypopeptiques parce qu'il n'irrite pas l'intestin et que ses ferments exercent une action destructive non seulement sur les microbes intestinaux, mais aussi sur leurs toxines.

Donner le « Képhir Salières » à la dose d'un verre toutes les deux heures, pur ou coupé d'eau de Vals au début.

CONGRÈS

XIVe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE. — Le XIVe Congrès français de médecine, organisé par l'association des médecins de langue française, se tiendra à Bruxelles, du mercredi 30 septembre au samedi 3 octobre 1914 (inclusivement).

Son bureau est constitué comme suit :

Président : M. le professeur Henrijean;

Vice-présidents : MM. les professeurs Bordet et Vandervelde;

Secrétaire général : M. le professeur René Verhoogen;

Trésorier : M. le docteur Godart-Danhieux.

Le comité d'honneur comprend les noms de MM. Brachet et J. Demoor (de Bruxelles), Denys (de Louvain), Dustin (de Bruxelles), Eeman (de Gand), Firket (de Liége), P. Héger et Jacques (de Bruxelles), Leboucq (de Gand), Spehl et Stiénon (de Bruxelles), van Gehuchten (de Louvain), van Lair (de Liége).

Le bureau du XIVe Congrès sollicite le patronage des gouvernements belge et français. Il espère obtenir la présidence d'honneur de M. le ministre des sciences et des arts, ainsi que de M. le ministre de France à Bruxelles.

Il sollicite par-dessus tout le haut patronage de LL. MM. le roi et la reine.

Les questions suivantes seront mises en discussion :

I. « Syphilis de l'appareil cardio-vasculaire. » [Rapporteurs : MM. Bayet (de Bruxelles), Etienne et Spillmann (de Nancy), Vaquez et Laubry (de Paris)].

II. « Les lipoïdes en pathologie. » [Rapporteurs : MM. Bordet (de Bruxelles), Chauffard, Guy Laroche et Grigaut (de Paris), Linossier (de Vichy), Zunz (de Bruxelles)].

III. « De la valeur thérapeutique du pneumothorax artificiel. » [Rapporteurs : MM. Burnand (de Leysin), Derscheid et Geeraerd (de Bruxelles), Dumarest (d'Hauteville), Küss (d'Angicourt)].

Afin de favoriser le groupement des communications isolées, sur une question d'actualité, le bureau propose à l'orien-

(1) Gr. in-8 avec 261 fig. — Paris, F. Alcan.
(2) 1 vol. de 136 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Maloine.

(1) In-8 avec 88 fig. — Paris, Société d'éditions scientifiques et médicales.

tation des travaux des futurs adhérents du Congrès la question suivante :

IV. « Vaccinothérapie en général. Vaccinothérapie spéciale du cancer et de la fièvre typhoïde. »

Des excursions et des fêtes diverses, notamment un banquet et une représentation au théâtre de la Monnaie, seront organisées.

On est prié de s'inscrire dès maintenant auprès de M. le secrétaire général René Verhoogen, 22, rue Joseph II, à Bruxelles, tout en envoyant sa cotisation (20 francs), au trésorier M. le docteur Godart-Danhieux, 90, rue Montoyer, Bruxelles.

Les femmes et les filles des congressistes et les étudiants en médecine peuvent être inscrits comme membres associés moyennant une cotisation de 10 francs.

IVe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE. — Le IVe Congrès de la Société internationale de chirurgie aura lieu à New-York du 14 au 18 avril 1914 sous la présidence du professeur A. Depage (de Bruxelles).

Trois questions ont été mises à l'ordre du jour de cette réunion : 1° Ulcère gastrique et duodénal (rapporteurs : MM. de Quervain, Hartmann, Lecène, Mayo, Moynihan, Payr);

2° Greffes et transplantations (rapporteurs : MM. Carrel, Lexer, Morestin, Ullmann, Villard);

3° Technique des amputations (rapporteurs : MM. Binnie, Ceci, Durand, Kusmik, Ranzi, Witzel).

Les séances du Congrès sont publiques, mais les membres de la Société peuvent seuls participer aux discussions qui sont limitées aux questions mises à l'ordre du jour.

Pour tous renseignements, prière de s'adresser au docteur Ch. Willems, président du Comité international, place Saint-Michel, 6, Gand, ou au docteur Léopold Mayer, secrétaire général, 72, rue de la Loi à Bruxelles.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance du 27 déc. 1913.*) MORELLE et BRUYNOGHE : De l'influence du traitement antisyphilitique sur la réaction de Wassermann. — FRAIPONT : Fissures péritonéales du corps utérin dans les cas de décollement du placenta normalement inséré. — HENRIJEAN : Contribution à l'étude expérimentale des analeptiques du cœur. — HERMAN : Du dosage de l'oxyde de carbone dans l'air.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 12, déc. 1913.) Paul HASLUND : Sur le traitement du lupus érythémateux par la neige carbonique. — Jean WALTER-SALLIS : Syphilis du pancréas. — Ch. AUDRY : Sur un cas de lichen nitidus (F. Pinkus). — Henri PIED : Deux nouveaux cas de mal de Pott syphilitique.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Janv. 1914.) L. AUBERT : La salubrité de la voie publique à Paris. — Mathieu-Pierre WEIL : Etude critique médico-légale du meurtre rituel. — J. ROGUES DE FURSAC : L'intoxication oxycarbonée chronique.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 1, janv. 1914.) BERNARD : La fièvre typhoïde au Maroc. — JOB : La dysenterie bacillaire dans l'armée. — E. FROMENT : Note sur la préparation du chlorhydrate d'émétine.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 2, 15 janv. 1914.) A. ROBIN : Recherches sur les variations de l'acide phosphorique dans l'urine et dans le foie des cancéreux.

Bulletin médical. — (N° 6, 21 janv. 1914.) Louis MARTIN et H. DARRÉ : Traitement du tétanos grave par l'association de la sérothérapie et de l'anesthésie générale. — (N° 7, 24 janv.) P. GALLOIS : Traitement des hémorragies consécutives à la délivrance par la compression manuelle prolongée de la matrice. — Jean HEISCH : Sur un cas de tétanos. — L. RENON et GÉRAUDEL : Origine pneumonique inflammatoire des lésions nodulaires de la tuberculose pulmonaire. — PLICQUE : Les régimes dans les ulcères intolérants de l'estomac.

Journal de médecine interne. — (N° 2, 20 janv. 1914.) LÉOPOLD-LÉVI : Dissociations et instabilités pilaires par dysendocrinie. Faits et interprétations.

Journal médical français. — (N° 1, 15 janv. 1914.) Numéro entièrement consacré aux « œdèmes, pathogénie, clinique, thérapeutique ».

Lyon médical. — (N° 3, 18 janv. 1914.) PALLASSE : Pneumothorax avec emphysème sous-cutané spontané chez un tuberculeux.

Paris médical. — (N° 7, 17 janv. 1914.) L. MOREL : Syndromes thymiques. — P. CARNOT et Roger GLÉNARD : Gymnastique gastrique. — JAVAL : Un cas d'azotémie foudroyante.

Presse médicale. — (N° 3, 10 janv. 1914.) GILBERT, CHABROL et H. BÉNARD : La splénectomie dans les ictères chroniques splénomégaliques. — H. CLAUDE et R. PORAK : Sur l'action hypotensive de certains extraits hypophysaires. — L. BORY : Les conditions physiologiques et pathologiques de l'homœolyse et de l'isolyse des globules rouges. — MACREZ : Tonicité utéro-pelvienne. Son exploration, son importance. — (N° 4, 14 janv.) Marcel LABBÉ et André GENDRON : Diabète et fièvre typhoïde. — Amédée BAUMGARTNER : Extirpation de l'œsophage thoracique pour cancer, à l'aide de la respiration artificielle. — (N° 5, 17 janv.) H. BUSQUET : La fibrillation expérimentale des oreillettes. — Léon KENDRIDJY : Technique de l'anesthésie locale. Dans la colpo-périnéorraphie. — Camille LIAN : De la valeur séméiologique de la pression artérielle minima.

Progrès médical. — (N° 3, 17 janv. 1914.) Ch. VILLANDRE : Cæcum et appendice.

Province médicale. — (N° 2, 10 janv. 1914.) J. BAUMEL et LAPEYRE (de Montpellier) : Hémorragie cérébrale et apoplexie progressive. — H. ROZIÈS (de Sainte-Maxime) : Des pansements kératogéniques actuels.

Revue de chirurgie. — (N° 1, 10 janv. 1914.) W. CRILE : La théorie cinétique du shock et l'opération sans shock. Association anocive (6 fig.). — H. BILLET : Les voies d'accès antérieures à l'articulation du coude (7 fig.). — J. LEVEUF : Le diverticule épiploïque droit chez le nouveau-né, ses reliquats chez l'adulte (ligaments et voies péricoliques) (9 fig.). — D. FIESCHI : Nuova carne (2 fig., 4 pl.). — HAMANT et PIGACHE : Etude critique sur la coccygodynie.

Revue de médecine. — (N° 1, 10 janv. 1914.) R. DEBRÉ et J. PARAF : La réaction de l'antigène. — G. HUMBERT et W. ALEXIEFF : Contribution à l'étude de la méningite cancéreuse. Etude anatomo-clinique (*fin*).

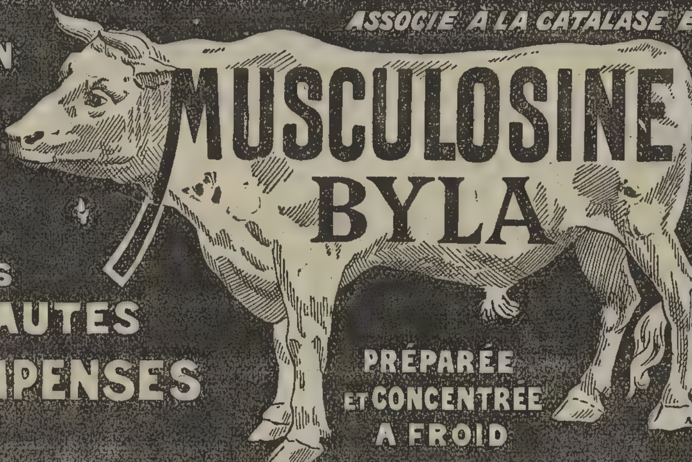
Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 3, 17 janv. 1914.) Francis FURET : Contribution au traitement des déviations de la cloison. — A. BERRANGER : Les mastoïdites pseudo-primitives.

Revue neurologique. — (N° 24, 30 déc. 1913.) LAIGNEL-LAVASTINE et JONNESCO (Victor) : Sur la structure physique de la cellule nerveuse (4 fig.). — André THOMAS et A. DURUPT : Les localisations cérébelleuses (vérification anatomique) fonctions des centres du lobe latéral (4 fig.).

Semaine médicale. — (N° 3, 21 janv. 1914.) Félix ROSE : Le thymus et la maladie de Basedow.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.


TRAITEMENT DE L'ANÉMIE, NEURASTHÉNIE
ET DE TOUS LES ETATS CONSOMPTIFS
SUC PUR INALTÉRABLE DE VIANDE DE BŒUF CRUE
ASSOCIÉ A LA CATALASE ET AUX OXYDASES
OXYHÉMOGLOBINIQUES
LE FLACON ENTIER 8 FRANCS
MUSCULOSINE
BYLA
LE DEMI FLACON
4 Fr. 50
LES PLUS HAUTES RÉCOMPENSES
PRÉPARÉE ET CONCENTRÉE A FROID
DOSE MOYENNE
4 Cuillerées à soupe par Jour pour Adultes,
4 Cuillerées à dessert pour les enfants.
ABSENCE TOTALE DE TOUS GERMES NOCIFS
LES ÉTABLISSEMENTS BYLA
GENTILLY (SEINE)

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 10 francs par an.
Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 26 janvier. — Question donnée : « Muscle biceps brachial. — Examen clinique d'un asystolique. »

MM. Bigot, 14 + 21 = 35; Gineste, 16 + 24 = 40; Périn (Lucien), 16 + 24 = 40; Serrand, 13 + 19 = 32; Boirac, 15 + 23 = 38; Janet, 16 + 22 = 38; de Butler d'Ormond, 14 + 23 = 37; Mozer, 14 + 24 = 38; Le Gac, 16 + 23 = 39; Mlle Lang, 14 + 22 = 36.

Séance du 27 janvier. — Question donnée : « Prostate. Anatomie macroscopique sans histologie ni physiologie. — Examen clinique d'un syphilitique à la période secondaire. »

M. Bourdeaux, 13 + 23 = 36; Mlle Armand, 14 + 19 = 33; MM. Renard (Jean), 16 + 20 = 36; Papillon, 14 + 23 = 37; Oulié, 16 + 22 = 38; Ernst, 15 + 18 = 33; Millet, 17 + 19 = 36; Réau, 14 1/2 + 22 = 36 1/2; Bardet (Daniel), 12 + 19 = 31; Dugué, 10 + 18 = 28.

Prochaine séance, jeudi 29 janvier, à cinq heures, rue des des Saints-Pères.

INFIRMERIE DE SAINT-LAZARE. — M. le docteur Lacapère, médecin suppléant à l'Infirmerie spéciale de Saint-Lazare, a été nommé chef de service, en remplacement de M. le docteur Wickham, décédé.

— Un concours sera ouvert le 9 mars pour une nomination au poste de médecin suppléant de Saint-Lazare (deuxième section).

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décret du 21 janvier 1914 ont été promus, à compter du 15 janvier 1914, au grade de médecin aide-major de première classe des troupes coloniales, comme ayant accompli deux années de service dans le grade de médecin aide-major de deuxième classe :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Tournier, Le Maux, Couil, Descuns, Bourgeon, Guidicelli, Muraz, Rehm, Gayot, Bordes, Laquièze, Trégan, Astier, Reynaud, Martin, L'Hermier des Plantes, Hébert, Labanowski et Duffours.

— Par décret du 23 janvier 1914 ont été promus, à compter du 16 janvier 1914, au grade de médecin aide-major de première classe les médecins aides-majors de deuxième classe dont les noms suivent nommés à ce dernier grade à compter du 31 décembre 1912 et dont l'ancienneté a été reportée au 16 janvier 1912, par application des dispositions de la loi du 6 juillet 1912 :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Guillemet, Laveau, Pons, Peltier, Le Gallen, Landry, Solier, Ricou, Jardon, Puncet, Théron, Rainaut, Gautron, Armand, Toullec, Stéfani, Bonrepaux, Déjean et Eggimann.

— Par décret du 23 janvier 1914 les élèves de l'école principale du service de santé de la marine dont les noms suivent, reçus docteurs en médecine, ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe, pour prendre rang du 31 décembre 1913 et classés provisoirement dans l'ordre alphabétique ci-après.

Ces aides-majors sont pourvus de l'emploi de médecins aides-majors de deuxième classe, élèves à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. Alinat, Ambiel, Buffon, Carlerré, Cartron, Colibœuf, Commes, Crozat, de Fajole, Gaffiéro, Girard, Gorjux, Jouvelet, Labessant, Marliangeas, Martin (A.), Martin (Y.), Mercier, Morin (G.), Morin (P.), Pétel, Salignac, Simon, Tritschler et Vrignaud.

— Par décision ministérielle du 23 janvier 1914 :

Médecin principal de deuxième classe. — M. Odile est nommé adjoint au directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris.

Médecin-major de première classe. — M. Bonthoux passe au 43e d'infanterie.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Fournereaux passe au 170e d'infanterie; Sibille, à la direction du service de santé du 21e corps d'armée; Tournade est affecté à l'hôpital Hippolyte-Larrey à Toulouse; Hérisson passe au 17e d'artil-

lerie; Vincent, au 19e escadron du train des équipages; Thellier, au 151e d'infanterie; Bergeret, aux troupes d'occupation du Maroc occidental; Lubet, au 1er chasseurs à cheval.

— SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du 21 janvier 1914, est reportée au 31 décembre 1911, l'ancienneté des médecins aides-majors de deuxième classe dont les noms suivent, qui sont, en outre, promus au grade de médecin aide-major de première classe, pour prendre rang du 31 décembre 1913 :

MM. Pauron, Terracol, Nimier, Bachelet, Clavelin, Cenet, Bouissou, Cazalas, Dubrulle, Guichot, Pacaud, Audouard, Sebillot, Jacquetty, Bureau, Welsch, Fribourg-Blanc, Soulié, Dupain, Heyraud, Pequegnot, Dioclès, Montel, Maliver, Vauvray, Despujols, Renard, Hollier, Thibault, Saltet de Sablet d'Estières, Freydier, Ducluzaux, Canac, Poursain, Bulit et Boissezon.

SOCIÉTÉ DES ÉLÈVES ET ANCIENS ÉLÈVES DU VAL-DE-GRACE. — Sous l'impulsion du médecin inspecteur général, président du Comité consultatif de santé, des médecins inspecteurs directeurs des écoles du service de santé militaire du Val-de-Grâce et de Lyon vient de se constituer, à Paris, une *Société des élèves et anciens élèves du Val-de-Grâce*, dont sont autorisés à faire partie, comme membres titulaires, les officiers du corps de santé en activité de service (décision ministérielle du 5 décembre 1913, insérée au *B. O. M.*, du 12 janvier 1914).

Cette Société a pour but de resserrer les liens de solidarité entre les officiers du Corps de santé militaire et de fournir un appui éventuel à ceux d'entre eux qui en auraient besoin ou à leurs familles.

Parmi les membres de la Société déjà inscrits, se trouvent les personnalités les plus éminentes du Corps de santé militaire. Le but de philanthropie et d'assistance mutuelle poursuivi par cette nouvelle association lui assurera, comme à ses devancières (les associations de Saint-Cyr, de polytechnique, etc.), le plus brillant avenir et lui attirera toutes les sympathies.

Peuvent faire partie de la Société tous les élèves et anciens élèves du Val-de-Grâce retirés du service ou s'y trouvant encore en activité. Les adhésions doivent être adressées à M. le docteur Fasquelle, directeur de l'institut de vaccine animale, trésorier de la Société, 8, rue Ballu, Paris ; la cotisation annuelle pour 1914 qui est de 5 francs, pourra lui être envoyée par mandat-poste ou mandat-carte portant le nom et l'adresse de l'expéditeur. Les membres titulaires inscrits avant le 10 février 1914, recevront en temps utile l'ordre du jour de l'Assemblée générale et un bulletin de vote leur permettant de prendre part par correspondance à l'élection des membres du Conseil d'administration. Cette Assemblée générale aura lieu le 21 février à quatorze heures et demie au Val-de-Grâce sous la présidence d'honneur de M. le médecin inspecteur général Vaillard, président du Comité consultatif de santé. Le bureau provisoire de la Société est constitué par M. Viry, médecin inspecteur du cadre de réserve, président; MM. Catteau, médecin inspecteur du cadre de réserve, et Masson, pharmacien inspecteur du cadre de réserve, vice-présidents ; M. Wurtz, 9, square Moncey, Paris, secrétaire général ; M. Fasquelle, 8, rue Ballu, Paris, trésorier ; MM. Montalti, 41, rue de l'Aigle, La Garenne-Colombe, et Bailliart, 15, rue Saint-Simon, Paris, secrétaires.

LES MÉDECINS AIDES-MAJORS ET L'APPLICATION DE LA LOI DU 6 JUILLET 1912. — M. Etienne Rognon, député, a adressé à M. le ministre de la guerre une lettre lui rappelant que l'application de la loi du 6 juillet 1912 a été limitée aux seuls aides-majors de deuxième classe qui avaient fait leur service militaire sous le régime de la loi de 1905, que, par suite, les aides-majors qui, pour satisfaire aux obligations nouvelles de cette loi de 1905, ont usé, comme ils en avaient le droit, du bénéfice de la loi de 1889, perdent un an d'ancienneté au regard de ceux de leurs camarades de promotion qui ont bénéficié de la loi du 6 juillet 1912. M. Rognon demande au ministre de remédier à cette situation.

Le ministre vient de répondre qu'un projet de loi destiné à remédier à la situation dont il s'agit est actuellement soumis à l'examen du ministre des finances.

SYNDICAT GÉNÉRAL DES MÉDECINS DES STATIONS BALNÉAIRES ET SANITAIRES DE FRANCE. — Le bureau est ainsi composé pour 1914 :

Président, M. Albert Robin; vice-président, MM. Héraud, Moncorgé, Glénard père et Goudard; secrétaire général, M. Boursier; secrétaire général adjoint, M. Bardet; trésorier, M. Binet; secrétaires des séances, MM. Porge et Salignat; assesseurs, MM. de Torrès, Félix Bernard, Gardette, Lalesque, de Langenhagen, Cany, Gay, Dubois.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS. — Le bureau pour 1914 est ainsi constitué :

Président : M. Ozenne; vice-président : M. Bonamy (René); secrétaire général : M. Judet (Henri); secrétaire général adjoint : M. Lavenant; secrétaires des séances : MM. Zislin et Villandre; trésorier : M. Brodier (Henri); archiviste : M. Monnier.

PRIX DU SERVICE D'OPHTALMOLOGIE DE L'HOPITAL NECKER-ENFANTS-MALADES. — Un prix annuel de 1000 fr. sera attribué au meilleur travail fait en France sur les « causes et le traitement » des maladies de l'œil.

Ce prix sera décerné au mois de janvier dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital Necker-Enfants-Malades.

Le jury sera composé de trois ophtalmologistes des hôpitaux chefs de service désignés par le tirage au sort.

Les travaux devront être adressés avant le 1er novembre 1914 au docteur Poulard, 22, avenue Friedland, Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Michel Tillier (de Marcigny).

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. le docteur P. Le Noir, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, et le docteur A. Courcoux, médecin des hôpitaux, commenceront le vendredi 30 janvier, à dix heures, salle Axenfeld, une série de conférences cliniques, et les continueront les vendredis suivants à la même heure.

FORMULAIRE

BRONCHITE CHRONIQUE (CATARRHE BRONCHIQUE)

1° Tisane d'eucalyptus édulcorée avec le sirop suivant :

Sirop de bourgeons de sapin...	150 grammes
Sirop de codéine...............	100 —
Eau de laurier-cerises	10 —

2° Compresses térébenthinées sur la poitrine. Fumigations phéniquées.

3° Deux Gouttes Livoniennes à chaque repas entre deux plats.

4° Soigner la diathèse (goutte, herpétisme, scrofule).

RENSEIGNEMENTS

LE PLÉOMORPHISME DU SPOROTRICHUM

UN CAS DE SPOROTRICHOSE BEURMANI

Avec cultures primitivement atypiques,

PAR MM.

DELASSUS, Professeur de clinique chirurgicale

J. SABLÉ, Ancien chef de clinique et de laboratoire

à la Faculté libre de Lille.

Dans leur intéressant livre sur les sporotrichoses, MM. de Beurmann et Gougerot signalent que les échantillons divers de sporotrichum n'ont pas toujours le même aspect macroscopique : cet aspect différent que peuvent revêtir les cultures est décrit par ces auteurs, sous le nom de pléomorphisme. Le pléomorphisme peut apparaître à la longue quand les cultures ne sont pas faites sur le milieu classique, la gélose Sabouraud, ou quand les repiquages ne sont pas pratiqués à temps. Ce pléomorphisme d'entretien, que tend à revêtir le sporotrichum mis dans des conditions de vie spéciale, intéresse surtout le botaniste.

Plus intéressant pour le clinicien est le pléomorphisme d'emblée, non seulement à cause de sa rareté (de Beurmann et Gougerot disent ne l'avoir rencontré qu'une fois chez l'homme), mais encore à cause de l'erreur qu'il peut faire commettre. Devant une culture qui ressemble plus ou moins à la culture classique du sporotrichum, on pense volontiers à une mycose nouvelle ou à une race spéciale de sporotrichum. Cette méconnaissance du pléomorphisme a fait décrire des mycoses nouvelles « innommées », comme dit Gougerot, et qui, en réalité, lui apparaissent comme de vraies sporotrichoses Beurmani.

Dans un cas récent, nous avons assisté à ce phénomène de cultures initialement très différentes du sporotrichum Beurmani classique. Et ce n'est que par de nombreux repiquages sur le milieu de Sabouraud et le passage par l'animal (inoculation au rat) que nous sommes arrivés à obtenir des cultures comparables aux échantillons classiques (1).

A ces divers points de vue, nous avons cru devoir rapporter l'observation suivante, déjà intéressante au seul point de vue clinique, d'autant que les cas de sporotrichose isolés dans la région du Nord jusqu'à ce jour ne sont pas encore très nombreux (2).

Partie clinique (docteur Delassus). — Je suis consulté par Mme F... (de L...).

C'est une femme de soixante-quatre ans, nerveuse, teint pâle, santé normale ou à peu près, pas d'antécédents personnels ou héréditaires. Deux enfants déjà âgés. Elle a subi, il y a un an, l'opération de l'ablation d'un kyste sébacé avec tendance à la dégénérescence. Quelques mois plus tard, un noyau repousse sur place qui nécessite une opération plus complète. Guérison parfaite. Le 2 février 1911 commence l'histoire de sa nouvelle affection.

Mme F..., en déballant une caisse *contenant de la paille et du foin*, se pique à la face palmaire du petit doigt.

Elle n'y prend pas garde. Mais des douleurs et du gonflement surviennent, en même temps que la coloration devient rouge violacé.

Le gonflement atteint la face dorsale de la main.

Un médecin appelé diagnostique un panaris par piqûre infectée, et le 13 février, soit dix jours plus tard, fait une petite incision qui ne donne guère de pus. Je vois Mme F... à ce moment, 15 février.

Le petit doigt, la main, l'incision, tout donne l'impression d'un panaris, d'une plaie infectée, *à allure torpide*. Mais déjà la malade accuse des douleurs plus vives que ne devrait en donner un panaris incisé et débridé.

Cataplasmes, puis petits pansements simples.

De février à mai, je ne vois Mme F... qu'à de rares intervalles, et je constate l'envahissement de son avant-bras et de son bras par la lymphangite tronculaire ici, là réticulaire, et l'apparition de nombreux petits abcès dont l'évolution est toujours la suivante :

La peau rougit en un point localisé, se soulève, devient violacée, et, finalement, plusieurs jours après, se perce et laisse s'écouler un liquide purulent, mal lié, sanguinolent, sans odeur. La cicatrisation ne se produit que très lentement, en plusieurs semaines.

Cet envahissement frappe par les caractères suivants :

1° Les suppurations se localisent très nettement sur le trajet des lymphatiques : on dirait que l'on a injecté ceux-ci ;

2° L'évolution de chaque colonie est très lente, ainsi que la cicatrisation, et demande plusieurs semaines ;

3° Les douleurs, quand on touche la région, ont une acuité extrême qui fait pousser des cris à la malade. Spontanément, les douleurs sont moins fortes, mais cependant encore fort désagréables, et la malade ne trouve pas toujours son sommeil.

Il ne semble pas qu'il y ait jamais de fièvre vive.

L'état général est touché, l'appétit se perd, mais surtout la malade s'affecte.

Du dos de la main à la face interne du bras, en suivant très exactement les lymphatiques, on a pu compter trente-sept colonies, les unes confluentes, les autres plus ou moins distantes. Trois régions ont surtout été touchées : la moitié interne ou cubitale du dos de la main et de l'avant-bras dans sa moitié inférieure, la moitié interne de la partie supérieure et antérieure de l'avant-bras, et le milieu interne du bras au niveau du trajet de l'humérale. On voit que c'est le trajet des lymphatiques contournant le bord cubital de l'avant-bras.

Quand je revois la malade en mai, après avoir entendu le récit de la marche de cette infection, après avoir vu le tableau de ces lésions, je soupçonnai qu'il devait y avoir là autre chose que le microbe banal, strepto, staphylo, etc.

Pensant à une mycose quelconque, je priai le docteur Sablé de venir vérifier, par les moyens de laboratoire, cette hypothèse. Il le fit, et je lui laisse la parole pour vous dire tout ce qu'il a fait, tout ce qu'il a trouvé et à quel diagnostic pathogénique il est arrivé.

Pour finir le côté clinique de l'affaire, je dirai que l'iodure fut employé dès le 30 mai, à doses croissantes jusqu'à 3 grammes par jour ; que, dès le 7 juin, les douleurs disparaissaient peu à peu, que les abcès se cicatrisaient, et qu'en quelques semaines la malade pouvait être considérée comme guérie.

En juin 1913, le mari de la malade nous écrit que sa femme est complètement guérie de sa mycose. Elle a d'ailleurs continué l'iodure pendant deux mois (4g50 *pro die*). A la suite de ce traitement intensif, elle eut quelques vertiges et de l'œdème des deux pieds. Au début de juin 1913, « congestion

(1) Nous tenons à remercier M. Matruchot, l'éminent botaniste, de l'amabilité qu'il nous a témoignée, en voulant bien identifier la culture que nous lui avons adressée.

(2) M. Danel a rapporté une observation de sporotrichose à la Société des sciences médicales de Lille (nov. 1912), cas que nous avons observé à l'hôpital et dont nous reparlerons plus loin.

cérébrale », avec paralysie de la langue, phénomènes qui étaient en rétrocession quand nous avons eu des nouvelles de la malade. La guérison de la sporotrichose s'est donc maintenue jusqu'à ce jour.

Recherches de laboratoire (docteur Sablé). — Le diagnostic clinique de la mycose a pu être confirmé à la fois par les modifications humorales du sang (réactions d'agglutination et de fixation), et aussi par l'isolement du champignon pathogène contenu dans le pus des lésions.

Recherches humorales. — *a.* La *sporo-agglutination*, dont la technique et la valeur clinique ont été fixées par les travaux de Widal et ses élèves, consiste à mettre en présence le sérum du malade et une émulsion de spores de sporotrichum préparées d'une façon convenable (culture de deux mois, broyée au mortier dans l'eau physiologique et filtrée).

Nous avons constaté que le sérum de notre malade agglutinait très nettement les spores du sporotrichum au 1/10 (une goutte de sérum plus dix de culture), au 1/50, au 1/100, au 1/200. Le sérum de notre malade était donc fortement agglutinant.

b. La *réaction de fixation.* La même émulsion de spores a pu nous servir d'antigène pour la réaction de fixation. Mis en présence du sérum de la malade (chauffé à 56 degrés) et de complément de cobaye, l'antigène déviait le complément. En présence de sérums témoins, l'antigène ne déviait pas le complément.

La réaction de fixation est donc positive.

Isolement et identification du champignon. — Avec une seringue stérilisée, nous avons recueilli, par ponction d'une gomme, environ 2 centimètres cubes de pus. Ce pus a été ensemencé sur plusieurs tubes de gélose glucosée de Sabouraud.

Abandonnés à la température du laboratoire, ces tubes ont laissé apparaître, au bout de dix jours environ, un voile blanc légèrement translucide, couvrant à peu près toute la surface de la gélose. Peu à peu, la teinte blanche a viré au *jaune pâle* puis à l'*orangé*, sans dépasser cette teinte et sans arriver en aucun point au noir. Le virage n'a jamais dépassé le jaune d'or; actuellement encore (huit mois), les tubes de premier ensemencement, où la gélose est d'ailleurs un peu desséchée par le temps, nous montrent ce voile orangé.

En ensemençant du pus sur bouillon glucosé, nous avons vu apparaître du trouble vers le quinzième jour, puis nous avons assisté à un virage à teinte jaune d'or qui s'est opéré comme dans les tubes de gélose.

Nous avons repiqué sur gélose Sabouraud le champignon isolé par la première culture.

Les tubes de cette seconde série ont poussé comme les premiers (voile blanc uniforme, virant peu à peu au jaune d'or). Un troisième et un quatrième repiquages n'ont aucunement modifié les cultures obtenues.

Nous fîmes alors l'inoculation au rat qui détermina un chancre suivi de lymphangite.

Le pus de cette lymphangite ensemencé sur Sabouraud donna alors des colonies un peu différentes des premières : voile blanc qui se fonça, devint gris par place, puis franchement noirâtre. En continuant les repiquages sur Sabouraud de cette souche ayant passé par le rat, les cultures continuèrent à se modifier, se rapprochant de la culture-type. Au début, colonies blanches devenant noirâtres; mais, au lieu de l'aspect en circonvolution, les cultures étaient en îlots, montrant une série de monticules.

La plus récente culture (cinquième repiquage) nous montre une culture à circonvolution franchement noire, mais présentant des poils le long des circonvolutions.

Inoculations. — La nature pathogène du champignon isolé a été confirmée par l'inoculation à l'animal,

Deux rats ont été inoculés au niveau de la queue avec les premières cultures. Au point d'inoculation, est apparu un chancre suivi bientôt de lymphangite ascendante avec abcession et fistulisation multiple.

Les deux animaux sont morts trois mois environ après l'inoculation.

Le pus des lésions nous a servi à l'ensemencement de nouveaux tubes. Nous avons fait une série de coupes au niveau des lésions caudales d'un de ces animaux.

Voici ce que l'on constate au microscope :

1° Au centre, une zone abcédée formée presque uniquement de polynucléaires plus ou moins altérés ;

2° Tout autour une zone comprenant des formations épithélioïdes avec quelques cellules géantes, et, deci delà, quelques polynucléaires. Enfin, à la périphérie, une région lympho-conjonctive. Cet aspect, sur lequel nous n'avons pas à insister ici puisqu'il est classique, rappelle assez bien celui de certaines formations tuberculeuses.

Ces recherches de laboratoire ont donc prouvé l'existence d'une affection mycosique, elles ont permis d'isoler le sporotrichum Beurmani sous une forme atypique d'emblée, enfin elles ont montré que cet agent était bien pathogène (inoculation expérimentale).

Au point de vue du diagnostic purement clinique, il nous faut faire ressortir l'importance qu'ont eut ici les réactions humorales. En quelques heures, grâce au séro-diagnostic d'agglutination (sporo-agglutination), grâce à la réaction de fixation, on pouvait affirmer déjà que cette affection était bien causée par un champignon, et instituer le traitement habituel à l'iodure.

Disons toutefois que ces réactions ne sont pas toujours aussi nettes et peuvent manquer, en particulier (1) la sporo-agglutination qui, lorsqu'elle n'agglutine qu'à des taux de 1/10, 1/50, 1/80, doit être considérée comme ayant peu de valeur.

De plus, les réactions humorales ne nous donnent pas la nature du champignon, car il existe des coagglutinations de groupes.

En cas d'actinomycose, de muguet, d'hémisporoses, etc., on peut obtenir des réactions d'agglutination et de fixation, comme dans la sporotrichose, bien que souvent à un taux plns faible.

C'est donc par la culture seule que l'on peut démontrer, d'une façon décisive, le diagnostic de l'espèce pathogène.

Dans notre cas, les cultures poussèrent comme de coutume, mais elles ne prirent pas l'aspect habituel : au dixième jour, nous avions sur nos tubes un léger voile blanchâtre, translucide qui, peu à peu, s'épaissit, vira au jaune pâle, puis à l'orange, sans jamais atteindre la teinte noire (premières cultures). Ce n'est qu'après plusieurs repiquages et le passage par le rat que, peu à peu, l'aspect se modifia, pour arriver ou presque au type classique.

Ce pléomorphisme d'emblée, qui nous faisait croire à une espèce autre que le sporotrichum Beurmani, n'était pas dû à une faute de technique. La

(1) Dans une observation de sporotrichose, présentée par M. Danel, à la Société des sciences médicales de Lille (nov. 1912), la sporo-agglutination faite par l'un de nous était beaucoup moins nette (1/50 seulement). Par contre la réaction de fixation était fortement positive.

gélose employée était bien de la gélose Sabouraud non altérée et parfaitement humide. M. Gougerot et Saint-Girons ont, en effet, insisté sur ce fait que les pléomorphismes d'emblée sont particulièrement rares et tiennent parfois à la culture dans un milieu spécial (milieu autre que la gélose Sabouraud), ou bien à une altération de cette dernière. En l'occasion nous pouvons éliminer absolument cette cause d'erreur, parce que notre échantillon type de sporotrichum Beurmani (1) était repiqué sur des tubes de gélose Sabouraud de la même série, et qu'il ne s'est pas altéré, et aussi parce que dans le même temps nous avons eu l'occasion d'isoler, à l'hôpital de la Charité, un autre cas de sporotrichose Beurmani. Il s'agissait d'une femme présentant plusieurs gommes au niveau des membres inférieurs, et dont l'observation a été publiée par le docteur Danel. Le pus de cette femme, ensemencé sur des tubes de gélose Sabouraud de la même série, donna, lui, des cultures classiques et d'emblée, sans le moindre pléomorphisme.

Nous avons eu affaire ici à un pléomorphisme d'emblée assez particulier, portant à la fois sur la couleur et la forme de la culture non circonvoluée, mais étalée en un voile homogène blanchâtre, puis ayant viré progressivement vers l'orangé (2).

A quoi peut être dû ce pléomorphisme si particulier?

Dans le cas présent, l'infection s'est produite d'une façon assez spéciale : la malade déballait une caisse contenant *de la paille et du foin*, et elle se piqua à la face palmaire de la main.

L'agent pathogène vivait donc sur l'un de ces brins de foin ou de paille, et vraisemblablement sous une forme spéciale (3).

D'après de Beurmann et Gougerot, le sporotrichum peut pousser sur tous les milieux végétaux. Sur les herbes, les colonies seraient *plates*, *blanchâtres* ou grises, parfois d'un blanc brunâtre.

Cet aspect ne rappelle-t-il pas un peu celui obtenu par nos premières cultures.

Faut-il, d'autre part, nous étonner de la facilité avec laquelle le champignon a conservé ses caractères particuliers, après l'inoculation à notre malade, quand on sait combien certains pléomorphismes d'adaptation restent rebelles à toute rectification. Il faut parfois des séries de repiquages, voire le passage par l'animal, pour faire retrouver au sporotrichum l'aspect des descriptions classiques.

Nous croyons donc que le sporotrichum qui a infecté notre malade était un sporotrichum ayant acquis, du fait de sa plus ou moins longue vie sur les herbes desséchées, des caractères morphologiques spéciaux, caractères qu'il a conservés après inoculation à notre malade et qu'il n'a perdus que très difficilement. C'est, en tout cas, la seule explication plausible que nous puissions fournir du pléomorphisme si marqué que nous avons observé dans notre cas. Nous devons donc bien considérer notre observation comme un exemple de pléomorphisme d'emblée du sporotrichum Beurmani, exemple à mettre à la suite du cas de Gougerot, et de quelques autres.

En terminant, signalons rapidement l'heureux effet *du traitement ioduré*. En quelques semaines, cette malade était débarrassée d'un mal qui évoluait depuis plusieurs mois. La guérison a été complète et s'est maintenue. Sans doute, il n'en est pas toujours ainsi, l'iodure peut n'amener que des améliorations ou des guérisons temporaires. Il y a parfois des cas rebelles ou des malades intolérants ne pouvant supporter la médication. Heureusement, ces particularités sont assez rares, et l'iodure reste l'arme spécifique de la sporotrichose comme des mycoses voisines (actinomycose, etc.). Cette efficacité de l'iodure est à souligner chez notre malade. Elle explique et justifie l'importance des méthodes de laboratoire qui, seules, nous apportent la certitude et permettent de distinguer la sporotrichose des affections suppurantes banales ou des maladies spécifiques, comme la tuberculose ou la syphilis, dont le traitement est différent.

(1) Echantillon provenant du laboratoire de M. de Beurmann.

(2) Dans le cas de pléomorphisme d'emblée, signalé par Gougerot, il s'agissait d'une sporotrichose des muqueuses. Les cultures n'avaient pas l'aspect circonvolué. C'étaient des macules noires peu saillantes au bord entouré d'une auréole blanche, au centre lisse, poudré de brun noir. Le pléomorphisme se dissipa d'ailleurs avec le deuxième repiquage.

(3) Pour confirmer notre hypothèse, il eût été intéressant d'examiner le brin de paille ou de foin contaminé.

ÉPILEPSIE INFANTILE ET ASTHÉNO-MANIE

Par MM. R. BENON et P. DENÈS
(Hospice général, Nantes).

L'enfant, comme l'adulte, est susceptible de faire des accidents asthéno-maniaques. Voici une observation d'asthéno-manie chez un jeune sujet atteint de mal comitial.

Résumé de l'observation. — *Convulsions à deux ans. Débilité mentale. Première crise épileptique à neuf ans, en 1909. Plus tard, fréquence des vertiges, rareté des grandes attaques. Pas de déficit intellectuel. — En novembre 1911, crises épileptiques subintrantes : deux cent cinquante crises environ en deux à trois jours. Asthénie profonde durant quelques jours : abattement, inertie. Peu à peu apparition d'un état maniaque plutôt léger : euphorie, logorrhée, gesticulations, chants, tentatives d'évasion répétées, etc.; ces dernières entraînent le placement à l'asile, le 15 décembre. Durée de l'excitation hypersthénique, environ un mois. Disparition lente de cette excitation. — Pas de rechute. Pas de crises épileptiques depuis un an. Vertiges très rares. Essai de sortie.*

Arthur, onze ans, entre à l'hospice général, dans le service des aliénés, le 15 décembre 1911.

Histoire de la maladie. — Le malade était entré le 1er juin 1911 dans le service des épileptiques de l'hospice général. Il présentait rarement des attaques, mais très fréquemment des vertiges.

A partir du *21 novembre 1911*, il eut un nombre considérable de *crises épileptiques*, peut-être *deux à trois cents*, dit la surveillante, en l'espace de deux à trois jours. Les jours suivants il fut très abattu, inerte, tout à fait incapable de se lever.

27. Il n'a plus de crise, mais il a quelques vertiges. Il va et vient dans la salle.

29. Le malade est agité. L'excitation s'est accrue progressivement. Il parle, chante, rit, quelquefois pleure, gesticule, siffle, cherche à se sauver. Il veut absolument partir, il n'est pas malade. Pour qu'on le laisse sortir, il dit qu'il voit son père dans la cour; il sait bien que ce n'est pas vrai, car une fois dehors il gagne en courant la porterie. Il parle par moments tellement vite qu'on comprend à peine ce qu'il dit. Dès qu'une porte s'ouvre, il se précipite pour se sauver. Mis dans une chambre d'isolement, il fait des paquets avec ses vêtements, joue avec les « ballins » (petit matelas contenant des balles de blé, etc.). Maintenu de force, contrarié, il crache à la figure, frappe violemment. Il ne dort pas la nuit, cause, chante, crie, etc.

4 décembre. Même état euphorique. Cherche toujours à fuir dès que la surveillance se relâche; hier on l'a rejoint du côté de la buanderie. Il sourit souvent, mais refuse de parler (réticence des maniaques). Il refuse de manger avec ses camarades. Il mange quand ça lui plait, seul. L'insomnie persiste.

8. Etat toujours joyeux et coléreux. A ce jour il a pu gagner nu-pieds la porterie.

Par suite de ses tentatives répétées d'évasion, le petit malade est conduit à l'asile le 15 décembre. A noter qu'il n'a pas eu de crise depuis le 25 novembre; il n'a eu que quelques vertiges.

Etat actuel (*16 décembre 1911*). — Excitation maniaque légère chez un débile intellectuel. Le sujet est joyeux, il parle, gesticule, rit, chante, siffle, etc. Par moments il boude, ne veut plus parler parce qu'on ne le laisse pas s'en aller chez lui. Il est bien orienté dans le temps et l'espace.

17. La nuit dernière, il a cherché à s'évader. Comme on lui demandait où il voulait aller, il a répondu que son père l'appelait. L'infirmier lui fit observer que son père n'était pas là, mais à N..., il dit alors que c'était son frère qui l'appelait, puis c'étaient ses camarades du service où il vient, etc. (Il n'est pas halluciné.)

18. Mange de bon appétit. S'isole, mais toujours très gai.

25. Pas de modification dans l'état clinique. Chante presque sans cesse. Il demande toujours à s'en aller chez lui. La nuit, il est plus tranquille. Il ne cherche pas à frapper.

8 janvier 1912. Content, souriant, disposé toujours à chanter, mais manifestement moins hypersthénique. Du reste il ne réclame plus avec insistance pour retourner chez lui.

Pas de crise épileptique et seulement deux vertiges depuis son entrée à l'asile.

25. Le malade paraît revenu à son état normal. L'excitation a diminué plutôt progressivement.

Mars. Sujet calme, joue avec ses camarades, écrit, dessine, suit l'école sans incident. Se montre toutefois susceptible, boude facilement pour des futilités et s'isole pendant des heures.

Mai. Pas de complication. Travaille, aide les infirmiers, écrit, dessine, chante avec ses camarades, voudrait s'en aller, mais n'insiste pas. Ne cherche plus jamais à s'évader.

Août. N'a jamais eu de crise dans le service. Les vertiges eux-mêmes sont rares.

Décembre. Même état. La famille se décide à le reprendre.

Antécédents. — Père et mère bien portants. Six enfants, dont un mort à un mois, les frères et sœurs du malade sont bien portants. Un oncle du côté maternel est atteint d'une « maladie nerveuse ».

Personnellement, le sujet a eu des convulsions à l'âge de deux ans. Jusqu'à neuf ans, bien portant, jamais malade. C'est à cet âge qu'apparaît la première crise épileptique. Les grandes attaques étaient rares, mais les vertiges très fréquents, huit à dix par jour.

Intelligence au-dessous de la moyenne : débilité mentale. Caractère doux avant l'épilepsie, depuis plus irritable.

Cette observation est un exemple typique d'asthéno-manie postépileptique. Le petit malade, vertigineux d'habitude, resta profondément asthénique après ses crises épileptiques subintrantes (deux à trois cents); il paraissait revenir peu à peu à son état sthénique normal, mais le dépassa pour devenir un hypersthénique.

La manie postépileptique est complètement différente de la confusion mentale postépileptique, même de la confusion mentale avec agitation. L'euphorie coléreuse de l'hypersthénique n'a rien de commun avec les troubles de la perceptivité, de l'attention, de la reconnaissance qui caractérisent fondamentalement la confusion mentale. Nous le rappelons sans insister.

Il est à noter que chez notre malade l'aspect clinique de l'épilepsie (crises et vertiges) s'est avantageusement modifié depuis l'accès asthéno-maniaque. Voilà plus d'un an que nous observons ce comitial et il n'a plus jamais eu de crise épileptique; il n'a que très rarement des vertiges, et cela sans traitement bromuré.

Quel est l'avenir de ce jeune malade? Nous pensons qu'il fera de nouveaux phénomènes sthénopathiques, soit sans cause, soit sous l'influence de nouvelles crises nerveuses (1).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 19 JANVIER 1914)

Sur la vaccination antityphique par voie gastro-intestinale. — MM. Auguste LUMIÈRE et Jean CHEVROTIER. L'administration de produits microbiens par voie gastrique, en vue de réaliser une immunisation vaccinale contre l'infection correspondante, a déjà tenté plusieurs expérimentateurs.

En ce qui concerne la fièvre typhoïde, on connaît les expériences de Tchitchkine, Metchnikoff et Besredka, Courmont et Rochaix.

MM. Auguste Lumière et Jean Chevrotier apportent aujourd'hui les résultats d'une année d'études et de recherches. Il en résulte que leurs préparations sont absolument inoffensives, leur ingestion à hautes doses ne détermine aucune réaction; elles ont été administrées d'abord aux animaux, puis à l'homme sans provoquer jamais ni hyperthermie, ni diarrhée, ni aucun symptôme secondaire quelconque.

A la dose de 3 milliards de microorganismes par kilo d'animal ingérée en trois fractions à huit jours d'intervalle, on réalise, chez les cobayes et lapins soumis au traitement, une immunisation certaine et durable à la fois contre les septicémies expérimentales éberthienne, paratyphique et colique.

Des expériences actuellement en cours montreront la valeur de la méthode chez l'homme.

Les auteurs comptent, avant peu, étendre cette méthode par leurs entéro-vaccins à la plupart des affections à agent microbien cultivable.

(1) J. TASTEVIN. L'asthénie postdouloureuse et les dysthénies périodiques (psychose périodique), *Ann. méd. psychol.*, 1911, t. I et II; — *L'asthéno-manie postépileptique*, Th. de Paris, 1910-1911. — R. BENON. L'asthéno-manie postépileptique, *Gaz. des hôp.*, 1911, n° 45. — L'asthéno-manie postapoplectique, *Revue de méd.*, juillet 1911.

Le retour au pain de ménage. — M. BALLAND, dans une suite de recherches communiquées à l'Académie depuis de longues années, a montré que le pain blanc provenant de farines constituées par les parties centrales du grain de blé les moins riches en graisse et en azote était incontestablement moins nourrissant que le pain de ménage comprenant l'ensemble de toutes les parties du grain à l'exclusion des enveloppes externes. Il a signalé plusieurs fois le développement exagéré du blutage des farines qui augmente le prix du pain et diminue sa valeur nutritive.

Le blutage atteint aujourd'hui 50 p. 100 du grain alors qu'on retirait encore, il y a cinquante ans, 83 kilos de farine panifiable de 100 kilos de blé.

Le pain très blanc est un type de fabrication qui peut convenir aux estomacs fatigués et habitués à une alimentation riche et variée. Ce n'est pas le pain qui convient au soldat et à l'ouvrier; il n'apaise pas la faim. L'ouvrier de Paris, qui est très exigeant pour la couleur du pain, est donc obligé de consommer une plus forte ration de viande ou de charcuterie qu'il ne le ferait normalement. De même plus on élève le blutage pour le soldat, plus il faudrait augmenter sa ration de viande.

C'est donc une erreur que de donner du pain blanc aux soldats, surtout aux jeunes soldats de vingt ans. Et c'est avec raison que M. Balland demande le retour au pain de ménage.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 27 JANVIER 1914)

M. le PRÉSIDENT annonce la mort de M. Weir Mitchell (de Philadelphie), membre correspondant étranger.

Mesures de prophylaxie contre la lèpre. — M. NETTER lit un rapport relatif aux mesures spéciales de prophylaxie qu'il conviendrait de prendre dans la France continentale à l'égard de la lèpre. Cet important rapport se termine par des conclusions dont voici le résumé :

Bien que la lèpre soit, dans notre pays, en voie d'extinction, elle n'en est pas moins une affection contagieuse contre laquelle il y a lieu de se défendre. M. Netter cite, en effet, plusieurs exemples de cas de lèpre contractés en France. Bien que ces cas soient isolés, ils peuvent devenir eux-mêmes une source de contagion. Il y a donc lieu de prendre des mesures contre ces malades.

L'obligation de la déclaration de la maladie ne suffit pas. Il faut une loi spéciale.

La contagiosité de la lèpre est minime là où il n'y a pas d'encombrement et là où sont observées les règles de propreté élémentaires. Il n'y a donc pas lieu d'isoler dans des établissements spéciaux les malades se trouvant dans ces conditions.

Il n'en est plus de même s'il s'agit de mendiants ou de vagabonds. Ceux-ci devront être internés.

En outre, l'accès du territoire devra être interdit aux lépreux et ceux-ci devront être expulsés s'ils ont échappé à cette mesure.

Les sujets atteints de la lèpre devront être soumis à une surveillance spéciale et mis dans l'impossibilité de transmettre la maladie.

Des médecins compétents devront être chargés de contrôler le diagnostic et d'indiquer les mesures à prendre.

Les mêmes mesures devront être appliquées aux colonies françaises.

Rapport sur les secours à allouer aux femmes enceintes dans le dernier mois de leur grossesse, pendant et après l'accouchement. — M. PINARD, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Guéniot, Porak, Richelot et autres, fait un rapport dans lequel il rappelle que le 9 décembre 1913, M. le ministre de l'Intérieur a adressé à l'Académie une lettre l'informant de la création d'une loi récente ayant pour but d'assurer un permis spécial d'assistance pour les femmes en couches. M. le ministre de l'Intérieur consulte donc l'Académie au sujet du règlement d'administration publique et des instructions qui devront accompagner la promulgation de cette loi. Cette instruction vise à la fois la femme et l'enfant dans le dernier mois de la grossesse, pendant et après l'accouchement. C'est la première fois que la protection de l'enfant s'exerce sur lui avant sa naissance.

M. le ministre termine sa lettre en disant qu'il attache le plus haut prix à l'avis de l'Académie et, en particulier, de la Commission de l'hygiène de l'enfance.

Cette commission s'est donc réunie et a voté à l'unanimité un certain nombre de mesures que fait connaître M. Pinard et que nous résumons brièvement.

L'instruction porte successivement sur l'hygiène de la femme au dernier mois de sa grossesse, pendant et après son accouchement et sur l'hygiène de l'enfant.

Hygiène de la femme. — La femme devra interrompre son travail et s'abstenir de tout surmenage au dernier mois de sa grossesse, être soumise à une surveillance médicale et présenter un certificat d'un médecin ou d'une sage-femme constatant l'état de la mère et de l'enfant. La protection ne sera allouée que sur la présentation de ce certificat.

On devra préparer tout ce qui sera nécessaire pour la femme et l'enfant au moment de l'accouchement. Après celui-ci, la femme devra rester dix jours au lit.

La mère doit allaiter et élever son enfant, M. Pinard indique ici les soins particuliers à prendre avant et après chaque tétée, toutes les deux heures. La femme ne devra reprendre aucun travail avant quinze jours.

Hygiène de l'enfant. — M. Pinard rappelle les soins de propreté qui doivent être donnés à l'enfant, le lavage quotidien à l'eau tiède, la nécessité d'un berceau, la mère ne devant pas coucher son enfant dans son lit, l'obligation de coucher l'enfant alternativement sur chacun des côtés du corps. Il rappelle également les règles de l'allaitement maternel, de l'allaitement mixte si l'allaitement maternel est insuffisant, les soins spéciaux du biberon, etc., toutes mesures qui sont aujourd'hui bien connues. Enfin l'enfant devra être vacciné dès les premiers jours de sa naissance.

Utilisation des vaselines à l'intérieur et plus particulièrement dans le traitement de la tuberculose. — M. MANQUAT (de Nice) communique un travail sur l'emploi de la vaseline à l'intérieur pour combattre la constipation.

La paraffine liquide et la vaseline officinale sont utilisables à l'intérieur, à la condition absolue d'être chimiquement pures.

La toxicité de ces substances, ingérées à doses thérapeutiques, peut être considérée comme nulle.

Ces hydrocarbures, pris à jeun, ne sont pas absorbés en quantité appréciable ; ils peuvent exercer par suite leurs actions physiques et mécaniques sur toute l'étendue du canal intestinal, contrairement aux huiles végétales ou animales, dont la plus grande partie est digérée et absorbée chemin faisant. Ils produisent aussi, sur le contenu intestinal, des modifications de consistance qui en facilitent le glissement, la progression et l'expulsion. Ils jouissent en outre d'une action sédative sur le spasme de l'intestin et ralentissent l'absorption intestinale.

Ces propriétés expliquent l'efficacité remarquable des vaselines dans le traitement de la *constipation* dans tous ses modes, mais surtout dans les cas où la constipation est accompagnée d'un degré quelconque d'irritation ou de spasme de l'intestin.

Les *hémorrhoïdaires* et les *prostatiques*, les malades atteints d'*entérite muco-membraneuse*, les *hépatiques*, les femmes dont l'utérus est en *rétroversion* bénéficient au plus haut point du

remède. Les résultats paraissent devoir être avantageux aussi dans l'*appendicite chronique*, dans la constipation de la *fièvre typhoïde*, après les opérations portant sur l'abdomen et, d'une façon générale, dans tous les cas où l'emploi de l'huile d'olive s'est montré efficace, notamment dans l'*hyperchlorhydrie* et ses conséquences.

Il est probable que l'introduction en pharmacie de vaselines chimiquement pures, pour l'usage interne, permettra d'en étendre les applications. Des essais ont déjà paru favorables dans diverses maladies infectieuses de l'intestin, contre les vers intestinaux et aussi dans la tuberculose pulmonaire par un mécanisme probablement complexe, non encore définitivement élucidé.

La valeur alimentaire du lait condensé. — M. LASSABLIÈRE publie les observations de 48 enfants, dont un certain nombre ont été exclusivement nourris avec le lait condensé, rigoureusement dosé et coupé d'eau bouillie, suivant les cas. Ces enfants ont eu une croissance normale et leur santé est parfaite.

Le lait condensé a puissamment remédié à certains troubles digestifs, si fréquents chez les nourrissons. Ce régime est de beaucoup préféré par M. Lassablière à la diète hydrique ou au bouillon de légumes. Etendu d'eau de riz plutôt que d'eau bouillie simple, le lait condensé serait un excellent remède contre les diarrhées.

Service des eaux minérales. — Le Ministre de l'Intérieur vient de faire connaître (20 janvier 1914) la liste des récompenses qu'il a accordées, sur les propositions de l'Académie, pour le service des eaux minérales en 1912.

Médaille d'or. — M. le docteur Garrigou, professeur d'hydrologie à la Faculté de médecine de Toulouse, pour l'ensemble de ses travaux hydrologiques.

Médaille de vermeil. — M. Mallat, publiciste à Vichy (Allier), pour son ouvrage sur la législation des eaux minérales de France de 1605 à nos jours.

Médaille d'argent. — M. le docteur Mougeot, médecin consultant à Royat (Puy-de-Dôme), pour l'ensemble de ses recherches personnelles et de ses observations cliniques sur les eaux de Royat et sur l'action des bains carbo-gazeux.

Rappels de médailles d'argent. — M. le docteur Gardette, médecin consultant à Châtel-Guyon (Puy-de-Dôme), pour son Annuaire des eaux minérales de France;

M. le docteur Salignat, médecin consultant à Vichy, pour son travail sur l'action thérapeutique des eaux de Vichy.

Médailles de bronze. — M. le docteur Chelle, attaché au laboratoire de M. le professeur Denigès, à la Faculté de médecine de Bordeaux, pour son étude d'ensemble sur le dosage et sur la diffusion des bromures dans les eaux minérales françaises;

M. le docteur Courrent, médecin à Embres-Castelmaure (Aude), pour son ouvrage sur le bassin hydrominéral de la haute vallée de l'Aude;

M. le docteur Danjou, médecin à Nice, pour son travail sur la médication hydrominérale associée dans les stations climatiques et thermales d'Aulus et de Rennes-les-Bains;

M. le docteur Joly, médecin à Paris, pour son étude sur l'action physiologique des eaux de Bagnoles-de-l'Orne et sur l'étiologie des troubles veineux d'après les observations cliniques recueillies dans cette station;

M. le docteur Matignon, médecin à Paris, pour ses observations cliniques sur l'action des eaux de Châtel-Guyon;

M. le docteur Parturier, médecin à Paris, pour son travail sur les eaux de Carlsbad et de Vichy : « Ensemble de recherches sur les eaux minérales alcalines »;

M. le docteur Poirot-Delpech, médecin à Paris, pour son étude sur la résistivité des eaux minérales;

M. Garnaud, docteur en pharmacie à Combronde (Puy-de-Dôme), pour son étude spectroscopique des sédiments et dépôts des eaux minérales de la Limagne d'Auvergne.

Rappel de médaille de bronze. — M. le docteur Compin, médecin consultant à Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), pour ses travaux sur les eaux de cette station.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 24 JANVIER 1914)

Le réflexe oculo-cardiaque dans le diagnostic de la nature des bradycardies. — MM. LŒPER et A. MOUGEOT. La valeur du réflexe oculo-cardiaque s'affirme de jour en jour pour diagnostiquer la nature nerveuse ou myocardique d'une bradycardie.

A condition qu'on ne se contente pas d'observer les modifications de fréquence du rythme ventriculaire, mais aussi celles de l'amplitude du pouls et de la pression artérielle, c'est-à-dire qu'on étudie l'excitation du vague provoquée par la compression oculaire dans ses diverses modalités (inotrope négative, dépressive, aussi bien que chronotrope négative), on possède dans le réflexe oculo-cardiaque un signe clinique de même valeur que l'épreuve de l'inhalation de nitrite d'amyle et supérieur à l'épreuve de l'atropine. Jamais l'action bathmotrope négative, si la vigueur d'exploration est modérée, n'a donné le moindre ennui.

La recherche du réflexe oculo-cardiaque est négative seulement dans les bradycardies par lésions intracardiaques.

Le chlorure de sodium et le froid dans l'hémoglobinurie paroxystique a frigore (2e note). — MM. G. FROIN et PERNET rapportent une troisième expérience qui montre l'action directe du NaCl sur le sérum et son complexe et non sur les globules rouges.

Les trois expériences rapportées tendent à montrer que le globule rouge ne possède pas une membrane d'enveloppe. De plus, elles prouvent que, dans le mélange de globules rouges et de plasma, le froid agit directement sur le plasma et non sur les globules rouges. Enfin elles mettent en évidence qu'il existe pour les complexes du chlorure de sodium, nécessaire à l'adhésion de leurs corps constitutifs, fait inconnu jusqu'à aujourd'hui.

Pour établir si la toxine hématique était vraiment sensible au froid, ils ont procédé à l'expérience suivante. Un tube avec son mélange de globules rouges et de sérum est chauffé à 45 degrés. Un second tube est laissé à la température du laboratoire à 18 degrés. Les deux tubes sont plongés pendant trente secondes dans l'eau à + 10 degrés, puis portés dans l'eau à 37 degrés pendant dix minutes. L'hémolyse est égale à 2 dans le tube chauffé à 45 degrés, et à 1,7 dans le tube laissé à 18 degrés. Or, ils ont constaté que, pendant les trente secondes de séjour dans l'eau à + 10 degrés, le premier tube avait baissé de 45 degrés à 25 degrés et le second de 18 degrés à 14 degrés.

Cette expérience prouve que, si l'accès hématolytique se produit en général après un refroidissement et si le nom d'hémoglobinurie a frigore est justifié au point de vue clinique, en réalité au point de vue biologique, le froid n'agit pas, grâce à une influence physique a frigore, mais en produisant une hypothermie qui succède brusquement à une hyperthermie. Au point de vue biologique, la maladie devrait être désignée sous le nom d'hémoglobinurie paroxystique par variations thermiques brusques.

Méthode de dosage des acides aminés dans l'urine et le sérum sanguin. — MM. BOURNIGAULT et BITH. Basée sur la précipitation des sels ammoniacaux à l'état de phosphates ammoniaco-magnésiens par l'adjonction à l'urine ou au sérum sanguin d'hydrate de magnésie et d'une solution de phosphate monocalcique à 10 p. 100.

Sur le filtrat qui ne contient plus que les acides aminés, dosage par la méthode de Sœrensen-Ronchèse.

Recherches de la bacillémie tuberculeuse au cours de la typho-bacillose de l'enfance. — MM. AUSSET et BRETON, bien que n'ayant trouvé le bacille que 5 fois sur 19 cas, ne

pensent pas que la bacillémie puisse être considérée comme exceptionnelle dans les cas de typho-bacillose de l'enfant. Sa rareté apparente tient et à la faible quantité du sang inoculé et à la faible richesse de ce sang en bacilles.

Action de la fumée de tabac sur le cœur isolé de lapin. — MM. Clerc et Pezzi. Les solutions de fumée provenant de tabac complet donnent, sur le cœur isolé, les réactions caractéristiques de la nicotine. Mais il existe, en outre, des substances déprimantes qui amènent plus ou moins rapidement l'arrêt du cœur en diastole. Les solutions de fumée provenant de tabac dénicotinisé ne donnent plus les réactions de la nicotine mais possèdent, en revanche, un pouvoir déprimant accentué. Cette action déprimante sur le cœur n'est pas spéciale au tabac, elle semble commune à beaucoup de végétaux.

Polyurie et polydipsie par lésions nerveuses expérimentales. Régulation de la teneur en eau de l'organisme. — MM. Jean Camus et Gustave Roussy concluent de leurs recherches expérimentales que les lésions pratiquées dans la région interpédonculaire de la base du cerveau, au voisinage de l'hypophyse, entraînent une perturbation importante dans l'équilibre aqueux de l'organisme.

La polyurie qu'on observe dans ces conditions n'est pas forcément liée à la polydipsie; elle la précède, en effet, et si l'on maintient constante la ration de l'eau donnée à l'animal, on voit que le volume des urines, inférieur à cette ration avant l'opération, lui devient supérieur après l'opération.

La lésion occasionne donc, comme phénomène essentiel, une élimination exagérée d'eau. La polydipsie consécutive est considérable, désordonnée parfois, et paraît en disproportion avec les besoins en eau de l'organisme.

Il existe par le fait de la lésion une perturbation dans l'élimination de l'eau et aussi dans son absorption. Il semble qu'on porte atteinte ainsi à un mécanisme régulateur de la teneur en eau de l'organisme. Cette idée est conforme à ce que nous connaissons sur le mécanisme régulateur de la température, de la glycosurie, etc., lesquels on le sait peuvent être troublés soit par l'expérimentation, soit par des causes morbides.

Autres communications :

Sur la toxicité de certaines préparations commerciales obtenues par l'hydrolyse diastasique totale de la viande. — M. Berthelot.

Sur un procédé d'isolement de la substance active du lobe postérieur hypophysaire. — MM. Bouin et Ancel.

Action comparée du bismuth et de quelques antiseptiques sur le bacille tuberculeux. — M. Sauton.

Nouvelle contribution à l'étude de la dépression. — MM. Launoy et Aschlin.

Etude électro-cardiographique expérimentale sur les principaux modes d'anesthésie générale. — MM. Cluzet et Petzetieki.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Prix a décerner en 1914. — *Prix Dubreuil.* (Annuel, 400 francs.) — Destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie.

Prix Marjolin-Duval. (Annuel, 300 francs.) — A l'auteur (ancien interne des hôpitaux, ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse inaugurale de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1914.

Prix Laborie. (Annuel, 1 200 francs.) — Le sujet sera annoncé ultérieurement.

Les manuscrits destinés au prix Laborie doivent être anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une enveloppe renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Prix Jules Hennequin. (Bisannuel, 1 500 francs.) — Au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie, ou les traumatismes du squelette humain.

Ce prix ne peut être partagé.

Les travaux des concurrents devront être adressés au secrétaire général de la Société nationale de chirurgie, 12, rue de Seine, Paris (VIe arrondissement), avant le 1er novembre 1914.

Prix a décerner en 1915. — *Prix Marjolin-Duval.* (Annuel, 300 francs.) — A l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse inaugurale de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1915.

Prix Laborie. (Annuel, 1 200 francs.) — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.

Prix Dubreuil. (Annuel, 400 francs.) — Prix destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie.

Prix Ricord. (Bisannuel, 300 francs.) — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie, ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas été l'objet d'une récompense dans une autre société.

Les manuscrits destinés au prix Ricord peuvent être signés.

Prix Demarquay. (Bisannuel, 700 francs.) — Le sujet sera indiqué ultérieurement.

Prix Gerdy. (Bisannuel, 2000 francs.) — Le sujet sera indiqué ultérieurement.

Les manuscrits destinés au prix Laborie, au prix Gerdy et au prix Demarquay, doivent être anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une enveloppe renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Les travaux des concurrents devront être adressés au secrétaire général de le Société nationale de chirurgie, 12, rue de Seine, Paris (VIe arrondissement), avant le 1er novembre 1915.

Médaille internationale de chirurgie (Fondation Lannelongue). — Le prix fondé par M. Lannelongue consiste en une médaille d'or à décerner tous les cinq ans et dotée d'une somme de 5 000 francs.

Cette médaille est internationale, c'est-à-dire attribuée à un chirurgien de n'importe quel pays qui, durant les dix dernières années, aura fait la découverte chirurgicale la plus notoire ou les travaux les plus utiles à l'art et à la science de la chirurgie.

(Pour plus de détails voir *Bulletin de la Société de chirurgie*, n°2, 1913.)

THÉRAPEUTIQUE

... Ce sont ces trois éléments : bromure de potassium, picrotoxine et arsenic qui, réunis en une seule préparation, sous forme de dragées, par le docteur Gelineau, ont permis au praticien d'avoir à sa disposition un produit thérapeutique toujours identique à lui-même et en lequel il peut mettre sa confiance.

Les récentes applications faites en ces derniers mois dans les services de Villejuif, par le docteur A. Marie, confirment pleinement ces constatations.

Les délirants comitiaux, comme les simples convulsifs et les formes mixtes ont, au cours de ces applications, éprouvé grand profit de l'emploi simultané des régimes hypoazotés avec les ferments de Metchnikoff et les dragées Gelineau.

Charcot a dit : « Le médecin s'éloigne du goutteux, les charlatans s'emparent de lui ; l'inertie des hommes instruits ouvre la carrière aux empiriques. » On en peut dire autant des épileptiques, le plus souvent abandonnés par le médecin alors qu'il lui serait si facile d'obtenir de bons résultats en même temps que la reconnaissance des malades. (*Arch. internat. de neurol.*, nov. 1913.)

ANALYSES

MÉDECINE

De l'aortite paludéenne. (DUMOLARD, AUBRY et GRANGER. *Revue méd. d'Alger*, déc. 1913.) — Depuis les travaux de Lanreaux, la question de l'aortite paludéenne n'a pas fait un pas décisif et les auteurs restent divisés : les uns admettant volontiers, après Lancereaux, l'existence et même la fréquence de l'aortite paludéenne; les autres se refusant à la reconnaître.

MM. Dumolard, Aubry et Granger, qui ont eu l'occasion d'examiner et de suivre dans les hôpitaux d'Alger de nombreux paludéens, reprennent l'étude de la question et apportent en faveur de l'aortite paludéenne des faits nouveaux dont quelques-uns sont fort démonstratifs.

Les observations rapportées n'ont pas toutes la même valeur; elles sont réparties en trois groupes formant un enchaînement des plus logiques.

Le premier groupe comprend quelques-uns des cas types qui ont attiré l'attention des auteurs. Il s'agit de malades porteurs d'aortites chroniques arrivées à un degré avancé le plus souvent de leur évolution; dans les antécédents on remarque que le paludisme occupe une place prépondérante. Chez de pareils malades, il semble impossible de prouver l'origine paludéenne de l'aortite, étant donné qu'il existe en même temps d'autres facteurs infectieux ou toxiques capables de léser l'aorte : tout au plus peut-on retenir la coïncidence fréquente de l'aortite et du paludisme antécédent.

Les auteurs se sont alors attachés à serrer de plus près la question, et ils ont pu observer l'aortite chez des malades jeunes et dans des cas où un paludisme plus ou moins récent occupait la première place dans les antécédents. A noter que l'emploi systématique de la radioscopie révéla souvent des dilatations manifestes de l'aorte qui avaient passé cliniquement inaperçues.

Enfin, les auteurs ont pu aller plus loin et observer, au cours du paludisme en évolution, des dilatations transitoires de l'aorte et la diminution de volume de ce vaisseau sous l'influence du traitement quinique; dans un cas la dilatation aortique persistait encore longtemps après l'accès.

De tous ces faits concordants, les auteurs concluent que le paludisme est un facteur étiologique important des lésions aortiques.

Au point de vue anatomique, on peut se demander si l'aortite paludéenne n'est pas caractérisée par des lésions spécifiques.

Les lésions décrites autrefois par Lancereaux comme appartenant en propre à l'aortite palustre peuvent se retrouver dans les autres aortites. Pour avoir la solution du problème, il ne faut pas étudier les aortites anciennes où dominent des lésions de sclérose; il faut étudier des cas récents et examiner systématiquement l'aorte dans le paludisme aigu ou subaigu. Il est vrai que les autopsies sont rares.

Les auteurs ont pu observer dans un cas, chez un malade de vingt ans mort de paludisme pernicieux (coma), des lésions assez particulières de l'aorte; à l'autopsie, ce vaisseau présentait, au-dessus des valvules sigmoïdes, plusieurs petites plaques régulières, blanchâtres, légèrement saillantes, de différentes dimensions (50 centimes à une tête d'épingle). Des coupes pratiquées au niveau de ces plaques montrent la saillie et l'épaississement de l'endartère dont la zone moyenne est œdématiée; l'hyperplasie est limitée à la zone profonde de l'endartère. Il n'existe ni périartérite ni mésartérite. Il y a absence complète d'infiltration ou de nodules de cellules rondes.

Les auteurs font remarquer que ces lésions d'œdème et d'hyperplasie sont assez spéciales et qu'elles répondent assez bien aux habitudes de l'infection palustre; ils pensent donc, sans vouloir l'affirmer, qu'il s'agit là de lésions propres au paludisme. STEPHEN CHAUVET.

STOMATOLOGIE

De l'érosion dentaire. (COUSTAING et FILDERMANN. *Rev. de méd.*, 1913, p. 52, 116, 296, 401.) — L'érosion dentaire caractérisée par un aspect raviné de la surface des couronnes des dents, comme érodée par une action mécanique, a donné lieu à diverses interprétations pathogéniques. C'est ainsi qu'elle fut envisagée comme un signe spécifique de la syphilis héréditaire (dent d'Hutchinson), ou bien comme une marque d'un trouble pathologique momentané s'étant produit au cours de la première enfance ou de la vie intra-utérine. Mais d'une part, les auteurs ne s'entendent point sur ce qu'il faut considérer comme dent d'Hutchinson, d'autre part, le plus grand nombre de sujets porteurs de dents érodées ne présentent aucune tare hérédo-syphilitique. Quant aux théories, faisant de cette affection une lésion locale accidentelle, elles ne peuvent être basées que sur une insuffisance manifeste d'observation, qui consiste à considérer une dent atteinte en dehors de toute relation avec les autres appareils de l'organisme.

Depuis longtemps Galippe considérait cette anomalie comme un stigmate de dégénérescence et il avait appuyé cette opinion sur des observations très démonstratives et des considérations de pathologie générale du plus haut intérêt. Les auteurs nous présentent, confirmant cette théorie, une série d'observations nombreuses, remarquablement détaillées, et qui montrent bien la corrélation étroite qui existe entre l'érosion dentaire et une foule d'autres anomalies, en particulier certaines déformations palmaires et plantaires, des modifications pigmentaires, etc. Et cette corrélation indique bien que l'érosion n'est point le résultat d'un trouble fonctionnel, local et accidentel; elle traduit un trouble de développement provoqué soit par une infection, soit par une intoxication, ou bien est l'expression d'une hérédité pathologique homotypique ou hétérotypique. Les porteurs d'érosion doivent être regardés comme des désharmoniques et ainsi l'érosion dentaire se trouve rentrer dans le groupe d'anomalies que la pathologie générale considère comme des stigmates de dégénérescence. A. HERPIN.

NEUROLOGIE

Syndrome hémibulbaire. (E. DUHOT. *L'Encéphale*, 10 août 1913.) — Observation clinique d'un syndrome hémibulbaire apparu brusquement, après un ictus, chez un homme de cinquante-quatre ans, ancien syphilitique et alcoolique.

Une hémianesthésie de la face, du côté droit, alterne avec une hémianesthésie du tronc et des membres, du côté gauche. Cette anesthésie est dissociée; elle intéresse les sensibilités thermique et douloureuse, alors que la sensibilité tactile est conservée. Le sens stéréognostique est diminué du même côté. La motilité n'est guère atteinte. Il n'y a qu'une légère parésie du côté gauche avec exagération des réflexes tendineux des membres inférieurs.

Un syndrome oculo-sympathique unilatéral droit avec myosis, exophtalmie, existe associé à une hémiplégie palato-pharyngée de ce même côté.

La lésion est d'origine vasculaire, elle consiste, soit en une hémorragie, soit en un foyer de ramollissement dans le territoire de l'artère cérébelleuse postéro-inférieure. Elle occupe une moitié du bulbe, atteint les fibres de la voie sensitive centrale, entrecroisées pour les membres et le tronc, non encore entrecroisées pour le trijumeau. Le noyau bulbaire de l'appareil irido-dilatateur et les fibres du spinal sont aussi intéressées et leur atteinte explique le syndrome oculo-pupillaire et l'hémiplégie palato-pharyngée. P. CAMUS.

Etude historique et médico-légale du masochisme. (R. BRETEILLE. Th. de Paris, 1913.) — Le masochisme est cette perversion psycho-sexuelle, qui fait trouver à ceux qui en sont atteints une satisfaction incomparable dans les souffrances, physiques ou morales, qu'ils ont à subir de la part de l'être aimé.

Il constitue un stigmate de dégénérescence mentale qui n'existe peut-être pas dès la naissance; il a besoin, pour se révéler, d'une cause occasionnelle qui, chez l'individu normal, serait sans conséquences, mais qui, chez le dégénéré, suffit à créer de toutes pièces la perversion.

S'il n'a, d'ordinaire, au point de vue médico-légal, qu'un intérêt secondaire, le médecin légiste ne saurait toutefois s'en désintéresser, car le crime masochiste n'est, ni une impossibilité, ni même une rareté.

Le masochisme a existé de tout temps et le docteur Breteille s'est appliqué, dans cette étude, à dégager, de l'histoire et de la littérature, les cas les plus intéressants concernant de près ou de loin cette déviation instinctive. Il a particulièrement insisté sur la vie et les anomalies si curieuses de Sacher-Masoch qui lui a donné son nom. P. CAMUS.

Etude statistique sur les antécédents héréditaires des paralytiques généraux. (R. DE FURSAC et GÉNIL-PERRIN. *Ann. méd.-psychol.*, juillet 1913.) — Parmi plus de 1200 observations de malades internés à la maison de santé de Ville-Evrard, et dont près d'un quart concernent des paralytiques généraux, les auteurs ont recherché le pourcentage comparé des tares héréditaires chez les sujets atteints de cette affection et chez ceux atteints de toutes autres variétés de maladies mentales. Ils ont vu que les antécédents héréditaires en général sont relevés un peu plus fréquemment chez les paralytiques généraux que chez les autres aliénés. Contrairement à une opinion assez courante, leur ascendance est au moins aussi souvent, bien que peut-être un peu moins lourdement, tarée que celle des autres malades. L'hérédité congestive, en particulier, semble notablement prépondérante dans leur famille. P. CAMUS.

CHIRURGIE

Quelques notes à propos des blessures de guerre. (Sp. N. ŒCONOMOS. *Soc. des sciences méd. de Montpellier*, 28 nov. 1913.) — L'auteur expose les faits observés par lui pendant treize mois dans l'armée hellénique pendant la campagne d'Epire.

Parmi les 3000 malades soignés dans la quatorzième ambulance, il y a eu 1756 blessés dont 1489 par balle de fusil ou de mitrailleuse, 250 par shrapnell et 17 par arme blanche.

L'évolution des plaies par balle de fusil ou de mitrailleuse est, en général, bénigne, mais il faut mettre à part quelques plaies produites par balles pointues, qui peuvent se réfléchir, frapper le sujet non pointe mais culot en avant et déterminer ainsi des dégâts plus considérables. Moins favorables sont encore les plaies par shrapnell, qui déterminent des blessures peu profondes, mais larges et contuses et entraînent facilement avec elles des débris de vêtements.

Le traitement appliqué était simple : désinfection à la teinture d'iode, pansement aseptique, abstention de manœuvres opératoires intempestives.

Ensuite, après avoir exposé quelques cas de mort subite, de plaies de la tête, de la poitrine, de l'abdomen, des articulations et des os, l'auteur termine par les conclusions suivantes :

Pour réduire la mortalité des blessés, il faut :

1° Avoir des matériaux de pansement assez abondants et bien aseptisés.

2° Distribuer à chaque soldat un paquet de pansement individuel avec un petit récipient de teinture d'iode et apprendre aux soldats à bien s'en servir, ce que peu savent faire.

3° Avoir un personnel instruit de ce qu'il doit exactement faire, c'est surtout dans le domaine des bandages de fracture que les infirmiers militaires doivent être instruits. Il est indispensable d'envoyer dans les ambulances des étudiants en médecine comme infirmiers.

4° Il faut envoyer dans les ambulances des chirurgiens expérimentés, car c'est là que les interventions hâtives peuvent être utiles. L. GAYARD.

THÉRAPEUTIQUE

Le galyl, composé arsenical antisyphilitique. (P. TROISFONTAINES. *Presse médicale*, 1er nov 1913.) — A côté du salvarsan et du néosalvarsan se placent, avantageusement, dès aujourd'hui, deux autres composés arsenicaux : le galyl (1116) et le ludyl (1151), nés des persévérantes recherches de Mouneyrat.

M. Troisfontaines, qui a utilisé deux fois le ludyl et vingt et une fois le galyl, apporte les résultats qu'il a obtenus avec ces deux composés.

Les effets thérapeutiques du galyl, chez les sujets auxquels il l'a administré, peuvent se résumer ainsi : le chancre s'est rapidement cicatrisé, notablement plus vite que sous l'influence du mercure. La roséole, souvent plus apparente peu d'heures après l'injection, a pâli dès le lendemain et s'est effacée dans l'espace de quatre ou cinq jours.

Les syphilides muqueuses, celles de la gorge, spécialement, se résolvent avec une extrême rapidité.

Par contre, les syphilides papuleuses lenticulaires s'affaissent lentement, persistent après la seconde et parfois la troisième injection, tout en s'atténuant régulièrement. Leur affaissement complet demande quelquefois dix-huit à vingt jours. La macule pigmentée qu'elles laissent à leur suite est peut-être d'une coloration un peu plus accentuée que chez les sujets traités par le mercure. La réaction d'Herxheimer se montre peu d'heures après la première injection, dans la moitié des cas. Une fois seulement elle a suivi la seconde injection et s'est reproduite après la cinquième, chez un homme de vingt-neuf ans, porteur de syphilides papuleuses lenticulaires. La céphalalgie a constamment cédé très rapidement. Les ulcérations tertiaires se sont également cicatrisées.

Les injections, variant de trois à quatre, furent faites à intervalles de quatre à sept jours, avec une dose totale de 1 gramme à 1g20.

M. Troisfontaines a observé que la disparition des accidents primaires et secondaires s'est opérée aussi vite sous l'influence des doses modérées que sous celle de doses plus fortes (40 à 50 centigrammes). Il lui paraît cependant raisonnable de recourir d'ordinaire à ces dernières, de préférence à celles de 25 à 30 centigrammes.

Aucun accident n'a été observé. La température ne s'est élevée que d'une façon rapide et éphémère. Les phénomènes congestifs ont fait complètement défaut. La céphalalgie ne s'est produite que dans quelques cas et encore très peu prononcée.

Il apparaît donc que le galyl est un médicament peu ou pas toxique, très facilement toléré et d'une efficacité au moins égale à celle des composés arsenicaux parasitotropes qui l'ont précédé. L. GAYARD.

COURS ET CONFÉRENCES

LES NOTIONS RÉCENTES SUR LES MALADIES DU FOIE, DU PANCRÉAS ET DE LA RATE. — COURS DE VACANCES ET DE PERFECTIONNEMENT. (Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, professeur : M. A. GILBERT.) — Le cours de vacances commencera le lundi 6 avril 1914, à dix heures, à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, sous la direction de M. le professeur Gilbert et de M. le professeur agrégé Maurice Villaret. Il aura lieu le matin à dix heures et demie, et l'après-midi à trois heures.

Ce cours comprendra vingt-six leçons et sera terminé en onze jours. Il sera illustré de projections photographiques, cinématographiques et microscopiques, et accompagné de présentations de malades, d'instruments, de pièces et de coupes histologiques.

Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des malades présentés, à la rédaction d'ordonnances, au maniement des appareils, aux travaux de laboratoire, et pourront emporter les préparations exécutées par eux au cours de cet enseignement essentiellement pratique.

PROGRAMME DU COURS. — *Lundi 6 avril.* — Le matin, à dix heures. Leçon inaugurale de M. le professeur agrégé Maurice Villaret : Notions générales sur la séméiologie hépatique : les grands syndromes qui la régissent.

Le matin, à dix heures et demie. M. le docteur Paul Descomps : Exploration physique du foie. Interrogatoire d'un hépatique. — Exploration clinique des fonctions hépatiques. La glaucurie intermittente (élimination polycyclique du bleu de méthylène). — Les syndromes d'hyperfonctionnement, d'hypofonctionnement et d'insuffisance hépatique. — Etude clinique de l'ictère grave.

Le soir, à trois heures. M. Deval : Exploration chimique des fonctions hépatiques. — Résultats fournis par l'examen des urines (hypo et hyperazoturie. Coefficient azoturique. Ammoniurie expérimentale. Amino-acidurie. Indicanurie). — Résultats fournis par l'examen du sang (Azotémie. Cholestérinémie. Lipémie alimentaire : valeur de la richesse des hémoconies à l'ultramicroscope).

Mardi 7 avril. — Le matin, à dix heures et demie. M. le docteur Herscher : Cholémie physiologique et pathologique. Cholémimétrie. Recherche des pigments et des sels biliaires dans les urines. Recherche, dosage et valeur séméiologique de l'urobiline et de la stercobiline.

Le soir, à trois heures. M. le docteur Herscher : Le syndrome ictère. Etude clinique et thérapeutique des ictères choluriques. — Diagnostic des ictères par rétention.

Le soir, à quatre heures et demie. M. le docteur Chabrol : Les ictères aigus. — Les ictères par hyperhémolyse; la résistance globulaire dans les ictères.

Mercredi 8 avril. — Le matin, à dix heures et demie. M. le docteur Herscher : Etude clinique et thérapeutique des ictères acholuriques simples (cholémie simple familiale, etc.). Les cirrhoses biliaires.

Le soir, à trois heures. M. le docteur Chabrol : Les hémolysines dans leurs rapports avec les anémies, les ictères et les hémoglobinuries. Leur recherche dans le sang circulant. L'épreuve de Donath et Landsteiner. — Les hémoglobinuries dans leurs rapports avec les troubles hépatiques et spléniques. Diagnostic spectroscopique des hémoglobinuries

Le soir, à quatre heures et demie. M. le docteur Chabrol : Diagnostic des syndromes spléniques et des splénomégalies par l'examen clinique et les procédés de laboratoire.

Jeudi 9 avril. — Le matin, à dix heures et demie. M. le professeur agrégé Maurice Villaret : Le syndrome d'hypertension portale : étude physiologique, anatomique et histologique. L'intestin, le pancréas, la rate et le rein dans les affections du foie.

Le soir, à trois heures. M. le professeur agrégé Maurice Villaret : Les épanchements ascitiques et pleural au cours des maladies du foie. — La ponction d'ascite. — Etude clinique, physique, chimique, cytologique et bactériologique du liquide d'ascite. Les réactions de Rivalta, de Gangi et du collargol. L'inoculation aux animaux. — Résultats de ces recherches, notamment au point de vue de l'étude du syndrome d'hypertension portale.

Le soir, à quatre heures et demie. M. le docteur Lippmann : Le microbisme biliaire normal et pathologique. Etude clinique et thérapeutique des angiocholites et des cholécystites, du foie infectieux, des abcès du foie et des suppurations périhépatiques.

Vendredi 10 avril. — Le matin, à dix heures et demie. M. le docteur Paul Descomps : Etude clinique et thérapeutique du foie syphilitique et du foie tuberculeux.

Le soir, à trois heures. M. le docteur Bénard : Diagnostic de la syphilis hépatique par les procédés de laboratoire. — La réaction de Wassermann. Examen du tréponème sur des coupes de foie.

Samedi 11 avril. — Le matin, à dix heures et demie. M. le professeur agrégé Maurice Villaret : Le syndrome d'hypertension portale : Etude clinique et thérapeutique. — Application de cette étude au diagnostic et au traitement des pyléphlébites et des cirrhoses alcooliques.

Le soir, à trois heures. M. le docteur Bénard : Etude clinique et thérapeutique des kystes hydatiques du foie. Leur diagnostic par les procédés de laboratoire (Réaction de Weinberg. Recherche de l'éosinophilie sanguine).

Mardi 14 avril. — Le matin, à dix heures et demie. M. le docteur Jomier : Etude clinique et thérapeutique du syndrome d'hypertension sushépatique. Le foie cardiaque. — Etude clinique et thérapeutique des cancers du foie et des voies biliaires.

Le soir, à deux heures. M. le docteur Jomier : Les acquisitions cliniques récentes sur les glycosuries et le rôle du foie dans leur mécanisme. — La glycosurie alimentaire spontanée et provoquée. Les rythmes de la glycosurie. — Glycosuries et glandes à sécrétion interne.

Mercredi 15 avril. — Le matin, à dix heures et demie. M. le docteur Lippmann : Etude clinique et thérapeutique de la lithiase biliaire et de ses complications. Les formes et le traitement de la colique hépatique.

Le soir, à trois heures. M. Deval : L'exploration fonctionnelle du foie et du pancréas dans son application à l'étude du diabète et des affections pancréatiques. — Etude chimique de la glycémie et des glycosuries. — Etude du chimisme gastrique dans ses rapports avec les déficits biliaire et pancréatique.

Jeudi 16 avril. — Le matin, à dix heures et demie. M. le docteur Jomier : Les acquisitions récentes sur le diagnostic clinique et la thérapeutique du diabète et de ses complications.

Le soir, à trois heures. M. le docteur Lippmann : Etude clinique et thérapeutique des pancréatites et du cancer du pancréas.

Le soir, à quatre heures et demie. M. Deval : Diagnostic de l'insuffisance biliaire et pancréatique par l'étude du chimisme intestinal (Dosage des graisses; épreuve de Schmidt; recherche de l'amylase fécale). Valeur clinique de la réaction de Cammidge.

Vendredi 17 avril. — Le matin, à dix heures et demie. MM. les docteurs Guilleminot, Durey, Dausset : Les agents physiques dans l'exploration et le traitement des maladies du foie, de la rate, du pancréas.

Le soir, à trois heures. M. Dumont : Le foie colonial. Etude clinique, thérapeutique et de laboratoire (Foie dysentérique. Foie paludéen, etc.).

Samedi 18 avril. — Le matin, à dix heures. M. le docteur Paul Descomps : Notions récentes sur la thérapeutique générale des maladies du foie, du pancréas et de la rate.

Le soir, à trois heures. M. Dumont : Présentations de pièces anatomiques et de coupes histologiques concernant les maladies du foie, du pancréas et de la rate.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit à verser est de 100 francs.

Seront admis, les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit. — Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Nota. — En septembre 1914, un cours de clinique pratique d'application des méthodes de laboratoire au diagnostic clinique aura lieu à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu dans les mêmes conditions que les années précédentes.

NOTES POUR L'INTERNAT

COMPLICATIONS RÉNALES ET SURRÉNALES DE LA SCARLATINE

Les complications rénales sont extrêmement fréquentes au cours de la scarlatine; elles sont, d'ailleurs, parfaitement connues depuis longtemps et les recherches récentes les concernant ont eu simplement pour but de préciser certaines données sur la pression artérielle, la valeur fonctionnelle des reins, etc.

Très fréquentes sont aussi les complications surrénales; leur connaissance, de date toute récente, est due presque exclusivement aux travaux de M. le professeur Hutinel; sans présenter l'importance des complications rénales, les lésions des surrénales doivent être néanmoins bien connues du clinicien, en raison des accidents graves, parfois mortels, qu'elles peuvent déterminer et qui sont assez souvent conjurés d'ailleurs par l'administration opportune d'adrénaline.

I. Complications rénales. — Le virus scarlatin présente une affinité élective pour le rein; toute scarlatine, en effet, *à de très rares exceptions près*, s'accompagne, à un moment quelconque de son évolution, d'albuminurie plus ou moins abondante; mais, tandis que l'albuminurie du début est le plus souvent discrète, passagère, bénigne, ayant plus la valeur d'un symptôme que d'une complication, la néphrite aiguë observée pendant la convalescence est, au contraire, redoutable, qu'il s'agisse de néphrite aiguë, de néphrite hématurique, d'anurie, d'anasarque, d'urémie, avec ou sans passage ultérieur à la néphrite chronique. — Il est classique d'attribuer au streptocoque les complications rénales de la scarlatine; le fait est, certes, indiscutable, mais il ne faut pas oublier, cependant, que cette localisation rénale du streptocoque a été préparée par l'atteinte préalable du rein par le microbe scarlatineux, ou par l'activité spéciale de ses poisons.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — On décrit classiquement trois formes anatomiques de la néphrite scarlatineuse auxquelles on donne, depuis Leichtenstein, les noms de reins hyperémiques, reins hémorragiques, reins blancs, mous et œdémateux. Les deux premières variétés correspondent à des néphrites du début de la scarlatine.

La *néphrite aiguë et passagère du début de la scarlatine* peut réaliser trois types anatomiques (Castaigne): type dégénératif, congestif, diapédétique; les reins sont volumineux et donnent une sensation de densité et de tension exagérées; histologiquement, ce qui caractérise ces néphrites, c'est l'intégrité relative du glomérule. Le *type diapédétique*, de beaucoup le plus fréquent, a été bien étudié par Biermer, Wagner, Hortolès: à la coupe, le rein présente un aspect marbré avec taches blanchâtres qui tranchent par leur pâleur sur le reste de l'organe.

Histologiquement, le type diapédétique correspond à la néphrite aiguë lymphomateuse de Wagner; les lésions prédominent au niveau du tissu conjonctif; il peut y avoir seulement œdème aigu du rein sans infiltration de leucocytes; cet œdème peut, par la compression des tubes, s'accompagner d'oligurie; parfois les phénomènes de diapédèse prédominent; cette diapédèse est surtout développée au point où l'artère afférente pénètre dans le glomérule; il ne s'agit pas, néanmoins, d'une néphrite systématisée, exclusivement interstitielle; on observe, en effet, parallèlement à ces lésions, une congestion des glomérules et des vaisseaux, ainsi que des lésions dégénératives des épithéliums; dans certains cas, la néphrite aiguë passagère du début de la scarlatine revêt, soit le *type congestif* avec dilatation des capillaires de la substance corticale, des glomérules et raptus hémorragiques, soit le *type dégénératif*, avec reins lourds, volumineux, se décortiquant bien, présentant une augmentation de la substance corticale et, au microscope, montrant des lésions de cytolyse protoplasmique.

Parfois, c'est une *néphrite suraiguë* rapidement mortelle que l'on observe dès le début de la scarlatine; le fait est rare et il s'agit alors de formes particulièrement sévères dans lesquelles le virus scarlatin réalise une véritable intoxication, altérant profondément tous les organes (scarlatines malignes). A l'autopsie les reins sont gros mais ils se décortiquent bien; ils sont plus ou moins congestionnés suivant les cas; les altérations histologiques intéressent presque exclusivement les épithéliums des tubes contournés; les cellules ont subi une fonte granuleuse; il y a désintégration de tous les épithéliums et oblitération plus ou moins complète des tubes.

Parmi les lésions rénales observées au cours de la scarlatine la plus typique est représentée par le *gros rein blanc* (Charcot), le *rein blanc mou et œdémateux* (Leichtenstein), lésion correspondant aux néphrites aiguës tardives, réalisant une *néphrite subaiguë à évolution rapide* (Castaigne).

Les reins sont très volumineux; leurs dimensions et leur poids peuvent être doublés; la coloration est blanc grisâtre, même légèrement jaunâtre; la décortication est facile; sur la capsule il existe des taches plus blanches, plus jaunâtres que le reste du rein et parsemées de points ecchymotiques. La *couche corticale* est plus que doublée de volume; sa coloration est jaunâtre; à jour frisant, l'on constate sur la surface de section que les *glomérules* ont doublé, ou triplé de volume; les pyramides tranchent sur la coloration blanc grisâtre, car elles présentent quelques striations rouges, ou violettes; au niveau de leur base elles se confondent avec la substance corticale; il n'y a plus de limite entre la substance corticale et la substance médullaire. *Histologiquement les lésions glomérulaires* attirent surtout l'attention; au niveau des zones les moins altérées il existe une prolifération cellulaire sur la face interne de la capsule de Bowmann, ainsi que sur le bouquet glomérulaire, avec un exsudat fibrineux remplissant la cavité glomérulaire; au niveau des points les plus lésés on constate un épaississement considérable de la capsule de Bowmann; sur la face interne de cette capsule reposent des cellules disposées en plusieurs rangs atteignant la couche rameuse périvasculaire. Les tubes contournés sont volumineux, tuméfiés; dans la lumière des tubes on trouve des débris épithéliaux, des cylindres granuleux; les vaisseaux présentent de l'endo et de la périartérite surtout au niveau des glomérules; il existe, en outre, dans le tissu interstitiel, des lésions congestives, de l'œdème inflammatoire; fréquemment ce sont des lésions congestives, hémorragiques qui dominent et cette constatation fait comprendre la fréquence des néphrites hématuriques.

L'existence de ces glomérulo-néphrites explique l'évolution rapide des accidents; les lésions glomérulaires empêchent la filtration des liquides; les lésions des tubes contournés s'opposent à l'élimination des déchets normaux et toxiques; l'œdème, enfin, par la compression qu'il détermine, gêne l'excrétion de l'urine qui a pu se former, ainsi s'expliquent l'oligurie, l'anurie, la rapidité des accidents urémiques.

Signalons à côté de cette néphrite subaiguë à évolution rapide les cas assez rares où la néphrite subaiguë présente une *évolution prolongée* aboutissant à la mort en un ou deux ans; à l'autopsie on trouve alors le *rein blanc granuleux*, de volume normal, présentant à la périphérie des granulations blanchâtres; la substance corticale n'est plus augmentée d'épaisseur, elle peut même être un peu atrophiée; elle est parsemée de taches opaques, jaunâtres, tranchant sur un fond lilas; on constate histologiquement qu'il s'agit d'une *néphrite parcellaire*, ce qui explique la lente évolution. On peut trouver, d'ailleurs, tous les intermédiaires entre le gros rein blanc œdémateux et ce rein blanchâtre, bosselé, déformé, de volume sensiblement normal, parfois même atrophié; plus rarement on observe des embolies avec infarctus du rein (Juhel-Rénoy), de la pyélite, de la pyélo-néphrite. Ajoutons enfin que, parmi les lésions rénales observées à la suite de la scarlatine, on peut ranger les *néphrites cicatricielles* de Bard, *résiduales* de Teissier, ainsi que la *néphrite atrophique* qui peut succéder à longue échéance à une néphrite aiguë, guérie en apparence.

Signalons encore la présence de lésions intéressant les capsules surrénales (voir plus loin), le cœur qui est dilaté avec des parois souvent hypertrophiées, le foie également hypertrophié, congestionné, ainsi que les méninges et le cerveau.

Sur les coupes histologiques des reins on a pu mettre en évidence des *streptocoques*.

Expérimentalement, Bernhardt et Cantacuzène d'une part, Landsteiner, Levaditi et Prasch, d'autre part, ont réussi, par l'inoculation à des chimpanzés de produits scarlatineux, à réaliser un syndrome morbide ressemblant plus ou moins à la scarlatine; mais dans aucun cas ils n'ont obtenu des lésions rénales analogues à celles que nous venons de décrire. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 13. — SAMEDI 31 JANVIER 1914. 87e ANNÉE. SAMEDI 31 JANVIER 1914. — N° 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 10 francs par an. Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 29 janvier. — Question donnée : « Méninges rachidiennes. — Examen clinique d'un malade atteint d'hémiplégie de nature organique. »

MM. Langle, 12 + 18 = 30; Alibert, 16 + 24 = 40; Jacob, 17 + 24 = 41; Rouffiac, 16 + 23 = 39; Adam, 9 + 19 = 28; Mme de Tannenberg, 7 + 18 = 25; MM. Hufnagel, 18 + 18 = 36; Jacquelin (Charles), 15 + 20 = 35; Errard, 16 + 22 = 38.

LES MÉDECINS AU PARLEMENT. — MM. les docteurs Léon Labbé, E. Reymond et de Langenhagen, sénateurs, ont été réélus membres de la commission sénatoriale de l'armée.

LA MAISON DU MÉDECIN. — Nous apprenons que, dans sa séance du 26 janvier, la Commission de répartition du produit des jeux a attribué à la « Maison du médecin » une nouvelle subvention de cent mille francs.

Suivant le programme soumis par l'œuvre à la Commission, la « Maison du médecin » va entreprendre de nouvelles constructions (pavillon des veuves) et des améliorations au château (notamment la substitution du chauffage central au calorifère à air chaud).

Cette nouvelle faveur accordée à la « Maison du médecin » témoigne une fois de plus de l'intérêt que lui portent les pouvoirs publics et de son caractère nettement philanthropique et social.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET DE GÉNIE SANITAIRE. — M. le professeur Vincent, président sortant, est remplacé à la présidence par M. Launay, inspecteur général des ponts et chaussées.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE TURIN. — L'Académie royale de médecine de Turin vient de déclarer ouvert le treizième concours pour le prix « Riberi », de 20 000 francs.

Les médecins, qui désirent y prendre part avec leurs travaux scientifiques dans les sciences médicales en général, sont priés de s'inscrire jusqu'au 31 décembre 1916.

S'adresser, pour les conditions du concours, au secrétariat de l'Académie de médecine, 18, rue de Po, à Turin.

L'HUILE DE BALEINE DANS L'ALIMENTATION. — M. Offerdahl (de Larvik, Norvège) a attiré récemment l'attention sur la pêche à la baleine, la préparation et l'emploi de l'huile de baleine (1).

Ces huiles, jusqu'à ces dernières années, étaient utilisées dans l'industrie, la tannerie, la fabrication du savon et de la glycérine.

Actuellement, les bateaux pêcheurs étant de véritables usines permettant la préparation de l'huile immédiatement après la capture de l'animal, l'huile de baleine est certainement préparée avec des matériaux plus frais et mieux conservés que l'huile de foie de morue et que beaucoup d'autres graisses utilisées dans l'alimentation. Rien ne s'oppose donc aux applications alimentaires de l'huile de baleine, et il est vraisemblable que ce produit prendra une place importante parmi les substances nutritives.

L'ESSENCE DE BANANE. — Afin de pouvoir isoler le produit qui donne l'arome aux bananes, un chimiste, M. Kléber, en a fait mûrir un régime, puis il a distillé à la vapeur les fruits fortement aromatiques débarrassés de leur pelure. Il a obtenu ainsi quelques gouttes d'essence ayant l'odeur caractéristique de la banane dans laquelle il a décelé de l'acétate d'amyle.

C'est la première fois que l'on décèle la présence d'éther de l'alcool amylique dans une essence naturelle. Ce fait est intéressant à noter, car on tendait à regarder ces éthers, qui sont la base d'essences artificielles, comme nuisibles à la santé; la présence de l'acétate d'amyle dans la banane semble prouver qu'ils sont inoffensifs, en petite quantité tout au moins (2).

LA MALADIE DU SOMMEIL A SAINT-CYR. — Il ne s'agit évidemment pas de la terrible trypanosomiase humaine, mais d'un simple effet du surmenage physique.

M. le médecin principal Toussaint, qui a longtemps été médecin chef à Saint-Cyr, en a rapporté de curieux exemples à la Société de médecine militaire.

Lors de l'incorporation, un certain nombre d'élèves arrivaient à Saint-Cyr surmenés par le concours, fatigués et anémiques. Six mois après ils étaient transformés, robustes et résistants. Il fallait, pour atteindre ce but, que l'instructeur y mît du doigté sous peine de « flamber » ses hommes. Ce flambage se traduisait à Saint-Cyr sous la forme de la maladie

(1) *Journ. de pharmacie et de chimie*, 16 janv. 1914, n° 2, p. 74.
(2) *Amer. perf.*, 1912, t. VII, p. 233. — *Journ. de pharmacie et de chimie*, 16 janv. 1914, n° 2.

du sommeil. Celle-ci amenait le samedi, à l'infirmerie-hôpital, de nombreux élèves de première année ; pendant le semestre d'hiver, ils faisaient eux-mêmes leur diagnostic : fatigue, besoin absolu de repos.

A peine installés dans le lit, le sommeil les prenait; le matin du dimanche, ils devaient être secoués pour avaler un bon chocolat ; on les réveillait encore pour les deux repas de la journée et, le lundi, ils demandaient d'eux-mêmes l'exeat.

CHRONIQUE

LA REVISION DE LA LOI DE 1838 SUR LES ALIÉNÉS

M. le professeur Ballet vient d'adresser une lettre ouverte à MM. les membres du Sénat. Nous la reproduisons d'après *Le Temps* :

« Messieurs les sénateurs,

Vous êtes appelés à voter une loi grave, celle qu'on vous propose de substituer à la loi de 1838 « sur les aliénés ».

Vous voulez avec raison qu'on édicte les précautions nécessaires pour empêcher toute atteinte possible à la liberté individuelle. Mais vous voudrez certainement aussi que ces précautions soient réellement efficaces et qu'elles ne lèsent pas des intérêts et des sentiments respectables.

Or, la loi votée par le Sénat en première lecture et qu'il s'est réservé de modifier à la seconde :

1° Lèse sans utilité les intérêts et les sentiments que vous ne pouvez pas ne pas vouloir ménager;

2° Ce qui n'est pas moins grave, sera inopérante dans les cas où précisément il serait désirable qu'elle opérât.

1° ELLE LÈSE DES INTÉRÊTS RESPECTABLES

a. Il est légitime et conforme aux principes de notre droit public que ne soient internés qu'en vertu d'une décision judiciaire les *aliénés criminels* ou ceux *qui protestent* contre leur placement d'une façon habituelle et cohérente. Mais ces malades représentent au maximum 10 p. 100 de la totalité. Entendez bien, 10 p. 100 au maximum.

Ne serait-il pas odieux d'imposer, même après six mois de séjour à l'asile, aux quatre-vingt-dix autres, qui ne sont ni criminels, ni protestataires, un jugement humiliant, et de transformer ainsi les asiles et maisons de santé en des sortes de prisons où l'on n'entrerait que par autorité de justice ?

b. Sous prétexte d'empêcher les mauvais traitements dont, de très loin en très loin, quelques enfants plus ou moins arriérés ou quelques vieillards affaiblis sont victimes à leur domicile, et qu'on peut protéger par d'autres moyens, ne serait-il pas odieux d'imposer la violation du foyer domestique aux centaines de familles qui soignent avec abnégation et dévouement un de leurs parents affecté par exemple de mélancolie, de paralysie générale ou de démence sénile ?

c. Ne serait-il pas odieux, sous prétexte d'obvier aux internements arbitraires dans les asiles de l'étranger, qui sont surveillés comme les asiles français, de contraindre les familles à divulguer l'infirmité qui atteint l'un des leurs, en les obligeant à déclarer le placement au procureur de la République du lieu de résidence du malade ?

Si ces mesures vexatoires devaient avoir d'autres résultats que d'atteindre ceux qui sont le plus dignes d'être ménagés par la conscience qu'ils apportent à l'accomplissement de leurs devoirs, on pourrait peut-être s'y résoudre.

2° MAIS LA LOI SERA INOPÉRANTE. ELLE LÉSERA CEUX QU'ON NE VOUDRAIT PAS TOUCHER ; ELLE N'ATTEINDRA PAS CEUX QU'ON VOUDRAIT FRAPPER.

a. Que se propose-t-on ? D'empêcher les internements arbitraires ? A-t-on réfléchi que la décision judiciaire n'intervenant nécessairement qu'après six mois de séjour du malade à la maison de santé, si les précautions actuelles sont, comme on le prétend, insuffisantes pour empêcher les internements en question, les gens mal intentionnés auront tout loisir pour les réaliser. Que ceux qui assurent connaître des exemples d'internement arbitraire vous disent s'ils en ont vu qui aient duré plus de six mois. La loi jouera, mais trop tard. Si ceux qui l'ont préparée avaient mieux connu les malades qu'elle vise, ils vous auraient proposé la décision judiciaire immédiate pour les aliénés protestataires comme pour les criminels, et ils ne vous auraient pas proposé de l'appliquer, même après six mois, aux malades non protestataires.

b. Le procureur de la République, c'est entendu, pourra pénétrer directement ou par ses délégués au domicile des malades soignés chez eux quand les parents auront fait la déclaration prescrite. Mais le rapporteur de la loi a-t-il la simplicité de penser que ceux qu'on vise, et qui sont déjà justiciables du Code pénal, feront la déclaration sur laquelle on compte pour les atteindre ? Ils la feront d'autant moins que les victimes habituelles des séquestrations à domicile sont, je l'ai dit, des enfants arriérés ou des vieillards affaiblis dont on pourra plus d'une fois contester qu'ils soient visés par une loi relative aux aliénés.

c. On exigera une déclaration au procureur de la République de la résidence du malade quand celui-ci sera placé dans une maison de santé de l'étranger ? Fort bien. Mais s'il est placé dans une maison ouverte non soumise à une surveillance légale ? Et ce sera le cas pour 80 p. 100 des malades émigrés. On n'aboutira de la sorte qu'à faire affluer les malades français dans les maisons ouvertes de Belgique ou de Suisse, dont on ne pourra pas modifier le régime légal comme on menace de le faire si malencontreusement pour les maisons ouvertes françaises.

Ainsi, messieurs les sénateurs, la loi qu'on vous propose, du moins par les dispositions que je viens de viser, fera beaucoup de mal sans atteindre les buts qu'elle poursuit.

Vous y regarderez, j'en suis sûr, avant de la voter définitivement. Vous rendrez hommage au zèle habituel du rapporteur, mais vous vous direz que les bonnes intentions ne suffisent pas toujours pour faire une bonne loi : il faut une documentation et, pour les lois comme celle dont il s'agit, une documentation technique qui a fait défaut à votre rapporteur.

Vous exigerez que cette documentation, dont plusieurs membres du Sénat et non des moindres, d'accord d'ailleurs avec le gouvernement, ont senti la nécessité, vous soit fournie par qui peut la donner avec autorité, ne fût-ce que pour préciser la signification indécise de certains des termes techniques employés dans le rapport. Vous n'imiterez pas l'exemple d'un de mes vénérés collègues à l'Académie de médecine, qui est aussi le vôtre au Sénat, que j'ai entendu proclamer publiquement, à la vérité avec trop de modestie, une incompétence où l'on n'a pas le droit de se complaire quand on a un vote grave à émettre. Vous voudrez que ceux d'entre vous qui ne l'ont pas puissent se faire une compétence avant de déposer dans l'urne un bulletin duquel dépendront la tranquillité et, dans une certaine mesure, l'honneur de beaucoup de familles.

La loi qu'on vous propose, telle qu'on vous la propose, serait un malheur public. Elle n'apporterait à la liberté individuelle aucune garantie nouvelle et serait pour nous tous une menace éventuelle. Seuls les médecins y trouveraient leur compte qui seraient par elle dégagés de lourdes responsabilités, ou pourvus de quelqu'un des nombreux emplois qu'il faudra, malgré la détresse des finances publiques, créer pour permettre aux parquets d'exercer, au domicile des malades, la surveillance inutile et vexatoire dont on nous menace. Ce sont pourtant les médecins qui protestent le plus haut, n'ayant pas l'habitude de subordonner l'intérêt public à leurs intérêts particuliers : c'est dans l'intérêt public non dans l'intérêt médical que vous aurez la sagesse de légiférer.

Agréez, etc.

GILBERT BALLET,
Professeur de clinique psychiatrique à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. »

REVUE GÉNÉRALE

LE ROLE PATHOGÈNE DES MICROBES SPIRALÉS DANS LES ENTÉRITES

(ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE ET BACTÉRIOLOGIQUE)

Par M. le docteur J. HASSENFORDER,
Médecin aide-major de deuxième classe stagiaire
à l'Ecole d'application du Val-de-Grâce.

L'étude des microbes spiralés et de leur rôle pathogène est une question toute d'actualité. Nous nous proposons, dans cette revue générale, d'étudier les déterminations intestinales de ces microorganismes. Dans le cours de cette étude nous expliquerons comment nous avons été amené à donner le nom de microbes spiralés à ces éléments microbiens, désignés actuellement plus communément sous la dénomination de spirilles et spirochètes. L'incertitude scientifique, dans laquelle nous nous trouvons encore pour classer ces microbes, nous oblige à garder provisoirement cette dénomination (1).

La présence de ces microbes spiralés, visibles dans les fèces et non cultivables sur les milieux usuels, a été signalée à plusieurs reprises au cours de diverses formes d'entérites revêtant de préférence un syndrome cholériforme, dysentériforme, appendiculaire ou même de simple diarrhée.

I

Etude anatomo-clinique. — P. Mühlens, Comandon, P. Teissier et Charles Richet fils observèrent, en effet, l'existence de ces microbes spiralés dans la *diarrhée estivale simple*, où on les trouverait parfois en abondance. Nous verrons plus loin, à propos de la pathogénie, que l'action de la chaleur paraît importante dans le développement de ces microbes.

Dans les *diarrhées infantiles*, on signala également et à plusieurs reprises leur présence. Déjà Escherich avait été frappé de l'existence de fins « spirilles » dans 17 cas mortels d'entérites infantiles. Booker William les trouva également associés au proteus vulgaris comme agent principal, dans plusieurs cas de diarrhées graves survenues chez des enfants. P. Teissier et Ch. Richet fils firent des constatations analogues et observèrent en outre ces microbes spiralés dans les entérites dysentériformes survenant comme complications intestinales de la rougeole et de la scarlatine. Ils notèrent la grande fréquence de ces microbes et leur abondance, concluant que leur présence était peut-être liée à la production de certains processus sphacéliques intestinaux.

Nous avons examiné les selles de deux enfants présentant des complications diarrhéiques dans l'évolution d'une rougeole sans caractère de malignité. Dans un des cas l'examen d'un frottis coloré au Ziehl dilué nous a montré l'existence de quelques microbes spiralés en S, peu colorables et voisinant avec d'autres microbes, surtout du groupe coli. Quelques *appendicites* ont été mises également sur le compte de ces microorganismes. Déjà, en 1901, MM. Niclot et Marotte faisaient remarquer qu'il y avait peut-être un lien de cause à effet entre l'angine de Vincent et l'appendicite. A l'appui de cette idée, ils citèrent une observation d'angine ulcéro-membraneuse se compliquant à la suite de deux atteintes successives d'une poussée de coliques appendiculaires. Malheureusement, en l'absence d'examen bactériologique des selles ou de l'appendice, nous ne pouvons pas nous prononcer avec certitude. Vezprémi, Veillon et Zuber, puis Comandon signalèrent à nouveau leur présence dans certaines appendicites, et même ce dernier auteur affirme les avoir rencontrés dans tous les appendices enlevés à chaud. Il les a du reste souvent rencontrés dans les selles diarrhéiques, où ils seraient souvent en abondance. Le Blaye attira également l'attention sur la localisation appendiculaire des microbes spiralés, associés ou non au bacille fusiforme. Enfin, dernièrement, MM. Thiroloix et Durand publièrent une observation d'appendicite aiguë survenant brusquement chez une femme souffrant depuis quelques mois de troubles gastro-intestinaux et se compliquant de phénomènes septicémiques graves avec localisation pleuro-pulmonaire. L'hémo et la séroculture ayant révélé la présence dans le sang d'un spirochète associé à un bacille qui n'était pas du fusiforme, la malade fut traitée avec plein succès par deux injections de salvarsan.

Nous avons personnellement examiné plusieurs frottis prélevés sur des appendices ulcérés et provenant d'appendicites opérées à chaud. Nous n'avons pu trouver de spirochètes par les colorants habituels, en particulier le Ziehl dilué. Il est possible que nous eussions été plus heureux en utilisant l'ultra-microscope. Les résultats positifs de Comandon sont tous dus à sa technique de l'examen à l'éclairage indirect. C'est particulièrement dans les *entérites dysentériformes* qne l'on a voulu attribuer un rôle pathogène aux microbes spiralés, en particulier dans certaines dysenteries (spirillaires), décrites pour la première fois par le professeur Le Dantec (de Bordeaux) en 1900 et 1903. L'auteur observa ces « spirilles » au cours d'une entérite diphtéroïde sévissant alors dans le sud-ouest de la France, ainsi que dans deux cas de dysenteries des pays chauds. Chez ces deux derniers malades, leur nombre était tel qu'il n'hésita pas à les considérer comme pathogènes et qu'il conclut à une véritable « dysenterie spirillaire » se rapprochant cliniquement de la dysenterie amibienne par l'absence de fièvre, mais en différant par l'absence de complications hépatiques. P. Mühlens retrouve ces éléments spiralés décrits par Le Dantec, dans le sud-est africain, chez un soldat présentant un syndrome dysentérique avec association aux amibes de nombreux microbes spiralés. Doreau, en 1909, fit connaître un cas analogue qu'il observa en Abyssinie. Depuis, Rispal (de Toulouse) observa une dysenterie spiril-

(1) Dans la lecture de cette revue on notera l'emploi, d'après les auteurs, des termes de spirilles ou spirochètes. Dans l'état actuel de nos connaissances, il faut entendre par là l'expression plus générale et plus scientifique de microbes spiralés.

laire du même genre que celles décrites par Le Dantec. Enfin cette question semble être reprise tout dernièrement par Roux et Tribondeau, qui décrivirent un cas de « dysenterie amœbo-spirillaire ». L'examen microscopique permit en effet de déceler de nombreux amibes et une quantité considérable de fins « spirilles » analogues à ceux décrits par Le Dantec. Le malade traité par l'émétine guérit rapidement, l'action de cet alcaloïde de l'ipéca semblant être spirillicide. M. le professeur agrégé Tanon, qui avait participé aux recherches de P. Teissier et Richet fils, a bien voulu nous donner directement des renseignements au sujet d'un malade, par eux observé, et présentant également un syndrome dysentérique avec grande abondance de « spirilles », surtout dans les flocons muqueux, avec apparition de ces spirilles par moments seulement, variant plusieurs fois dans la même journée et absence d'amibes en grand nombre ou d'amibes libres, mais présence de très rares kystes d'amœba tetragena.

Il semblerait donc, d'après ces observations, que cette association amœbo-spirillaire fût assez fréquente et capable de déterminer des processus ulcéreux du gros intestin avec un syndrome clinique dysentériforme. On connaît bien du reste, actuellement, les dysenteries mixtes amœbo-bactériennes, nous venons de voir qu'il existe peut-être aussi des formes amœbo-spirillaires et même bactério-spirillaires. Dernièrement, en effet, MM. Denier et Huet publiaient un travail sur une épidémie de dysenterie bactérienne à Saïgon avec présence de microbes spiralés associés au bacille dysentérique.

Si cette question du rôle pathogène des spirilles dans les affections dysentériques est relativement récente, datant de 1900 avec Le Dantec, il semble que l'histoire des relations possibles du *choléra* et des microbes spiralés est relativement plus ancienne et a été l'objet de travaux assez nombreux. Déjà Kowalski, en 1884, à Paris, trouva, dans 11 cas de choléra, des « spirilles » dans les selles, ressemblant aux spirochètes de la bouche et de la fièvre récurrente. La même année, Escherich, à Naples, remarqua ces microbes dans les grains riziformes de cholériques. Lustig et Giaxa observèrent également des « spirilles » fins dans les déjections de cholériques, à la suite d'une épidémie survenue à Trieste, en 1886. Pendant l'épidémie de Tiflis, en 1892, Rechtsamer examina 200 cas de choléra et trouva dans les selles, à côté des vibrions cholériques, de grandes quantités de « spirilles » en S. Il constata, en outre, que plus il y avait de microbes spiralés, moins il y avait de vibrions et inversement, C'est ainsi qu'il nota la prédominance de vibrions au début de l'épidémie et inversement à la fin, obtenant alors des cultures presque pures de « spirilles ». Aufrecht, en 1893, à Magdebourg, fit les mêmes constatations dans les selles d'une femme morte après avoir présenté tous les signes de cette redoutable entérite épidémique. Les « spirilles » s'y trouvaient en quantité extraordinairement abondante, alors que les vibrions manquaient dans ce cas. Abel, à Swinemund, en 1894, décrivit aussi des « spirilles » dans les selles de cholériques, éléments ressemblant à ceux de Kowalski. D'après lui, il faut faire une distinction entre ces « spirilles » et les vibrions, ces microbes spiralés constituant une espèce microbienne bien déterminée. D'autres auteurs firent des observations analogues. Van Ermengen, à Paris, en 1885, Netter, à Saint-Denis et à Nanterre, en 1892, signalaient dans les selles de cholériques, la présence de fins « spirilles » non cultivables. Camara Pestana et Bettencourt, à Lisbonne, pendant l'épidémie de 1894, constatèrent également leur existence. Cliniquement, l'épidémie qu'ils étudièrent revêtit une allure bénigne de cholérine, véritable gastro-entérite. Cellic Santori, à Rome, en 1894, Sakaroff déjà en 1893 confirment ces observations. Dans des recherches plus récentes, de nouveaux auteurs signalèrent la présence de ces microbes spiralés chez des cholériques, en particulier, Nicolle, à Constantinople, puis, en 1905, Mühlens, à Berlin, qui les retrouve en grand nombre dans les selles de cholériques. Von Prowazek est frappé également de la fréquence et de l'abondance extraordinaire de ces éléments dans les selles des cholériques. En 1911, Capellani publia un travail particulièrement intéressant sur cette question de l'importance de la symbiose entre les « spirochètes » et le vibrion cholérique. Il les a trouvés dans tous les cas graves et il pense qu'ils favorisent la culture du vibrion et la formation d'endotoxines.

Dans ces derniers temps, enfin, MM. Sergent, Nègre, Bregeat et Vivien dans des notes bactériologiques relevées pendant l'épidémie de choléra de l'Oranie, en 1911, reviennent également sur cette question et signalent la présence de fins « spirilles » associés aux vibrions, chez un porteur de germes présentant une excrétion persistante pendant plusieurs mois de vibrions très virulents. Des 8 personnes qui furent en contact avec ce porteur de virus, 7 furent contaminées et 4 en sont mortes, alors que le porteur ne présentait aucun symptôme. Pour terminer cette étude, nous devons signaler le travail si intéressant de M. le médecin-major Conor, sous-directeur de l'Institut Pasteur, de Tunis, relatif à l'épidémie tunisienne de choléra, de 1911. D'après cet auteur, la présence de « spirilles » est très fréquente dans les selles des malades. Nous conclurons, pour terminer, que la présence des microbes spiralés est relativement fréquente dans les selles de cholériques; que les nombreux auteurs qui se sont occupés de la question sont partagés sur leur rôle pathogène, les uns pensant que la présence de ces éléments est un fait banal; c'est en particulier l'opinion d'Abel, d'Escherich, de Lustig et Giaxa; d'autres croyant, au contraire, à l'importance de ces éléments comme agents pathogènes : Kowalski, Aufrecht, Rechtsamer, Capellani, Conor, Mühlens et von Prowazek pensent ainsi. Souvent, toutefois, on a remarqué que l'abondance des microbes spiralés coïncidait avec des formes graves (Aufrecht) ou avec le maximum d'intensité des épidémies (Rechtsamer).

Il semble aussi que l'asociation au vibrion de Koch ne soit pas nécessaire à ces microbes spiralés pour déterminer un syndrome cholériforme : le *choléra nostras*. Déjà, Fürbringer citait un cas de choléra nostras, sans vibrions et avec « spirilles », puis Aufrecht

rencontra à son tour une quantité extraordinaire de ces éléments dans les selles d'une femme morte au milieu d'un syndrome cholériforme, en l'absence de vibrions de Koch. Pendant les fortes chaleurs de l'été 1911, ces « spirilles » ont été rencontrés par Joltrain et Maillet, à Paris, au cours de syndromes cholériformes à allure épidémique. Il est vrai que ces auteurs n'attachèrent aucune importance à leur présence. Enfin, MM. J. Courmont et Lesieur étudièrent particulièrement cette question. Ils observèrent deux cas d'entérites cholériformes mortelles. Dans une des observations, ces éléments semblaient associés à du bacille vert de Lesage, dans l'autre, à du protéus. L'allure épidémique familiale remarquée par les auteurs (en effet, les membres de la famille des deux malades présentèrent de la diarrhée), la gravité exceptionnelle et l'allure foudroyante de ces deux cas, frappèrent vivement l'attention de MM. J. Courmont et Lesieur. Dans notre thèse nous rapportons un cas analogue observé également à Lyon par le docteur Dufourt. Dans cette entérite cholériforme dont l'évolution rapide se termina également par la mort du sujet, ce dernier observateur nota l'abondance du coli-bacille associé à des spirilles extraordinairement nombreux à l'examen direct.

De l'ensemble de cette revue générale il résulte que la présence des microbes spiralés est liée à une foule de syndromes gastro-intestinaux. Il nous restera maintenant à déterminer leur rôle pathogène dans ces différents états pathologiques après en avoir fait une étude microscopique.

II

Etude microscopique. — La présence des microbes spiralés dans les selles étant en relation avec une multiplicité de syndromes gastro-intestinaux à étiologie microbienne très variable, seuls, les examens bactériologiques permettent la détermination de ces affections spirillaires.

Pour cette étude, nous conseillons deux ordres d'examens des frottis : la méthode colorante au moyen du Ziehl dilué au 1/10 et la méthode de l'examen direct au moyen d'un condensateur à éclairage latéral : l'ultra-microscope. On emploiera aussi, avec avantage, la méthode de Burri ou de l'encre de Chine.

Si on examine un frottis coloré au Ziehl dilué suivant la méthode de Le Dantec, on observe que ces microbes spiralés se colorent faiblement, que l'altération des préparations est rapide, qu'ils se décolorent par la méthode de Gram. Généralement enchevêtrés par petits amas de 3 à 5 éléments, ces microbes sont assez nombreux et on en rencontre dans presque tous les champs du microscope. Les éléments spiralés isolés et situés en dehors des amas sont très fins, d'une longueur de 8 à 12 μ environ, offrant une forme spiralée à 3 ou 4 ondulations, à extrémités effilées. Tous les auteurs s'accordent, il nous semble, dans cette description. On observe, en outre, en général, l'association de ces éléments à d'autres microbes, tels que le bacille fusiforme, le coli-bacille, le protéus, le bacille vert de Lesage, l'amibe de la dysenterie, le bacille dysentérique, le vibrion de Koch enfin, comme le remarque principalement Capellani. Pour compliquer cette étude morphologique, il nous faut signaler que certaines formes spirillaires que nous trouvons dans le contenu intestinal ne sont pas simples, mais constituées par la juxtaposition de bacilles, de vibrions, accolés par leurs extrémités pour former des filaments spiralés simulant un spirille. Nous croyons que ces figures spirillaires sont relativement fréquentes et peuvent être la cause d'erreurs morphologiques importantes.

L'usage de l'ultra-microscope, vulgarisé surtout par Comandon et Gastou pour l'étude des spirochètes, nous rend actuellement d'immenses services, présentant surtout l'avantage d'éviter l'altération et la mort de ces éléments microbiens, ce qui nous permet de faire une étude biologique de ces microbes spiralés. De l'ensemble des travaux qui s'occupent de cette question, il résulte qu'il faut distinguer, parmi les spirochètes intestinaux, trois grandes variétés : les grands spirochètes A d'une longueur variable de 5 à 30 μ avec de grandes ondulations, aux extrémités amincies, ne présentant que des mouvements de reptation ; les petits spirochètes B très différents, d'une longueur de 3 à 12 μ, avec 4 à 5 spires serrées, affectant des mouvement de pro et de rétropulsion, se déplaçant en pas de vis ; les spirochètes intermédiaires que P. Teissier et Ch. Richet fils classent en trois sous-variétés : le spirochète α ayant les spires du spirochète B et la motricité du spirochète A ; le spirochète β se contractant comme A et étant mobile comme B ; le spirochète γ qui ressemble au spirochète dentium et que l'on retrouve sur les organes génitaux dans les processus ulcéreux. Cette étude que nous devons aux deux auteurs parisiens précédemment désignés avait déjà fait l'objet d'une description avec Mühlens et Werner qui décrivirent de grands et petits spirochètes intestinaux, ce dernier auteur les désignant sous les noms de spirochæta eurygyrata et spirochæta stenogyrata.

Si l'on tient compte des recherches de Veillon sur les microbes spiralés de la bouche, on constate que cette étude est similaire et que par conséquent la flore spiralée intestinale est aussi polymorphe que celle de la cavité buccale.

De cette courte étude, il semble qu'il faille distinguer entre les microbes spiralés un groupe tout spécial et prédominant dans notre flore intestinale, nous voulons spécifier les *spirochètes*, protozoaires voisins des trypanosomes, famille intermédiaire entre les bactéries et les flagellés. C'est en particulier l'avis de Mesnil, de l'Institut Pasteur, si compétent en morphologie des infiniment petits. Ces microbes spiralés, spirochètes, auraient comme caractères distinctifs en plus de leur décoloration par le Gram, de leur difficulté de colorabilité, de leurs mouvements spéciaux, ce grand caractère de l'incultivabilité sur les milieux usuels, alors que les spirilles du règne végétal se développeraient bien sur tous les milieux. Il est vrai qu'à l'heure actuelle, grâce aux perfectionnements de technique, les milieux à base de sérum, en particulier les milieux de Noguchi utilisés avec succès pour la culture des microbes spiralés de la bouche et du tréponème,

pourraient également permettre leur reproduction et leur culture sur ces milieux spéciaux. Ce jour-là, les cultures pures permettront peut-être une expérimentation fructueuse pour la connaissance de leur rôle pathogène. En attendant, on ne sait encore que peu de choses à ce sujet. Déjà Le Dantec signalait que la dysenterie spirillaire était peut-être transmissible au chien, car un de ses malades lui avait raconté que son chien, ayant mangé une partie de ses mucosités, qu'il venait d'évacuer, fut atteint de dysenterie quelques jours après.

MM. Niclot et Marotte donnèrent à un chien, pendant une semaine, mêlé à ses aliments quotidiens, la valeur de deux cuillerées à bouche de pus reconnu stérile par les cultures et l'examen direct et provenant d'un kyste suppuré à la suite de la dysenterie. Au bout de dix jours ils produisirent ainsi expérimentalement des accidents dysentériformes et dans les mucosités on trouva le spirochète et le bacille fusiforme en abondance. Après la guérison on constata de nouveau que la flore microbienne était redevenue normale.

Le professeur Blanchard détermina de même un état dysentérique chez un chien, à qui il faisait ingérer l'exsudat à fausses membranes d'une angine de Vincent.

Malgré ces quelques résultats on est encore très peu avancé dans ces tentatives expérimentales et P. Teissier et Richet fils essayèrent en vain de reproduire expérimentalement une entérite à microbes spiralés.

III

Etiologie et pathogénie. — Les syndromes gastro-intestinaux ayant une origine souvent hydrique nous nous sommes demandé, si l'infection spirillaire n'était pas liée à une contamination des eaux. Or il résulte des recherches de Comandon, que la symbiose fuso-spirillaire se trouve souvent dans l'eau où ont croupi des matières végétales. Il n'est donc pas impossible que cet élément entre en ligne de compte dans l'étiologie de ces infections spirillaires, comme en témoignent encore Miquel et Gambier qui trouvent souvent des spirilles, dans leurs analyses bactériologiques de l'eau des puits par exemple, surtout au contact de la vase du fond. Il nous semble aussi, à notre avis, que les animaux, en particulier les animaux domestiques surtout le chien et le chat, pourraient être des agents de transmission de ces microbes, dont ils sont souvent les vecteurs, porteurs de germes sains le plus souvent, mais malades quelquefois même, car des travaux de Lucet, de Faisix et de Thiry il résulterait que la gastro-entérite hémorragique du chien serait souvent liée à une infection spirillaire.

A côté de cette origine exogène on pourrait admettre aussi une origine endogène. Dans ces cas l'infection gastro-intestinale pourrait être liée à un état pathologique buccal comme le pensent en particulier Fairise et Thiry qui constatèrent la coexistence de lésions buccales et intestinales dans leur enzootie canine. MM. Niclot et Marotte observèrent également un militaire qui, atteint à deux reprises d'une angine ulcéro-membraneuse de Vincent, présenta consécutivement à chaque crise angineuse une poussée de coliques appendiculaires comme nous l'avons déjà noté. Déjà Escherich pensait que, dans ses cas d'entérites mortelles survenus chez des enfants, ces spirilles étaient des hôtes normaux de la bouche qui immigrèrent dans l'intestin, quoique les spirilles manquent dans la bouche sans dents des nourrissons. Il suppose qu'ils ont dû pénétrer de bonne heure avec les aliments et végéter en parasites au niveau du cæcum.

P. Teissier et Richet fils sont déjà beaucoup moins affirmatifs et ils se bornent à supposer que ces microbes spiralés proviennent peut être des premières voies digestives, mais ils ajoutent qu'ils pourraient aussi se développer dans l'ampoule rectale et remonter dans le côlon.

Enfin, Werner pense qu'il n'y a aucune identité possible entre les spirochètes intestinaux et ceux de la bouche. Il croit que ces microbes spiralés sont extraordinairement fréquents dans le tractus intestinal, aussi bien chez les gens bien portants que chez les malades. Cependant, il croit que certaines causes peuvent favoriser leur pullulation et les rendre pathogènes. Avec Teissier et Richet fils, il semble que le jeune âge, la température élevée des étés particulièrement chauds, un état inflammatoire catarrhal de la muqueuse intestinale préexistant, sont des facteurs prédisposants, favorisant cette pullulation de germes jusque-là saprophytes et vivant en petite quantité au niveau des orifices glandulaires de la muqueuse intestinale. Il en résulterait ainsi, que ces microorganismes seraient capables d'acquérir une virulence passagère inusitée, jouant un rôle de satellisme avec un agent étiologique plus caractérisé et moins banal, tel que le bacille fusiforme, l'amibe dysentérique, le bacille dysentérique, le vibrion de Koch, le protéus, le coli, le bacille vert de Lesage, masqué en quelque sorte par l'abondance des spirilles qui trouvent dans les ulcérations épithéliales un terrain de culture favorable. C'est en particulier l'avis de MM. Troussaint et Simonin.

On s'expliquerait également ainsi pourquoi la présence de ces éléments spiralés n'est pas signalée comme habituelle dans les matières fécales (Miquel et Gambier).

Cette infection associée, par symbiose microbienne, pourrait être ainsi le point de départ d'accidents simulant un état infectieux évoluant pour son propre compte.

Peut-être aussi faut-il admettre l'existence dans l'intestin de microbes spiralés pathogènes se développant accidentellement, à côté de germes spiralés saprophytiques, ces derniers existant normalement dans l'intestin (Le Dantec).

Avec Rispal, nous pensons que ce problème pathogénique appelle encore de nouvelles recherches, car la démonstration de l'action pathogène et spécifique de ce parasite n'a pu être encore donnée, ne satisfaisant pas aux exigences habituelles de cultivabilité et de reproduction expérimentale de leur rôle pathogène.

IV

Pronostic et traitement. — Partant de nos conceptions pathogéniques, nous pouvons donc considérer l'infection spirillaire comme une complication d'un état pathologique antérieur, se surajoutant pour ainsi dire à lui, et aggravant par conséquent le pronostic. Les entérites cholériformes à allure épidémique observées par MM. J. Courmont et Lesieur confirmeraient cette hypothèse, en raison de la gravité particulière de ces cas terminés tous par la mort.

Déjà Aufrecht, en 1893, attachait une grande importance à leur découverte, concluant que tous les malades qui sont porteurs de ces microbes spiralés doivent être soigneusement surveillés.

Kowalski, Rechtsamer, Capellani considèrent également que l'association au vibrion de « spirilles » est un caractère de gravité.

Nous pensons aussi que cette localisation intestinale peut se compliquer d'un état septicémique comme dans l'observation, rapportée par Thiroloix et Durand, d'une femme présentant une spirochétémie consécutive à une appendicite aiguë. Traitée par le salvarsan en injections intraveineuses la malade guérit rapidement, ce qui nous conduit à émettre quelques considérations relatives au traitement de ces infections spirillaires qui relèvent, à notre avis, de plusieurs indications intéressantes.

Les antiseptiques intestinaux modifiant le chimisme intestinal, pourraient transformer heureusement le milieu favorisant en un terrain impropre à la culture de ces microbes spiralés, en particulier le calomel aurait une action « spirillicide » pour P. Teissier et Ch. Richet qui constatèrent que les faibles doses ingérées de ce médicament affectent rapidement leur vitalité.

On sait aussi, avec Le Dantec, que les microbes spiralés sont surtout abondants dans les parties muqueuses des matières fécales. Ce fait indiquerait la tendance qu'ils ont à proliférer dans la muqueuse intestinale plutôt que dans les matières fécales. De ce que ces microbes spiralés sont des parasites de surface, dont l'action propre paraît se borner à creuser les revêtements cutanés et muqueux, il résulte que les lavages antiseptiques du gros intestin, au moyen de l'entéroclyse, font disparaître rapidement ces microbes spiralés. On pratique ces lavements avec de l'eau boriquée, de l'eau oxygénée ou permanganatée ou même avec une solution de salvarsan.

Il existerait enfin un traitement spécifique, l'action parasitotrope et spirillicide de ce dernier médicament ayant donné à Thiroloix et Durand de si bons résultats. L'émétine employée par Roux et Tribondeau dans une dysenterie amœbo-spirillaire jouirait, d'après ces auteurs, d'une action également spirillicide. Le bleu de méthylène aurait également une propriété parasiticide vis-à-vis des microbes spiralés. Ces agents thérapeutiques spécifiques nous font espérer que cette infection spirillaire deviendra bénigne, si toutefois on y pense cliniquement et en s'aidant du laboratoire par des examens microscopiques des frottis prélevés sur des selles suspectes.

BIBLIOGRAPHIE

ABEL. Ueber das Vorkommen feiner Spirillen in Dejektionen Cholerakranker, *Centralbl. f. B. u. P.*, 1894, Bd XVI, p. 213.

AUFRECHT. Ueber den Befund feiner Spirillen in Dejektionen einer unter Cholerasymptomen gestorbenen Frau, *Centralbl. f. B. u. P.*, 1894, Bd XVI, p. 405.

BALL et ROQUET. Spirochètes et affections gastro-intestinales hémorragiques, *Bull. et mém. de la Soc. des sc. vétér. de Lyon*, 1911, p. 158.

CAPELLANI. L'importance de la symbiose entre les spirochètes et le vibrion cholérique, *Bol. della Soc. ital. di med. ig. col.*, 1911.

Camara PISTANA et BETTENCOURT. Ueber das Vorkommen feiner Spirillen in den fœces, *Centralbl. f. B. u. P.*, 1897, p. 522.

J. COMANDON. Th. de Paris, 1909; — *Arch. de parasitol.*, 1909.

CONOR. Etude bactériologique de l'épidémie tunisienne de choléra de 1911, *Arch. de l'Institut Pasteur de Tunis*, 1912, n° 1.

J. COURMONT et LESIEUR. Entérite cholériforme à spirilles et à bacilles verts, *Lyon méd.*, 7 mai 1911 ; — Entérites estivales cholériformes, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 19 déc. 1913, p. 848; — *Traité de bactériologie* de J. Courmont, coll. Testut, p. 784.

DENIER et HUET. La dysenterie à Saïgon, *Bull. de la Soc. de méd. indo-chinoise*, mai 1912.

DOPTER. *Traité des dysenteries.*

DOREAU. *Ann. d'hyg. et de méd. col.*, 1909, p. 17.

ESCHERICH. Notiz zu dem Vorkommen feiner Spirillen in diarrheischen Dejektionen, *Centralbl. f. B. u. P.*, 1894, t. XV, p. 408.

FAIRISE et THIRY. Gastro-entérite hémorragique avec bacillus hastilis et spirochæta Vincenti chez le chien, *Arch. de parasitol.*, 10 juillet 1913, p. 177.

FÜRBRINGER. Tödlicher « Cholera Verdächtiger » Fall Cholera Nostras, *Deut. med. Woch.*, 1892, n° 34, p. 768.

GERBER. Ueber Spirochäten in den Oberen Luft u. Verdaungswegen, *Centralbl. f. B. u. P.*, 1910, Bd LVI, p. 508.

GRIMM. *Aerzt. Beob. auf Yeso*, Berlin 1900, s. 30 u. 31.

GUIART. *Traité de parasitol.*, p. 185.

HASSENFORDER. *Contribution à l'étude des microbes spiralés de l'intestin et de leur rôle pathogène*, Th. de Lyon, 1913-1914.

HAYEM et LION. *Maladie de l'estomac*, coll. Gilbert et Thoinot, 1913, p. 213-239.

JOLTRAIN et MAILLET. Syndromes cholériformes, *Presse méd.*, 13 sept. 1911.

KOWALSKI. Zur Note der Herren Lustig u. Giaxa über das Vorkommen von feinen Spirillen in den Auslecrungen von Cholerakranker, *Centralbl. f. B. u. P.*, 1894, t. XVI, p. 321.

LE DANTEC. La dysenterie spirillaire, *Gaz. hebd. de la Soc. méd. de Bordeaux*, 1900, p. 194-196; — *Précis de pathologie exotique*, t. II, p. 79.

LUCET. Sur la présence de spirochètes dans un cas de gastro-entérite hémorragique chez le chien, *Bull. de la Soc. de méd. vétérin.*, Paris 1910, p. 376-379.

MÜHLENS. Vergleichende Spirochätenstudien, *Zeit. f. Hyg. u. Inf.*, 1907, p. 405; — Spirochäten bei Menschen u. Tieren in den Tropen, *Deut. milit. Zeit. f. An.* 1912, p. 722.

NICLOT et MAROTTE. Angine et stomatite à bacille fusiforme et à spirille, *Revue de méd.*, avril 1901, p. 319-352.

VON PROWAZEK. Bericht über medizinische Biobachtungen auf Savaii und Manono (Samoa), *Arch. f. Sch. u. Inp.*, 1911, s. 409-421, mit Abbildung.

RECHTSAMER. Ueber die feinen Spirillen in Dejektionen Cholerakranker, *Centralbl. f. B. und P.*, 1894, Bd XV, p. 795.

REGAUD. Les spirilles parasites des glandes gastriques du chien et du chat, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1909, p. 617.

RISPAL. Dysenterie spirillaire, *Province méd.*, oct. 1910, n° 44, p. 451.

ROUX (G.) et TRIBONDEAU. Action de l'émétine dans quelques formes spéciales d'amibisme et par analogie avec une d'elles dans la syphilis, *Bull. de la Soc. de pathol. exotique*, t. VI, séance du 11 juin 1913.

SERGENT, NÈGRE, BREGEAT et VIVIEN. Notes bactériologiques relevées pendant l'épidémie cholérique de l'Oranie en 1911, *Bull. de la Soc. de pathol. exotique*, séance du 11 déc. 1912.
TEISSIER (P.) et Ch. RICHET fils. Spirochètes de l'intestin. Conditions de leur présence. Leur rôle pathogène dans certains états de l'intestin, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1911, p. 775.
THIROLOIX et DURAND. Spirochétémie au cours d'une appendicite aiguë avec hémo et séro-culture, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1911, p. 653.
TROUSSAINT et SIMONIN. Dysenterie spirillaire et diarrhée à protozoaires hématophages du côlon, *Caducée*, 1905, n° 2, p. 21.
WERNER. Ueber Befunde von Darmspirochäten beim Menschen, *Centralbl. f. B. und P.*, 1909, Bd LII, p. 241.

DE L'ACTION
DES
ÉTHERS GRAS IODÉS DANS LA SYPHILIS

(Étude clinique.)

Par M. FRANCISQUE GERBAY,
Interne à Saint-Lazare.

Des nombreux cas de syphilis que nous avons traités à Saint-Lazare dans le service de notre maître le docteur Lévy-Bing, il ressort que les composés arsenicaux nouveaux ont fait délaisser trop souvent la médication iodée et que cet abandon est peut-être un peu prématuré, car l'iode rend encore dans la thérapie de la syphilis des services nombreux et importants.

« L'iode agit, écrit Lortat-Jacob (1), en exagérant l'activité du tissu lymphoïde, qui fabrique des macrophages dont le rôle intervient à une période tardive des affections pour débarrasser l'organisme des déchets cellulaires ou microbiens. »

Il agit aussi comme suractivant de la nutrition, et accessoirement sur le cœur, la circulation et la respiration.

Il a ainsi, à la fois, une action antitoxique et dépurative, une action de drainage, et suivant les considérations de Pouchet, « il est une circonstance dans laquelle toutes les qualités que nous venons de passer en revue sont utilisées : c'est dans l'application du traitement ioduré aux accidents tertiaires de la syphilis, vis-à-vis desquels l'iode manifeste une véritable action spécifique ».

Malheureusement, si la puissance de diffusion de KI est « vertigineuse », son élimination l'est également, et elle l'est d'autant plus que la dose d'iodure ingérée est plus grande.

Un traitement ioduré énergique oblige cependant à donner de fortes doses, et à risquer ainsi tous les accidents de l'iodisme, surtout s'il s'agit de traiter certaines manifestations spécifiques siégeant sur certains tissus peu accessibles à l'iodure.

En analysant avec soin les reproches que l'on a faits à la médication iodopotassique, on peut les classer en deux catégories :

1° Ceux résultant de la susceptibilité particulière de certains sujets vis-à-vis de l'iode, — iodisme;

2° Ceux relatifs à son inefficacité sur certains accidents spécifiques.

C'est ainsi qu'Emery et Chatin ont pu écrire, dans leur *Thérapeutique clinique de la syphilis* : « Mais l'iodure guérit-il tous les accidents tertiaires? Malheureusement non, et de l'aveu même de ses partisans les plus acharnés, l'iodure reste sans effet sur un grand nombre d'accidents tertiaires, et notamment sur les syphilides tuberculeuses sèches, diffuses ou en nappes, les scléroses linguales et nombre de scléroses viscérales; l'iodure est un médicament inconstant... » Et plus loin, à propos de l'échec de la médication iodurée dans la parasyphilis, les mêmes auteurs disent : « Au reste, ce résultat n'a rien qui doive nous surprendre, l'iodure étant un agent infidèle et inconstant dans les processus sclérogènes, à évolution lente. »

D'autre part l'action bienfaisante des iodures n'est pas générale, elle ne s'étend pas également à toutes les parties de l'organisme; il en est même qui en sont presque complètement privées. Le corps thyroïde, les testicules, les glandes mammaires et salivaires, l'appareil lymphatique, les reins, les poumons détournent presque tout l'iode à leur profit; le foie, la rate, le pancréas en fixent fort peu; le tissu nerveux n'en retient pas en quantité appréciable.

Ainsi donc le médicament précieux qu'est l'iodure, le résolvant qui « agit presque toujours avec une intensité d'action thérapeutique et une rapidité vraiment extraordinaires » (Fournier) doit, dans certains cas, être délaissé à cause d'accidents d'administration ou d'inefficacité.

Il était donc intéressant de rechercher un moyen d'obvier à ces inconvénients en fixant l'iode dans l'organisme pour un temps assez long, et en le fixant sur les points de l'organisme où son action est utile, sans recourir à l'administration massive d'un médicament irritant.

Suivant une terminologie assez récente, il fallait trouver un composé polytrope, et neurotrope en particulier.

* * *

On a donc proposé pour remplacer l'iodure de potassium un assez grand nombre de composés iodés de divers types, dont les plus intéressants sont les dérivés iodés des acides gras. De nombreuses études ont été consacrées à ces composés iodés nouveaux; il faut citer en particulier les travaux de Cloez, de Merck, de Pillement (1), de Boix (2), de Bellencontre (3), de Lafay (4).

Assez récemment la question a été reprise avec plus de méthode par MM. O. Loeb et R. von den

(1) LORTAT-JACOB. *L'iode et les moyens de défense de l'organisme*, Th. de Paris, 1903.

(1) PILLEMENT. *Action physiologique et clinique des huiles iodées*, Th. de Nancy, 1901.

(2) BOIX. Technique des injections d'huile iodée, *Arch. gén. de méd.*, avril 1912.

(3) BELLENCONTRE. Les huiles hyperiodées en thérapeutique oculaire, *Congrès d'ophtalmologie*, mai 1912.

(4) LAFAY. Les huiles iodées, *La Syphilis*, nos 3 et 6, 1903 et nos 2, 3, 4, 1904.

Velden (1). Dans leurs recherches sur les composés iodés, ces pharmacologues se sont arrêtés aux dérivés iodés des acides gras, les étudiant au point de vue de l'absorption, de la distribution, de l'élimination, de la dissociation et de l'accumulation de l'iode. Leurs expériences ont porté aussi bien sur l'homme que sur l'animal, à l'état normal comme à l'état pathologique.

Ils étudièrent notamment la monoiodisovalérianylurée, l'huile de sésame iodée, et les acides gras de l'huile de sésame iodée, le monoiodobéhénate de calcium, l'acide diiodoélaïdique, l'acide diiodobrassidique et un grand nombre de ses composés.

Ces auteurs furent ainsi amenés à conclure que l'éther éthyldiiodobrassidique était, de toutes ces substances, celle qui répondait le mieux aux desiderata de la clinique. L'éther éthylique de l'acide diiodobrassidique est un corps gras, cristallisé, insipide, fusible à 37 degrés, et dont la formule est



$$C^{19}H^{39}CI = CI - CO^2C^2H^5;$$

sa teneur en iode est de 41,06 p. 100, ce qui correspond à cette formule ; on le désigne communément sous le nom de lipoiodine. Ingéré, ce corps ne se décompose pas dans le tube digestif et n'y met pas d'iode en liberté. Son absorption est lente et on ne décèle l'iode dans les urines qu'à partir de la deuxième heure ou au cours de la troisième. Son élimination est lente également : 5 p. 100 de l'iode ingéré sont éliminés au bout de cinq heures ; 50 p. 100 au bout de vingt heures ; 85 p. 100 au bout de cent heures ; l'élimination est toujours complète au bout de cent vingt heures.

Examinant la fixation de l'iode sur les divers tissus et organes, les auteurs ont trouvé sur le lapin, douze heures après l'ingestion, une proportion d'iode relativement considérable fixée sur les tissus adipeux : 1 milligramme par gramme de graisse sèche ; cet éther est donc nettement lipotrope.

De telles données permettaient de prévoir une action générale, lente mais régulière, facile à entretenir par de nouvelles doses sans qu'on soit obligé de recourir aux administrations massives et répétées que nécessitent les iodures alcalins.

Cette action a été établie en clinique par plusieurs auteurs, en particulier par Roth (de Budapest), Leroy (de Nice), Ribollet (de Lyon). Après eux, nous avons voulu expérimenter à notre tour et au point de vue plus particulier du traitement de la syphilis, l'éther éthylique de l'acide diiodobrassidique.

Nous rapportons ici quelques observations choisies parmi celles qui nous ont paru les plus intéressantes et les plus démonstratives au cours d'assez nombreux essais sur une soixantaine de malades. Nous n'avons vu chez aucune de ces malades se manifester les moindres symptômes d'intolérance même chez celles qui en avaient présentés antérieurement avec l'iodure.

Cette médication, rapidement efficace et facilement acceptée, constitue pour nous un mode préférable à tous les autres de l'administration de l'iode, sur les propriétés spécifiques duquel tous les syphiligraphes sont d'accord.

Observation I. — Marie V..., vingt-trois ans. Entre dans le service le 24 mai 1913 pour une céphalée très intense datant d'une vingtaine de jours.

Premiers accidents syphilitiques en juin 1912 (plaques papulo-hypertrophiques de la vulve, plaques muqueuses buccales). Soignée à cette époque à Saint-Lazare où elle reçut six piqûres d'huile grise et douze piqûres de benzoate. Sortie de Saint-Lazare après la disparition de ces accidents (début août 1912), la malade eut de nouveau à deux reprises, novembre 1912 et janvier 1913, des plaques muqueuses vulvaires pour lesquelles on lui fit deux séries de six injections d'huile grise à 0g06, dont la dernière fin février 1913. Actuellement aucun accident ni muqueux, ni cutané, mais une céphalée très forte, depuis une vingtaine de jours, continue, avec exacerbation le soir, qui empêche souvent le sommeil. Wassermann positif (H°). La ponction rachidienne amène un liquide légèrement hypertendu avec lymphocytose (20 lymphocytes par champ). Légère augmentation de l'albumine.

La malade est mise au traitement par la lipoiodine, trois comprimés les deux premiers jours, quatre comprimés à partir du troisième jour.

5 juin 1913. Très grande amélioration. La malade peut dormir, les accès douloureux sont moins vifs.

7 juin 1913. La céphalée est à peu près complètement disparue. Légère sensation de lourdeur le soir vers six à sept heures.

10 juin 1913. La malade n'accuse plus aucune souffrance. Aucun symptôme d'intolérance n'a été relevé. Le traitement mercuriel (huile grise) est institué.

***

Obs. II. — Alice B..., dix-neuf ans.

Entre dans le service le 3 juillet 1913 pour roséole papuleuse généralisée à éléments très rapprochés, surtout sur le thorax et la région inguino-crurale, de dimensions variables; les plus grosses papules ont 1 centimètre de diamètre, leur teinte est rouge vif. Wassermann = H°.

4 juillet. Première injection de biiodure à 0,02 par centimètre cube.

15 juillet. La malade a reçu 10 piqûres de biiodure. Amélioration peu marquée; sur les bras et les membres inférieurs les papules sont légèrement pâlies et affaissées. Pas de modification sur le tronc et les cuisses, où l'infiltration est particulièrement marquée.

A ce moment nous administrons à la malade 4 comprimés de lipoiodine par jour et supprimons momentanément le biiodure.

18 juillet. Amélioration manifeste. Affaissement marqué des lésions des régions inguino-crurale et thoracique. Teinte cuivrée générale de tous les éléments.

24 juillet. Guérison complète de tous les accidents cutanés. Une légère teinte cuivrée persiste en certaines régions.

Pas d'accidents d'intolérance. La malade est remise au biiodure.

***

Obs. III. — Pauline J..., vingt et un ans.

Entre dans le service le 27 juillet 1913 pour syphilides papulo-squameuses. Syphilitique depuis trois ans, soignée très irrégulièrement par l'huile grise. A eu des accidents cutanés et muqueux à diverses reprises.

Actuellement rien aux organes génitaux. A la bouche on note une teinte légèrement opaline des deux piliers antérieurs

(1) O. Loeb et R. von den Velden. Les bases de la médication iodée interne à l'aide des dérivés iodés des acides gras, *Therapeutische Monatsheft*, 1911.

et une langue présentant sur les deux bords de légères traînées leucoplasiques.

Enfin on constate sur la face antérieure du thorax et les flancs des éléments papulo-squameux, isolés, en petit nombre, dont le plus gros a les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Leur coloration varie du rouge vif à la teinte cuivrée. Nous mettons de suite cette malade au traitement par la lipoiodine (3 comprimés par jour).

3 août 1913. Affaissement complet de tous les éléments papuleux qui ont tous passé à la teinte cuivrée pâle. Le médicament est très bien toléré.

6 août 1913. Aucune trace de lésions cutanées si ce n'est un très petit élément sur le sein gauche. Aucun signe d'intolérance.

* * *

Obs. IV. — Jeanne L..., trente-quatre ans.

Entre dans le service le 7 juin 1913.

Elle présente une tuméfaction de la dimension d'une grosse noix à la partie antéro-interne inférieure de l'avant-bras gauche, tuméfaction indolore, nettement fluctuante, située dans l'épaisseur musculaire, adhérente à la peau, qui est amincie.

En somme, nous avons devant nous tout l'aspect clinique de la gomme. Wassermann = H°.

Lipoiodine à la dose de 4 comprimés par jour.

12 juin. La sensation de fluctuation n'est plus perceptible. On a sous les doigts un noyau induré de la dimension d'une petite noix. La peau a repris son aspect normal.

19 juin. Guérison complète.

* * *

Obs. V. — Madeleine C..., vingt-sept ans.

Entre dans le service le 27 juin 1913 pour une tuméfaction non douloureuse à la partie antéro-interne de la jambe droite.

Syphilitique depuis huit ans (mai 1905), la malade aurait été soignée régulièrement pendant deux ans par des injections d'huile grise (7 séries de 6 piqûres en deux ans).

Les plaques muqueuses et vulvaires avaient rétrocédé assez rapidement. Depuis 1907, traitement très irrégulier, presque nul, trois piqûres d'huile grise en 1909 à l'occasion d'accidents vulvaires, quatre piqûres fin 1910. Aucun accident depuis 1909.

Actuellement, gomme de la dimension d'une pièce de 2 francs, très légèrement douloureuse au palper; intéressant le tissu osseux, elle siège à environ 5 centimètres au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia.

La malade à partir du 29 juin prend 4 comprimés de lipoiodine par jour. Le 8 juillet, affaissement très marqué de la tuméfaction. Le médicament est très bien supporté.

Le 12 juillet. La trace de la gomme ne se manifeste plus que par une très légère surélévation osseuse. La malade est mise au traitement mercuriel (huile grise).

* * *

Obs. VI. — Jeanne L..., dix-huit ans.

Vient consulter (28 mai) au dispensaire Barthélemy pour ulcérations multiples, ouvertes depuis huit jours, siégeant à la partie externe de la jambe droite, immédiatement au-dessous du genou. La malade présente des stigmates certains d'hérédo-spécificité : voûte ogivale, dents d'Hutchinson, kératite de l'œil droit. De plus vers dix, douze ans, ses oreilles ont coulé.

Les lésions dont il s'agit, au nombre de trois, présentent l'aspect caractéristique des gommes syphilitiques ouvertes. La plus grosse est de la dimension d'une pièce de 2 francs, la plus petite d'une pièce de 50 centimes.

Petits ganglions dans l'aine correspondante, sans caractères. Bon état général.

Le traitement à la lipoiodine est institué : 3 comprimés par jour (correspondant à 0g90) pendant les trois premiers jours; 4 comprimés les jours suivants.

Nous revoyons la malade huit jours (4 juin) après le début du traitement : les lésions sont en partie comblées, le fond bourgeonne activement.

Au bout de quinze jours (11 juin), tout est cicatrisé; il subsiste simplement un peu d'infiltration.

La tolérance pour le médicament a été parfaite. Le traitement mercuriel n'a été institué qu'après la cicatrisation des lésions.

* * *

Obs. VII. — Angèle C..., soixante et un ans.

Hospitalisée à Saint-Lazare. Syphilitique depuis l'âge de dix-huit ans, traitée insuffisamment.

Présente actuellement (3 juillet 1913), au point de vue fonctionnel : dyspnée constante avec paroxysmes qui l'immobilisent au lit, gêne et douleurs précordiales, palpitations.

A l'examen, voussure légère à la partie supérieure du sternum, matité aortique augmentée, hypertrophie cardiaque, pas de battements nets.

A l'auscultation, double souffle aortique. Congestion des bases.

Artères dures, 23 au sphygmomano de Potain, pas d'œdème. La malade est mise à la lipoiodine (3 comprimés par jour). Le 19 juillet (seize jours après le début du traitement), on constate une amélioration très marquée des symptômes fonctionnels. La dyspnée et les douleurs précordiales sont très atténuées, la malade peut se lever et faire quelques pas dans la salle; la tension artérielle est descendue à 20.

Aucun symptôme d'intolérance.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 28 JANVIER 1914)

Tumeur bénigne du foie. — M. Témoin (de Bourges) communique une observation de tumeur du foie présentant tous les caractères d'un néoplasme et qui était une tumeur bénigne. Large résection du lobe gauche du foie, guérison. Il s'agit d'une femme de cinquante-trois ans qui, en 1897, avait subi une cholécystectomie pour une cholécystite douloureuse. Elle avait bien guéri, quand, peu à peu, apparut une tumeur de la région épigastrique, en même temps que la malade maigrissait, jaunissait et se cachectisait. Elle se présenta à M. Témoin dans cet état le 6 septembre 1913. La trouvant trop malade et soupçonnant un cancer du foie, M. Témoin refusa de l'opérer. Mais la malade souffrant beaucoup et insistant pour être opérée, M. Témoin consentit alors à faire une incision exploratrice. Il fit donc cette incision en baïonnette sur le trajet de la première incision. Il se trouva en présence d'une tumeur dure, ligneuse, sans aucun pédicule du lobe gauche du foie, le reste de cet organe était intact, il n'y avait pas de ganglions. Ce que voyant, M. Témoin se décida à poursuivre l'opération, toujours convaincu qu'il s'agissait d'un néoplasme.

Il plaça deux points de suture en U pour assurer l'hémostase, parvint assez facilement à décortiquer la tumeur qui se laissa déchirer et fit quelques ligatures dans la profondeur. L'examen macroscopique de la tumeur sembla confirmer le diagnostic de cancer. Cependant la malade se remit promptement, les douleurs disparurent et l'opération fut suivie d'un succès inespéré. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'une pseudo-tumeur d'origine inflammatoire. Cette malade est restée complètement guérie.

Ces tumeurs bénignes du foie sont très rares. Au point de vue de la technique opératoire, M. Témoin insiste sur les avantages de cette décortication, de ce déchirement de la tumeur auxquels il a eu recours dans ce cas.

M. Walther rappelle avoir présenté un jeune garçon qu'il avait ainsi opéré d'une énorme tumeur du foie. L'examen histologique avait montré qu'il s'agissait d'une simple hypertrophie parcellaire. La tumeur pesait 580 grammes.

Au point de vue de la technique opératoire, M. Walther rappelle avoir fait une communication au Congrès de chirurgie sur les résections larges du foie. Il y insistait sur la nécessité d'assurer l'hémostase préventive à l'aide de fils en U placés d'avance de distance en distance. Quand on peut facilement décapsuler la tumeur, comme dans le cas de M. Témoin, on peut lier facilement les vaisseaux à mesure de leur ouverture.

Rupture complète et totale de l'uretère par traumatisme. — M. Legueu communique l'intéressante observation d'une femme de trente ans, porteuse de pains, qui remonte dans sa voiture au moment où le cheval part; elle manque le marchepied, tombe devant la roue, la face contre terre, et la roue se trouve calée contre son flanc gauche. Elle présente, après l'accident, des signes de contusion rénale gauche avec hématurie. Elle n'a pas de fièvre et est remise après une huitaine de jours, quand apparaissent des symptômes du côté droit, douleur, voussure énorme de la côte, signes nets d'une collection considérable de liquide. Un médecin la ponctionne et tire un litre et demi d'urine. Tout semble de nouveau fini quand la collection reparaît. La malade est alors transportée à Necker, dans le service de M. Legueu qui diagnostique une hydronéphrose d'origine traumatique.

Le cathétérisme de l'uretère gauche indique que tout est normal de ce côté. Du côté gauche le cathéter s'arrête à 20 centimètres contre un obstacle infranchissable. Il s'agit donc d'une rupture des voies excrétrices, soit du bassinet, soit de l'uretère.

Opération : incision lombaire, issue d'une grande quantité d'urine, le rein est en avant, M. Legueu recherche le bout de la sonde urétérale, il ne trouve rien. Une injection d'eau par cette sonde n'arrive pas dans la poche qu'il a ouverte. L'extrémité supérieure du bout vésical de l'uretère est donc complètement fermé. L'urine continue à s'écouler du rein. Il s'agit donc d'une rupture de l'uretère au niveau de son extrémité supérieure. Néphrectomie, guérison.

C'est donc là un type de rupture de l'uretère auprès du bassinet. M. Legueu n'a pu trouver que 4 observations analogues et encore dans ces observations n'y a-t-il pas eu de constatation opératoire, ni nécropsique. Il n'y a qu'un seul cas de M. Chaput avec opération.

Qu'on veuille bien se rappeler que, dans le cas de M. Legueu, c'est le côté gauche de la malade qui a calé la roue de la voiture et que, de ce côté, elle n'a présenté que des signes de contusion rénale alors que c'est du côté droit que s'est faite la rupture de l'uretère. Est-ce le choc de ce côté droit sur le sol ou une sorte de torsion de la malade sur elle-même qu'il faut incriminer comme cause de cette rupture traumatique?

M. Chaput rappelle que, dans le cas rappelé par M. Legueu, il s'agissait d'un enfant de treize ans qui avait reçu un coup de pied de cheval dans le flanc droit. Apparition d'une tumeur, laparotomie iliaque, accumulation d'urine dans une loge rétrocæcale; établissement d'une fistule urinaire, persistance de la fistule, néphrectomie secondaire.

Le drainage translunaire dans les arthrites purulentes du poignet. — M. Chaput, pour remédier aux inconvénients de l'arthrotomie simple et de la résection large du poignet, conseille d'enlever le semi-lunaire par une incision dorsale, d'inciser la paume et de passer un drain antéro-postérieur à travers le poignet; si les tendons fléchisseurs sont sphacélés on les réséquera.

Il a fait 5 fois cette opération, dans tous les cas l'infection articulaire a été enrayée : dans un cas, un phlegmon diffus profond et gangréneux de l'avant-bras a nécessité l'amputation; dans un second cas, la septicémie gangréneuse remontant jusqu'à l'épaule a emporté la malade; dans les trois autres cas, la guérison a été obtenue malgré des lésions énormes et le membre a été conservé.

M. Quénu, dans certains cas d'arthrite suppurée très douloureuse du poignet, a obtenu de très bons résultats de l'immobilisation dans un appareil plâtré.

Traumatisme du pied. — M. Schwartz présente des radiographies montrant l'existence, sur les deux pieds d'un même malade, d'un os tibial postérieur surnuméraire. D'un côté, on constata une entorse entre le scaphoïde accessoire et le scaphoïde normal.

Greffe cranienne. — M. Mauclaire a comblé une trépanation cranienne par une greffe empruntée à la tubérosité de l'os iliaque.

Hypospade. — M. Marion présente un jeune garçon qu'il a opéré d'un hypospadias par le procédé de Duplay avec un très beau résultat.

Fracture de l'extrémité inférieure du radius. — M. Picqué présente un cas de fracture de l'extrémité inférieure du radius avec insensibilité du nerf médian.

Fractures irréductibles du radius et du cubitus. — M. Frédet présente deux cas de fractures irréductibles du radius et du cubitus, traitées avec succès par la réduction sanglante.

Orchidopexie. — M. Walther présente un jeune garçon qu'il a opéré d'une ectopie testiculaire par son procédé, avec un beau succès.

MM. Jacob et Ombrédanne ont recours au même procédé avec un succès constant. Toutefois, pour faire pénétrer le testicule ectopié dans la loge opposée, ils préfèrent tous deux ouvrir la cloison par le côté sain.

Emploi du spiroscope dans le traitement des empyèmes. — M. Souligoux présente le spiroscope imaginé par le docteur Pech et déclare en avoir obtenu de très bons résultats dans le traitement consécutif aux empyèmes.

M. Delorme rappelle, à ce sujet, qu'il a toujours obtenu de très bons effets de la marche précoce et même de la course imposée aux malades opérés d'empyèmes, c'est là un excellent moyen de rétablir l'amplitude pulmonaire.

MM. Tuffier et Delbet indiquent différents moyens auxquels ils ont eu recours pour atteindre le même but.

FORMULAIRE

SUR LA TEINTURE D'IODE INALTÉRABLE (1)

En 1907, les travaux de M. Courtot sur l'altération de la teinture d'iode le conduisirent à la découverte, à la démonstration et à la mesure du pouvoir conservateur des iodures alcalins vis-à-vis de ce médicament. Il proposa l'emploi des iodures de sodium et de potassium pour préparer

(1) Courtot, pharmacien-major de première classe. *Journ. de pharm. et de chimie*, 16 janv. 1914, n° 2.

des teintures d'iode inaltérables, conformément aux formules suivantes :

1. Iode..................	100 grammes	
Iodure de sodium.......	36	—
Alcool fort..... q. s. p.	1000	—
2. Iode..................	100 grammes	
Iodure de potassium....	40	—
Alcool fort..... q. s. p.	1000	—

En 1911, cette dernière composition fut adoptée en France par la commission permanente du Codex pour formuler une teinture d'iode mitigée à 1 p. 20, dite chirurgicale, qui fut mise à l'essai dans les hôpitaux civils et dont le titre paraît devoir être porté au quinzième pour en augmenter le pouvoir antiseptique.

Ces mélanges iodo-iodurés se trouvent maintenant dans le commerce sous des noms divers, en pastilles ou comprimés. Ils titrent approximativement un gramme d'iode à l'unité et sont destinés à faire de la teinture d'iode instantanée par dissolution dans une quantité convenable d'alcool fort.

Les travaux de M. Courtot ont été contrôlés et vérifiés en Allemagne par M. Budde, *oberstabs apotheker.*

Il en a été fait état dans la préparation des approvisionnements de teinture d'iode de la réserve de guerre de l'armée allemande.

M. Courtot insiste sur ce point que la teinture iodurée, ainsi qu'il l'indique dans ses formules, reste privée d'acide iodhydrique, et que la dose de 40 grammes de sel alcalin suffit pour lui communiquer une immunité complète et durable contre cet hydracide si l'on a soin, bien entendu, de ne pas l'entreposer dans des pièces trop chauffées; car, ainsi que l'a montré l'auteur, son oxydation est impressionnée par une élévation de température, même légère.

L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

Aide-mémoire de psychiatrie (1), par le docteur G. DICORATO.

L'auteur s'est proposé de réunir, en peu de pages, quelques notes de psychiatrie à l'usage des candidats au quatrième examen. Il n'a pas cherché à remplacer un traité ou un manuel, mais seulement à rassembler quelques-unes des définitions les plus courantes et à faire en quelque sorte un groupement de sommaires pour remémorer les chapitres les plus importants.

Aux étudiants, la lecture de cet opuscule évitera de rester « secs » ; elle leur permettra même de placer des réponses assez justes et précises pour satisfaire aux exigences du programme. Aux médecins trop nombreux qui les ignorent complètement, elle pourra donner aussi un rapide aperçu à vol d'oiseau des notions les plus élémentaires et les plus indispensables sur les maladies mentales.

P. CAMUS.

Notre Aliment fondamental. Le Pain, par le docteur Paul CARTON. Broch. de 46 pages. — Paris, Maloine.

Les Prurits et leur traitement (*Consultations médicales françaises*, fasc. 58), par le docteur P. FERNET, ancien interne des hôpitaux, assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis. In-16 de 20 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco; abonnement annuel (12 fasc.) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

(1) Un vol. de 48 pages. — Paris, A. Maloine.

COURS ET CONFÉRENCES

LES MÉDICATIONS NOUVELLES BASÉES SUR LES RECHERCHES MODERNES DE PATHOGÉNIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. (Clinique médicale de Saint-Antoine, professeur : M. A. CHAUFFARD.) — Cours de perfectionnement, par MM. Guy Laroche, Flandin et Brodin, chefs de clinique, Rivet, ancien chef de clinique, et MM. J. Troisier, Grigaut et Ronneaux, chefs de laboratoire :

I. Les septicémies typhiques et paratyphiques : Les lavements de sérum. L'urotropine. La bactériothérapie typhique. La vaccination antityphique. La thérapeutique antiinfectieuse (M. Laroche).

II. Les dysenteries : Dysenterie amibienne et bacillaire. La cure par l'émétine. Sérothérapie antidysentérique (M. Flandin).

III et IV. Les médications antisyphilitiques : Mercure et arsenic. Hectine, salvarsan. Néo-salvarsan. Valeur de la réaction de Wassermann au point de vue de la thérapeutique de la syphilis (M. Flandin).

V. La gonococcie et la gonococcémie : Traitement du rhumatisme blennorragique. Bactériothérapie antigonococcique. Sérothérapie par le sérum antiméningococcique (M. Laroche).

VI. Les méningites aiguës : La ponction lombaire. Sérothérapie antiméningococcique. Technique, indications, accidents (M. Rivet).

VII. Les ictères : Ictères hépatiques et ictères hémolytiques. Opothérapie hépatique. Traitement des ictères basés sur l'étiologie (M. Troisier).

VIII. Les anémies : Thérapeutique arsenicale et ferrique. Iso-hématothérapie. Sérums hémopoiétiques et traitement cholestérinique des états hémolytiques (M. Troisier).

IX. Les insuffisances glandulaires : Les opothérapies surrénale, thyroïdienne, hypophysaire et testiculaire (M. Brodin).

X. Les grands syndromes brightiques : Les indications thérapeutiques et les régimes dans les maladies du rein (M. Laroche).

XI et XII. Indications et technique de quelques méthodes de traitement physiothérapique : Chaleur, électricité, rayon X (M. Ronneaux).

XIII et XIV. Rédaction des ordonnances : Posologie générale (M. Grigaut).

XV. Les médications hypodermiques et intraveineuses (M. Brodin).

Ce cours est réservé aux docteurs français et étrangers et aux étudiants titulaires de 16 inscriptions. Il sera complet en 15 leçons. Des certificats seront délivrés à la fin des exercices. Au cours de chacune de ces leçons, des malades, en rapport avec le sujet traité, seront montrés aux élèves qui seront individuellement exercés à l'examen clinique et aux démontrations pratiques des méthodes de traitement.

Le cours commencera le lundi 2 mars 1914 et aura lieu tous les jours, à quatre heures et demie, sauf le dimanche.

Le droit à verser est de 100 francs. Le nombre d'élèves est limité.

Les inscriptions seront reçues, dès à présent, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX (M. Pierre SEBILEAU, agrégé de la Faculté, chirurgien à l'hôpital Lariboisière). — SEMESTRE D'ÉTÉ 1914. COURS ET EXERCICES DE MÉDECINE OPÉRATOIRE SPÉCIALE. — *Opérations de chirurgie gastro-intestinale et hépatique*, par M. le docteur René Toupet, prosecteur. — Ce cours commencera le vendredi 13 mars. Il aura lieu tous les jours à deux heures.

1° Technique générale des sutures gastriques et intestinales; anastomoses termino-terminales, termino-latérales, latéro-latérales.

2° Gastrostomie; gastro-entérostomie (antérieure et postérieure).

3° Traitement de l'estomac biloculaire; pyloroplastie; exclusion du pylore; jéjunostomie.

4° Appendicectomie; anus cæcal; cæcopexies; résection iléocæcale.

5° Traitement du cancer des côlons; iléo-sigmoïdostomie; exclusion intestinale; colectomies partielles et totales.

6° Traitement des hémorroïdes; traitement du cancer du rectum; extirpation du rectum (voie périnéale, voie sacrée, voie abdomino-périnéale).

7° Pylorectomie pour cancer (Billroth, première et deuxième manière).

8° Traitement des abcès et des kystes hydatiques du foie; voie transpleurale; voie abdominale).

9° Chirurgie de la vésicule biliaire; anatomie; cholécystostomie, cholécysto-entéro et gastro-anastomoses; cholécystectomie.

10° Chirurgie de la voie biliaire principale; anatomie; exploration; cholédocotomies sus et transduodénales; drainage de l'hépatique.

Le nombre des élèves est limité à 15.

Le droit d'inscription est fixé à 60 francs. — Le cours est gratuit pour les internes des hôpitaux.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de médecine. — (N° 1, janv. 1914.) A. Chauffard : Pathogénie de l'ictère hémolytique congénital (fig. et graph.). — Pierre Marie et J. Lhermitte : Lésions de la chorée chronique progressive. La dégénération atrophique cortico-striée (fig. et pl.). — Paul Ravaut : Comment dépister la syphilis nerveuse. — H. Rubens-Duval : Processus histologique de la défense spontanée de l'organisme contre le cancer (fig. et pl.). — Fernand Bezançon et S.-I. de Jong : Les congestions pleuro-pulmonaires infectieuses.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 12, 1913.) P. Jacques : Sur le drainage pharyngien des suppurations craniennes d'origine otique. — H. Aboulker : Pharyngectomie pour épithélioma. Guérison depuis trois ans et demi. — M. Reverchon : Mastoïdite de Bezold. Ostéite des cellules péri-labyrinthiques; méningite consécutive. — Bourguet : L'ouverture du sac lacrymal par la voie endonasale dans les affections des voies lacrymales.

Bulletin médical. — (N° 8, 28 janv. 1914.) Hutinel : Réactions méningées et méningites dans l'urémie. — Louis Martin : Prophylaxie de la diphtérie.

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 1, 10 janv. 1914.) E. Garnier et L. Vannier : De l'action du Marrube dans les pyrexies intestinales, en particulier dans la fièvre typhoïde. — L. Nègre : La culture des microbes filtrants par la méthode de Noguchi.

Lyon médical. — (N° 4, 25 janv. 1914.) J. Froment et O. Monod : La rééducation des aphasiques moteurs.

Montpellier médical. — (N° 1, 4 janv. 1914.) G. Rauzier : Une erreur de diagnostic à propos d'un cas de monoplégie crurale douloureuse. — H. Roger : Formes cliniques de la méningite tuberculeuse de l'adulte (*fin*). — (N° 2, 11 janv.) Delmas et de Rouville : Volumineux kystes hématiques bilatéraux des ovaires à symptomatologie de grossesse ectopique. — (N° 3, 18 janv.) Noël Lapeyre : Chirurgie de l'œsophage thoracique.

Orthopédie et tuberculose chirurgicale. — (N° 1, janv. 1914.) V. Ménard : Cure orthopédique de la gibbosité tuberculeuse. — Fritz Lange : Les progrès accomplis dans la transplantation des tendons. — Robert W. Lowett : Le traitement de la scoliose. — H.-G. Gauvain : L'hôpital et le collège d'Alton. *The Lord mayor Treloar's cripples's hospital and College at Alton* (*Hampshire, England*). — L. Lamy : De la torsion spiroïde du tibia. — Mackensie Forbes : Le traitement de la scoliose par rotation. — H. Rupert-Delorme : Le traitement de la scoliose par rotation du docteur A. Mackensie Forbes. — Jacques Calvé : Sur un cas d'anomalie d'une des apophyses transverses de la cinquième vertèbre lombaire.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 9 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique (1re et 2e séries).
2e.
3e (oral, 1re partie).
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 10 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique (1re et 2e séries).
3e (oral, 1re partie, 1re et 2e séries).
5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 11 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.
2e.
5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec*.
5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

Jeudi 12 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique (1re et 2e séries).
2e (1re et 2e séries).
3e (oral, 1re partie, 1re, 2e et 3e séries).

Vendredi 13 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique (1re et 2e séries).
3e (oral, 1re et 2e parties).
4e.

Samedi 14 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique (1re et 2e séries).
3e (oral, 1re partie, 1re et 2e séries).
3e (oral, 2e partie).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier*.

THÈSES

Mercredi 11 février, à une heure. — M. Abou. Les cérémonies rituelles de la circoncision en Algérie. (MM. Blanchard, président; Letulle, Lœper et Gougerot.) — M. Anquez. Contribution à l'étude des tumeurs de la glande carotidienne (Revue générale). (MM. Letulle, président; Blanchard, Lœper et Gougerot.) — M. Lartigau. Traumatisme et inspection dans leurs rapports avec les accidents du travail. (MM. Reclus, président; Legueu, André Léri et Alglave.) — M. Dor. Essai sur l'éructroctomie sans sutures dans les rétrécissements de l'urètre périnéal. (Technique. Valeur thérapeutique). (MM. Legueu, président; Reclus, André Léri et Alglave.)

Jeudi 12 février, à une heure. — M. Zalesky. Résultats éloignés après dix ans des oophorectomies et des hystérectomies. (MM. Pozzi, président; Pierre Marie, Lejars et Roussy.) — M. Duquesne. Contribution à l'étude des tumeurs du sein chez l'homme. (MM. Pierre Marie, président; Pozzi, Lejars et Roussy.) — M. Mickaniewski. Des interventions chirurgicales dans le rein polykystique. (MM. Lejars, président; Pozzi, Pierre Marie et Roussy.) — M. Clair. Contribution à l'étude des polypes muqueux des fosses nasales. (Pathogénie et traitement). (MM. Lejars, président; Pozzi, Pierre Marie et Roussy.) — Mlle Oaitz. Paralysie faciale diabétique. (MM. Gilbert, président; Widal, Achard et Rathery.) — M. May. Etudes sur les résistances globulaires. (MM. Widal, président; Gilbert, Achard et Rathery.) — Mlle Weinzweig. Vaccinothérapie dans la fièvre typhoïde. (MM. Achard, président; Gilbert, Widal et Rathery.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 14. — MARDI 3 FÉVRIER 1914. 87e ANNÉE. MARDI 3 FÉVRIER 1914. — N° 14.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **10** francs par an.
Étudiants étrangers, **15** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **5** fr. **50**. — 6 mois : **11** fr. — 1 an : **20** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR. — *Médecine.* — Composition du jury : MM. Barth, Courcoux, Pissavy, Dalché, Laffitte.

Candidats : MM. Baumgartner, Chauvet, Desbouis, Donzelot, Dumont, Gautier, Girault, Guttmann, Huber, Pignot, Porak, Routier, Weissenbach.

— *Chirurgie et accouchements.* — Composition du jury : MM. Riche, Brindeau, Launay, Magitot, Lapointe.

Candidats : MM. Virenque, Maurer, Desplas, Madier, Monod.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 30 janvier. — Question donnée : « Veine cave supérieure. — Examen d'un malade atteint d'ictère chronique par rétention. »

MM. Michon, 14 + 22 = 36; Alajouanine, 15 + 22 = 37; Chalet, 12 + 17 = 29; Audebert, 14 + 20 = 34; Ramadier (H.), 17 + 21 = 38; Vazeux, 11 + 18 = 29; Zivy, 14 + 18 = 32; Marcassus, 16 + 20 = 36; Martin de Laulerie, 14 + 13 = 37.

Séance du 31 janvier. — Question donnée : « Appendice iléo-cæcal, étude anatomique et physiologique. — Examen clinique d'un malade atteint d'hydarthrose du genou. »

MM. Bourgeois (Francis), 17 + 25 = 42; Weiss, 15 + 27 = 42; Penot, 13 + 24 = 37; Duponchel, 18 + 22 = 40; Rabut, 15 + 22 = 35; Bouchet, 14 + 18 = 32; Powilewicz, 14 + 20 = 34; Leroux, 16 + 20 = 36; de Léobardy, 18 + 21 = 39; Fournier (Joseph), 17 + 24 = 41.

Prochaine séance, mardi 3 février, à cinq heures, rue des Saints-Pères.

HOPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Après concours M. le docteur Louis Payan a été nommé médecin adjoint des hôpitaux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Dagnan-Bouveret est nommé chef de laboratoire adjoint à la clinique des maladies mentales (Sainte-Anne).

M. Hautant est nommé chef des travaux d'oto-rhino-laryngologie à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

M. Tinel est nommé chef de laboratoire à la Salpêtrière.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ANGERS. — M. Martin est chargé d'un cours de chimie et toxicologie.

— MONTPELLIER. — M. Marquès, chef des travaux de physique, est chargé des fonctions d'agrégé.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — M. le docteur Cyprien Gabriel est nommé professeur suppléant d'histoire naturelle à la suite du concours qui vient d'avoir lieu devant la Faculté de médecine de Montpellier.

— NANTES. — M. le docteur Lerat (Henri) est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales à l'Ecole de médecine de Nantes.

— POITIERS. — M. Ravarit est nommé chef des travaux pratiques de physique et de chimie.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — CONCOURS DE L'ADJUVAT. — Le jury du concours est constitué comme suit :

Président. — M. Granier, inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur.

Membres titulaires. — M. le docteur Raviart, agrégé, chargé du cours théorique et pratique de médecine mentale à la Faculté de médecine de Lille.

M. le docteur Cestan, agrégé, chargé du cours clinique des maladies mentales et nerveuses à la Faculté de médecine de Toulouse.

M. le docteur Leroy, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Ville-Evrard (Seine-et-Oise).

M. le docteur Dodero, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Bron (Rhône).

M. le docteur Wahl, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Pontorson (Manche).

M. le docteur Séglas, médecin en chef du quartier d'aliénés à l'hospice de la Salpêtrière, à Paris.

Membres suppléants. — M. le docteur Dezwarte, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Maréville (Meurthe-et-Moselle).

M. le docteur Trénel, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Ville-Evrard (Seine-et-Oise).

INSTITUT D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE. — Sont nommés chefs de laboratoire : MM. Calvet, Joseph Thomas, Touplain, Lepage, Bournigault et Bardet.

LES MÉDECINS ET L'IMPOT SUR LE REVENU. — Le syndicat des médecins du Rhône, dans sa séance du 14 janvier 1914, a émis à l'unanimité le vœu suivant à propos du projet d'impôt sur le revenu soumis au sénat.

En voici le texte d'après le *Concours médical* :

1° Que dans l'établissement du revenu de la profession de médecin, le chiffre soumis à la taxation soit diminué des charges inhérentes à l'exercice de cette profession ;

2° Que la quotité de l'impôt soit inférieure à celle fixée pour les commerçants et industriels, le médecin par ses revenus ou ses bénéfices annuels n'accusant pas la valeur vénale d'un fonds de commerce ou d'une industrie, mais voyant au contraire ses revenus diminuer à mesure qu'il subit les atteintes de l'âge, pour disparaître le jour où il ne peut plus exercer.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la troisième semaine, 1118 décès au lieu de 1043 pendant la semaine précédente, et au lieu de 1009, moyenne ordinaire de la saison.

Cette augmentation est due surtout aux maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration qui ont causé 290 décès, au lieu de 222 pendant la semaine précédente (et au lieu de 204, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë 14 décès (la moyenne est 10) ; bronchite chronique, 23 décès (la moyenne est 20) ; pneumonie, 56 décès (la moyenne est 44).

Autres affections de l'appareil respiratoire, 197 décès (la moyenne est 130), dont 58 sont dus à la broncho-pneumonie et 107 à la congestion pulmonaire.

En outre, 12 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 205 décès (la moyenne est 196).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Casimir Luszkiewicz (de Nîmes), Lanoaille de Lachèze, médecin-major de première classe en retraite ; Paul Duval, interne des hôpitaux de Paris ; Albert Garsaux (de Paris) ; Even, médecin sanitaire maritime à la Compagnie générale transatlantique ; Mme Marguerite Perrin, docteur en médecine à Paris ; Mano (de Salles).

JURISPRUDENCE

CLIENTÈLE MÉDICALE CONTAGIEUSE ET DROIT AU BAIL

Le Tribunal civil de la Seine a résolu, dans un jugement du 2 avril 1913, une espèce intéressante sur l'exercice de la profession médicale.

Il s'agissait de savoir si le médecin auquel son bail interdit d'avoir des malades à demeure n'y contrevient pas en recevant et en soignant même gratuitement dans son appartement un nombre considérable de malades atteints d'une affection d'une nature spéciale. Non, a décidé l'espèce que nous analysons aujourd'hui :

« Attendu que, aux termes du bail qui régit les rapports des parties, D... s'est engagé à n'exercer dans les lieux loués que la profession de docteur pharmacien sans malades à demeure ; que le propriétaire prétend qu'il a ouvert dans son appartement une véritable clinique où il donne des consultations gratuites et dans laquelle sont soignées des affections d'une nature spéciale qui obligent les colocataires de l'immeuble à coudoyer sans cesse des malades susceptibles de les contaminer ; qu'il conclut soit à la résiliation du bail aux torts et griefs du docteur D..., soit à sa nullité pour cause d'erreur sur la substance ;

Attendu que pour fonder ses prétentions P... invoque une lettre de R..., notaire à Paris, en date du 8 décembre 1910, qui, communiquant les propositions faites par D... au sujet d'un bail à établir, indique que le preneur installerait dans les locaux un cabinet médical sans clinique, mais que cette restriction ne figure pas dans le bail, et que, à supposer que les parties aient entendu en tenir compte dans leurs conventions définitives, elles paraissent l'avoir fait en formulant au bail l'interdiction au docteur D... d'avoir des malades à demeure ; qu'elle serait, en effet, l'interprétation qui correspondrait au sens étymologique du mot clinique ;

Or, attendu que P... ne prétend point que les malades du docteur D... soient traités à demeure dans l'appartement qu'il occupe ; qu'il se plaint seulement de la nature des maladies qui y sont soignées ; mais qu'en autorisant expressément D... à exercer d'une manière générale la profession de docteur médecin pharmacien, sans limitation, ils ont nécessairement consenti à supporter dans leur immeuble les allées et venues de gens qui viendraient consulter D..., ou se faire livrer des médicaments et lui ont permis, en même temps, de soigner dans son appartement tous ceux qui se présenteraient à lui, quel que fût le genre de maladie dont ils pourraient être atteints.

Attendu que D... n'a point trompé le demandeur sur la nature de la profession qu'il s'est fait autoriser à exercer dans les lieux loués, qu'il ne saurait être question d'erreur sur la substance dans les termes de l'article 1110 du Code civil. »

Ainsi donc, le propriétaire est mal fondé à agir contre un médecin, soit en résiliation de bail pour inobservation des conditions, soit en nullité pour erreur sur la substance en alléguant que les allées et venues nombreuses des malades dans l'immeuble forcent à coudoyer sans cesse des personnes susceptibles de les contaminer.

Cependant les locataires auraient pu agir en résiliation de bail contre leur propriétaire à raison du trouble que leur causait l'introduction dans les lieux loués d'une industrie insalubre ou gênante ; on en a vu qui s'étaient plaints de l'établissement d'une sage-femme dans l'immeuble (Cour de Paris, 11 août 1843, *Dalloz, Jur. gén.*, V° *Louage*, n° 225), ou d'un bureau de bienfaisance (Cour de Paris, 15 mars 1894, *D. P.*, 2.288). L'affluence des personnes que des locations de ce genre amènent dans un immeuble constitue en effet un trouble grave pour les autres locataires. Mais le propriétaire, se substituant aux colocataires, peut-il invoquer ce trouble de jouissance contre la personne dirigeant cette industrie, et dans notre espèce contre le médecin. Oui, si le bail interdit l'industrie incommode, non si les conventions stipulent que le preneur pourra exercer sa profession incommode.

Mais la portée de la clause de ces conventions était, dans l'espèce présente, discutée. Le bail interdisait au médecin d'avoir des malades à demeure ; le médecin avait-il le droit d'installer dans son appartement une clinique du genre de celle du docteur P..., et susceptible de contaminer les locataires de la maison ? Le tribunal a résolu la question en faveur du médecin.

Une autre question était également posée. Si le preneur n'avait pas suffisamment précisé, dans le bail, la nature des maladies qu'il entendait guérir, ne se trouvait-on pas en droit d'invoquer l'erreur sur la substance ? Le tribunal a également repoussé cette thèse.

Voilà donc un nouveau point de jurisprudence médicale sur le droit au bail, qu'il était utile de signaler.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

FORMULAIRE

RÉGIME DES DIABÉTIQUES

Le régime lacté est souvent ordonné aux diabétiques maigres à dénutrition azotée. Le lait n'est pas toujours toléré et donne souvent soif.

C'est alors que d'excellents résultats ont été obtenus avec le « Képhir Salières », champagne lacté, sans sucre, riche en levures, à la dose d'une canette par jour.

CLINIQUE MÉDICALE

ÉTUDES SUR LA PATHOLOGIE DE L'ULCUS

II

L'ULCUS CHEZ LES JEUNES

Par M. ALBERT MATHIEU (*),
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

PRÉAMBULE. — Dans l'étude précédente (**), j'ai été amené, chemin faisant, à indiquer déjà que l'on n'attribue pas une importance suffisamment grande, en général, à la connaissance de l'ulcus aux deux extrémités de la vie, soit dans la jeunesse, soit au contraire dans la vieillesse, ou si vous voulez que nous précisions davantage, d'une part entre la naissance et vingt ans, et de l'autre, au delà de cinquante ans.

Nous envisagerons ultérieurement l'ulcus des gens âgés, je veux dire des personnes ayant dépassé cinquante ans. Aujourd'hui, nous nous occuperons de l'ulcus avant vingt ans. Ce ne sera pas une nouveauté. L'ulcus de l'enfance a été déjà étudié; mais il est insuffisamment connu.

Je dois dire de suite que j'étudierai en même temps et au même titre l'ulcus de l'estomac et l'ulcus du duodénum, parce que cette séparation n'a pas été faite en général et que, pour le moment, cette distinction n'aurait qu'un intérêt pratique très contestable.

Si l'on ouvre les ouvrages qui traitent des maladies de l'enfance, on trouve bien un chapitre : l'ulcus de l'estomac; mais, en les lisant, on a nettement l'impression qu'il a été écrit sans grande conviction. Les auteurs se contentent de rapporter un certain nombre d'observations prises dans des traités plus anciens qu'ils reproduisent sans grand commentaire, ne citant pas de faits personnels, et donnant bien nettement l'idée, qui doit être la leur, que l'ulcus de l'enfance est si rare dans la pratique qu'il n'y a guère lieu de s'en occuper.

Eh bien ! il faut revenir sur cette impression, et déjà, dans ces derniers temps, un nombre assez considérable de publications ont été faites qui concernent l'ulcus dans la jeunesse, non seulement entre dix et vingt ans, mais surtout entre la naissance et dix, douze ou quinze ans.

Je signalerai, sans avoir l'intention de donner un aperçu complet de la littérature, la communication de MM. Parmentier et Lasnier à la Société médicale des hôpitaux, du 18 décembre 1908, et la même année la thèse de M. Lasnier. Plus récemment, cette année même, a paru dans la *Semaine médicale* une revue intéressante de M. Cheynisse sur l'Ulcère du duodénum chez les enfants.

Dans ces publications sont cités une série de faits et d'études publiés surtout à l'étranger sur l'ulcus des jeunes. Je me contenterai de signaler un travail de Kuttner paru dans la *Berliner klinische Wochenschrift*, en novembre 1908. Il rapporte deux faits personnels d'ulcus, l'un chez un nourrisson de trente jours, l'autre chez un enfant de quatre ans. M. Kuttner a fait en plus une revue d'ensemble assez étendue, et il déclare que l'on doit regarder l'ulcus des enfants et des adolescents comme beaucoup plus fréquent qu'on ne le pensait autrefois. Il cite à ce propos la statistique donnée par M. Henri Collin en 1894 dans sa thèse sur l'*Ulcus du duodénum*. Sur 279 cas, M. Collin en avait trouvé 42 se rapportant à des enfants de zéro à dix ans, et, dans ces cas, il y en avait 17 au-dessous d'un an.

M. Kuttner fait remarquer avec raison que ces observations manquaient un peu de détail, et qu'elles n'étaient par conséquent pas toutes utilisables au même titre.

ULCÉRATIONS DU NOUVEAU-NÉ ET DU NOURRISSON. — D'emblée, nous devons faire une première distinction suivant que l'on considère l'ulcère et les ulcérations chez les nouveau-nés et les nourrissons ou au contraire qu'on les étudie dans la seconde enfance et chez les adolescents.

D'abord l'ulcère et les ulcérations chez les nouveau-nés et les nourrissons. Je signalerai à ce point de vue une thèse récente, de 1913, de M. Gallas ayant pour titre : *De l'ulcère du duodénum chez les nouveau-nés et chez les nourrissons*. On y trouve des observations et des documents intéressants.

Je viens de dire « ulcérations et ulcère » et en effet, je le rappelle une fois de plus, il faut distinguer les ulcérations de l'ulcère. Les ulcérations sont des pertes de substance d'évolution aiguë qui peuvent amener des accidents graves, mortels, par hémorragie ou par perforation. Elles ne sont pas cependant encore l'ulcus proprement dit, résultant de la persistance prolongée et de la difficulté à guérir des ulcérations baignées par le suc gastrique.

Chez le nouveau-né et chez le nourrisson, c'est du reste, la plupart du temps, des ulcérations que l'on trouve; les unes sont des ulcérations multiples, punctiformes, analogues à ce qu'on appelle érosions hémorragiques, ou bien encore, ce sont des ulcérations moins nombreuses, uniques quelquefois, arrondies, mais ayant procédé d'une façon rapide et devant être en somme rapportées aux ulcérations d'origine nécrotique qui se produisent sous l'influence d'intoxications ou de toxi-infections diverses.

Ces ulcérations bien étudiées par M. Gandy peuvent sûrement être ultérieurement le point de départ de l'ulcus; mais elles ne le sont pas encore car ce qui caractérise l'ulcus, je le répète, c'est la persistance de la perte de substance en raison de la difficulté à se fermer que trouvent les ulcérations dans des cavités où s'accumule le suc gastrique.

Les ulcérations gastriques apparaissent chez les nouveau-nés dans les premiers jours, et quelquefois même dans les premières heures de la vie. Plus tard, chez les nourrissons, elles s'accompagnent souvent d'accidents d'athrepsie et de rachitisme. Chez ces

(*) Conférence faite le 18 décembre 1913 à l'hôpital Saint-Antoine. (Compte rendu sténographique revu par l'auteur.)
(**) Voir *Gaz. des hôp.*, 1914, n° 8, p. 117.

jeunes êtres, la mort survient la plupart du temps rapidement sans qu'il y ait d'histoire clinique autre que celle qui résulte de la survenue d'hémorragies et en particulier d'hémorragies donnant lieu à du melæna, melæna des nouveau-nés, *melæna neonatorum* des anciens accoucheurs. Ces faits ne nous retiendront pas, actuellement ils peuvent être intéressants au point de vue de leur pathogénie et de leur anatomie pathologique; au point de vue de la clinique, leur intérêt est presque nul.

Une variété d'ulcération observée chez le nourrisson, présente un intérêt plus grand, parce qu'on y trouve reproduits les traits qui caractérisent l'ulcus juxtapylorique de l'adulte. En voici une observation typique empruntée à un auteur anglais, Torday, citée dans la thèse de M. Gallas.

Torday rapporte l'histoire d'un enfant de dix mois; on n'avait pas de renseignements concernant ses antécédents personnels ou de famille. On savait seulement qu'il avait été soumis à l'allaitement artificiel, et il se présentait avec des signes non douteux d'athrepsie, de rachitisme. Cela est fréquent du reste chez les enfants qui ont soit des ulcérations gastriques, soit peut-être même des ulcères à proprement parler. On discute encore pour savoir ce qui commence, si ce sont les ulcérations qui causent le rachitisme et l'athrepsie ou si ce sont au contraire le rachitisme et l'athrepsie, qui prédisposent aux ulcérations.

Cet enfant avait des vomissements à chaque prise de nourriture, un quart d'heure ou une demi-heure après environ, et ces vomissements persistèrent malgré tous les traitements employés. On put reconnaître que, même après les vomissements, l'estomac n'était pas vide complètement, et qu'il renfermait encore — et il était facile de le mesurer après évacuation par la sonde — 50 à 70 centimètres cubes de liquide avec une certaine quantité d'acide chlorhydrique libre. L'enfant était constipé; mais on n'avait jamais trouvé de sang ni dans les selles ni dans les substances vomies.

Chez ce petit malade, on constatait un phénomène que nous sommes habitués à rencontrer chez l'adulte en cas semblable, des contractions péristaltiques visibles donnant l'idée d'une dilatation de l'estomac par sténose pylorique.

Le dépérissement fut progressif, et l'enfant mourut deux mois après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, on trouva un estomac fortement contracté, et, à 5 millimètres au-dessous du pylore, le long de la petite courbure, un ulcère de 8 millimètres de diamètre, arrondi, avec des bords mous, lisses et un fond un peu pâle.

Voilà donc un ulcère rétropylorique, duodénal, mais juxtapylorique, qui avait donné lieu au syndrome que nous sommes habitués à rencontrer chez des adultes qui présentent un ulcus pylorique ou juxtapylorique, qu'il soit situé au-dessus ou au-dessous du pylore, pourvu qu'il soit à proximité s'il n'entame pas le pylore lui-même.

On doit donc admettre qu'il peut y avoir, chez les enfants très jeunes, du spasme pylorique par ulcère donnant lieu à ce qu'on appelle soit le syndrome de Reichmann, soit le pylorisme tel que l'ont conçu Soupault et Hartmann.

On cite quelques rares faits dans lesquels il y eut probablement guérison, dans des cas d'ulcérations diagnostiquées cliniquement; argument plus important encore, on a trouvé parfois à l'autopsie, à côté d'ulcérations récentes, des cicatrices dépendant vraisemblablement d'ulcères plus anciens qui avaient guéri. Par conséquent, il n'est pas impossible que, chez des enfants survivants, il se produise ultérieurement des accidents dépendant d'une ulcération de l'estomac ayant évolué à une époque antérieure.

Fréquence de l'ulcus dans l'enfance et l'adolescence. — Nous allons aborder maintenant l'étude d'une série de faits, beaucoup plus intéressants pour nous, parce qu'ils peuvent être suivis d'accidents ulcéreux susceptibles de se prolonger ou de se répéter pendant la vie tout entière.

Si l'on cherche dans les auteurs, d'après les statistiques produites, quelle est la fréquence de l'ulcus dans la seconde enfance et dans l'adolescence, on trouve des données assez étendues bien qu'insuffisantes. Je vous rappellerai la statistique bien connue de Brinton qui, sur 226 cas vérifiés à l'autopsie, a trouvé seulement 2 cas de zéro à dix ans, et 18 cas entre dix et vingt ans.

MM. Parmentier et Lasnier ont relevé 20 cas portant sur des enfants âgés de deux ans et demi à quatorze ans chez lesquels il y avait eu une véritable histoire d'ulcus, et non pas seulement d'une ulcération à évolution rapide ayant causé la mort quelques jours après son apparition. L'autopsie a du reste été faite dans une série de ces observations.

Laissez-moi citer aussi les faits appartenant à la statistique de mon service relevée par M. Moutier. Sur 1012 cas dans lesquels il est très vraisemblable cliniquement qu'il existait un ulcère gastrique, M. Moutier a trouvé que, sur 380 femmes, l'ulcus avait commencé très probablement de onze à vingt ans, dans 84 cas, ce qui fait une proportion de 22 p. 100. Sur 632 hommes, le début de l'ulcus paraît s'être fait au même âge dans 45 cas, ce qui fait seulement 7,12 p. 100. La fréquence de l'ulcus à cette période de la vie paraît donc être moins grande chez les hommes que chez les femmes.

L'impression de M. Moutier est du reste, d'après nos observations, que l'ulcus chez la femme débute volontiers au moment où commence sa vie génitale, au moment où les règles s'établissent. Et, il est possible que la grossesse vienne souvent jouer un rôle dans les poussées ultérieures. Il semble bien que la période de douze à quinze ans soit pour les petites filles l'âge auquel l'ulcus débute le plus souvent.

Evidemment, on ne peut pas affirmer d'une façon absolue que, dans ces 1012 observations, l'ulcus ait toujours existé réellement. Il est possible que nous ayons compté plus d'ulcus qu'il n'y en avait réellement. Nous avons actuellement la crainte très légitime de laisser passer l'ulcus sans le diagnostiquer, de sorte que nous avons peut-être tendance à le diagnostiquer avec trop de facilité; mais, en admettant

même que l'erreur en cas semblable soit d'un quart, d'un tiers même, les chiffres précédents n'en conserveraient pas moins, au point de vue clinique, une signification très nette et d'importance véritable.

Etude clinique. — Voici une histoire typique de l'ulcus de l'enfance et de l'adolescence que j'emprunte à MM. Parmentier et Lasnier.

Chez une malade de douze ans, les accidents douloureux de l'estomac et l'ulcus lui-même paraissaient avoir débuté quatre ans auparavant, c'est-à-dire à l'âge de huit ans. Les parents de cette petite fille contaient qu'elle avait été prise de diarrhée au moment du sevrage, que cette diarrhée avait duré pendant plusieurs années, et qu'à l'âge de deux ans et demi elle avait été soumise au régime commun de la famille. Pour le dire tout de suite, ce sont là des circonstances étiologiques que l'on rencontre dans une série de faits analogues. Chez les enfants ou les adolescents qui ont présenté de bonne heure des accidents traduisant vraisemblablement l'existence de l'ulcus, on relève souvent des accidents gastro-intestinaux au moment du sevrage, et aussi la mise trop rapide à l'alimentation commune de la famille, alimentation qui est loin d'être idéale dans la plupart des cas.

A quatre ans, il y avait eu déjà des douleurs épigastriques, des vomissements et des sensations de faim exagérée, si bien que l'enfant se cachait assez souvent pour manger du pain en cachette, à l'insu de ses parents, de façon à calmer les douleurs qu'elle éprouvait.

Donc, à quatre ans déjà, de la faim douloureuse calmée par l'alimentation. Ces phénomènes avaient persisté, s'étaient aggravés, et à onze ans et demi il se produisit pendant une semaine des vomissements de sang rouge suivis de melæna. Le développement de cette petite fille était très retardé de sorte que, à l'âge de douze ans, elle ne paraissait guère en avoir que huit ou neuf.

A l'examen, on constatait une douleur épigastrique presque continue avec des irradiations vers le dos, l'exagération de cette douleur après l'ingestion des aliments et une sensation de brûlure. Les vomissements survenaient assez souvent; ils étaient constitués par les aliments pris au repas précédent. A la pression, douleur assez vive à l'épigastre sans localisation bien nette. L'examen du suc gastrique a montré qu'il n'y avait pas d'acide chlorhydrique libre; mais on sait que cela n'empêche pas de diagnostiquer l'ulcus, et que, malgré le rôle attribué à l'hyperchlorhydrie et à l'autodigestion au cours de l'ulcus, il arrive assez fréquemment que, lorsque l'ulcus a duré déjà depuis un certain temps, l'hyperchlorhydrie disparaisse et qu'on trouve, au contraire, une diminution de l'acidité chlorhydrique totale et la disparition de l'acide chlorhydrique libre. Pas de liquide le matin à jeun. Cette petite fille s'est améliorée assez rapidement sous l'influence du repos et d'un régime convenable, et, au bout de quelques mois, elle est sortie de l'hôpital en apparence guérie.

MM. Parmentier et Lasnier donnent une autre observation personnelle qui se rapporte cette fois à une jeune fille de vingt ans qui présentait nettement des signes d'ulcus de l'estomac et qui avait commencé à souffrir aux environs de quatorze ou quinze ans, âge auquel il fallait donc reporter le début des accidents ulcéreux.

Indépendamment de ces observations, le travail de MM. Parmentier et Lasnier renferme une revue d'ensemble sur les manifestations cliniques de l'ulcus dans l'enfance. On y retrouve les symptômes que nous sommes habitués à trouver dans l'ulcus d'une façon générale. Il faut faire remarquer que, assez souvent, comme chez l'adulte du reste, les douleurs tardives ne se sont produites très nettement qu'après une période assez prolongée de dyspepsie assez banale, sans caractéristique, et incapable par elle-même de faire penser à l'existence de l'ulcus. Les douleurs tardives apparaissent seulement au bout, quelquefois, de plusieurs années. Elles présentent alors souvent le caractère tardif qui est de nature à faire songer davantage à l'existence de l'ulcus, bien que ce ne soit là qu'une présomption et que les douleurs tardives ne suffisent pas pour l'affirmer.

Surviennent alors des vomissements, en général alimentaires, se produisant quelques heures après le repas, le plus souvent à la suite des crises de douleur tardive. Chez ces malades, l'appétit était variable, quelquefois il y avait des périodes pendant lesquelles il était augmenté et d'autres pendant lesquelles il était diminué. On a signalé de temps en temps des fringales semblables à celles qu'avait cette petite fille dont nous parlions tout à l'heure qui se cachait pour manger du pain à l'insu de ses parents. Les hématémèses, les signes d'hémorragie, de gastrorragie n'ont été retrouvés, retenez ce fait important, que dans les deux tiers des cas dans lesquels l'ulcus a été diagnostiqué à l'autopsie. Par conséquent, chez ces jeunes sujets, de même du reste que chez des sujets plus âgés, il ne faut pas attendre la présence des signes de gastrorragie pour soupçonner ni même pour diagnostiquer l'ulcus. Evidemment, on n'a pas cherché dans les cas observés chez les enfants avec une régularité suffisante l'existence des hémorragies, surtout par les réactifs chimiques dont nous disposons actuellement; mais, même lorsque cette donnée manque, nous en arrivons souvent encore à soupçonner ou même quelquefois à affirmer l'ulcus d'une façon ferme.

Très souvent, on constate chez la plupart de ces malades, en raison de la difficulté à s'alimenter résultant des douleurs gastriques et aussi en raison de ces douleurs elles-mêmes, directement, un arrêt de développement et une sorte d'infantilisme.

A noter également qu'il y a souvent des formes frustes et incomplètes chez ces jeunes sujets, ce qui ne leur appartient pas d'une façon particulière, qu'il y a des périodes douloureuses, paroxystiques, habituelles dans l'évolution de l'ulcus, qu'il s'agisse de l'adulte ou de l'enfant.

Il est intéressant de noter que, dans la plupart des cas dans lesquels il y a eu des accidents graves et, en particulier, des accidents amenant la mort, soit

par hémorragie, soit par perforation et péritonite aiguë, le diagnostic n'avait pas été fait exactement. On avait, dans presque tous les cas, pensé, non pas à l'ulcus, mais à l'appendicite, et il ne paraît faire aucun doute qu'assez souvent on ait pris pour de l'appendicite des accidents d'ulcus chez des enfants et chez des adolescents, précisément à cause de leur âge et parce qu'on n'avait pas suffisamment, médecin ou chirurgien, cette notion que l'ulcus peut parfaitement se rencontrer dans l'enfance et qu'il se rencontre plus souvent que ne le disent les ouvrages classiques. Je connais pour ma part des faits dans lesquels, chez des adultes, on a rétrospectivement attribué à l'appendicite des crises gastralgiques de l'adolescence. On a, parfois même, persistant dans cette idée, enlevé inutilement l'appendice, à propos d'accidents attribuables, en réalité, à des reprises de l'ulcus juvénile.

Pour commettre moins facilement cette erreur, à l'avenir, il conviendra de se souvenir que l'ulcus débute assez souvent dans l'enfance et qu'il peut, ultérieurement, tourmenter les malades pendant le cours tout entier de leur existence par ses récidives d'abord, puis par ses paroxysmes.

Anatomie pathologique. — Rien de bien spécial à en dire. MM. Parmentier et Lasnier ont fait le relevé des lésions trouvées au cours de 9 autopsies. Ils ont noté 6 fois l'ulcus de la région pylorique, 3 fois de la petite courbure, 4 fois de la face antérieure. C'est à peu près la même fréquence de localisation que nous sommes habitués à trouver chez l'adulte. Il n'y a rien là qui soit intéressant, et les lésions de l'ulcus, du reste, ne diffèrent pas de ce qu'on voit chez l'adulte. On peut trouver un ulcus d'aspect récent, c'est-à-dire avec des bords mous, souples et, dans un certain nombre de cas, un ulcus à bords indurés. Chose curieuse : on a relevé, dans une série de cas, que cet ulcus à bords indurés s'était produit chez des adolescents qui avaient eu des accidents de péritonite par perforation, alors que rien auparavant n'avait fait soupçonner l'existence d'un ulcus. Par conséquent, il semble bien qu'il puisse y avoir, chez les jeunes sujets, un ulcus invétéré sans qu'il se produise de symptômes suffisants pour qu'on en reconnaisse l'existence.

Importance pratique des données précédentes. — Quel intérêt pratique résulte des notions que je viens d'exposer? Tout d'abord, c'est qu'il faut, chez l'enfant et chez l'adolescent, penser davantage à l'ulcus qu'on ne le faisait autrefois. Il faut y penser, non seulement pour en faire le diagnostic et pour soigner les enfants le plus près possible du début de la maladie, mais pour les maintenir ultérieurement à un régime suffisamment sévère pour que ne se produisent pas les récidives dont ils sont menacés, au cours de leur vie, quelquefois à longue échéance.

Il peut être aussi utile de soupçonner rétrospectivement l'ulcus de l'enfance en examinant des adultes, parce que, dans un certain nombre de cas, la notion de cette possibilité amènera à faire un diagnostic actuel exact et à expliquer l'ensemble des accidents observés au cours de la vie et à prévoir ceux qui menacent de se produire : le passé éclaire à la fois le présent et l'avenir.

En étudiant l'histoire de la sténose ulcéreuse d'origine mésogastrique, j'aurai l'occasion de revenir sur une série d'observations concernant presque exclusivement des adultes. Des femmes arrivées à trente-cinq, quarante ans, présentent des signes de lésions ulcéreuses très douloureuses, très persistantes, très rebelles, et l'examen radioscopique fait immédiatement reconnaître une sténose mésogastrique. Il peut au même titre se produire des phénomènes de sténose pylorique.

Exemples d'ulcus de l'adolescence méconnu. — Nous connaissons tous le type de l'adolescent qui a grandi trop vite, qui présente des troubles de digestion que l'on est amené après examen à attribuer à de la dilatation de l'estomac, ou mieux à de la ptose avec dilatation de l'estomac. C'est le type juvénile de l'ectasie gastrique. Ces malades accusent, la plupart du temps, d'abord des signes de fatigue générale, une dépression facile sous l'influence de la fatigue physique et, plus encore, peut-être, de la fatigue intellectuelle. Ce sont des neurasthéniques, des neurasthéniques scolaires, souvent, qui se trouvent, par ce fait, mis dans l'impossibilité de suivre aisément le cours de leurs études. Ces jeunes gens, arrivés à quinze ans, seize ans, dix-sept ans, ont souvent de la difficulté de digestion assez marquée ; après avoir mangé, ils ont de la pesanteur, parfois réellement pénible, du gonflement et une sensation de malaise général plus ou moins accentuée. Quand on les examine, on constate un estomac allongé, dilaté, chez lequel, deux ou trois heures après le repas, on trouve un clapotage et un bruit de flot considérables. L'estomac présente une certaine difficulté à se vider. Il se vide tardivement et on ne trouve pas de liquide, le matin à jeun, d'une façon habituelle, tout au moins.

Ce type, nous le connaissons tous, et il semble que son diagnostic ne présente aucune difficulté. Eh bien ! j'ai la certitude de m'être trompé dans plusieurs cas de ce genre, parce que je n'ai pas pensé suffisamment à la possibilité de l'ulcus au cours de l'adolescence et que j'avais trop présent à l'esprit le schéma de la dilatation juvénile de l'estomac. J'ai ainsi méconnu des faits de dilatation gastrique résultant d'une sténose pylorique d'origine ulcéreuse, qu'il y ait eu ou non, en même temps, un certain degré de dilatation et de ptose.

Il y a quelques années, un de mes amis de province m'envoyait un jeune homme de dix-huit ans qui souffrait de l'estomac déjà depuis trois ou quatre ans, qui avait présenté au début des phénomènes de dyspepsie banale, des digestions lentes, difficiles, le mettant dans l'impossibilité de vivre à la façon des jeunes garçons de son âge. A un moment donné, et je n'y ai pas suffisamment attribué d'importance, il s'était mis à souffrir, avait eu des douleurs assez intenses, ayant assez exactement le type des douleurs tardives. On trouvait à l'examen abdominal un estomac descendant profondément, un clapotage assez étendu et souvent un peu de liquide le matin à jeun. Je n'ai pas, au début, pensé

à la possibilité d'une sténose pylorique d'origine ulcéreuse. J'ai mis ce jeune garçon au régime alimentaire, à la cure de repos que je fais faire habituellement en cas de dilatation juvénile de l'estomac. Je me suis étonné, lorsque j'ai vu que je n'obtenais pas le résultat habituel. En examinant le malade de plus près, j'ai été conduit à supposer qu'il existait un certain degré de sténose incomplète du pylore. On a été ainsi amené à lui faire ultérieurement une gastro-entérostomie, après avoir constaté d'une façon assez répétée, après des crises douloureuses paroxystiques, de la stase légère le matin à jeun, et l'opération a donné des résultats très satisfaisants. Mon erreur initiale a valu à ce jeune homme six mois de douleurs inutiles.

Autre exemple, et d'un type différent. Il y a deux ans, à pareille époque, entrait dans mon service un malade de vingt-deux ans, mais qui avait un aspect un peu infantile et qui en paraissait à peine dix-huit. Il avait, disait-il, des douleurs intenses après le repas, calmées par l'alimentation depuis environ huit mois. Ces douleurs avaient pris une intensité progressive, puis étaient survenus des vomissements, d'abord quatre heures après le repas, puis plus rapidement Le malade avait été amené de cette façon, à se faire des lavages de l'estomac presque tous les jours. Dans ces conditions, s'il avait moins souffert, il s'était amaigri beaucoup; en effet, il ne prenait que deux litres de lait, et comme il en enlevait une partie par les lavages, il était arrivé à perdre 22 kilogrammes.

En l'interrogeant de plus près, nous avons appris ultérieurement que ce jeune homme avait, en réalité, commencé à souffrir quatre ans auparavant, aux environs de l'âge de dix-sept ou dix-huit ans. Son aspect me faisait penser qu'il y avait eu chez lui, au cours d'une dilatation juvénile banale de l'estomac, des accidents névropathiques de douleur et de vomissements, attribuables en grande partie à l'inanition.

Au début, la radioscopie a paru donner raison à cette hypothèse, car on trouvait un estomac descendant très bas sans signe de dilatation, sans contraction péristaltique exagérée. Cependant, l'intensité des douleurs, l'échec de toutes les médications m'ont fait redemander à mon ami et collègue Béclère de revoir ce malade. Nous avons constaté alors un peu de liquide de l'estomac à jeun et ensuite des contractions péristaltiques exagérées. Nous avons été amenés à diagnostiquer ainsi, après avoir trop hésité, une sténose pylorique incomplète pour laquelle j'ai prié M. Ricard d'intervenir. Après laparotomie, il a trouvé une cicatrice blanchâtre sur la face antérieure du pylore, une induration pylorique très nette et des signes de périgastrite postérieure avec adhérences rétropyloriques. La gastro-entérostomie transmésocolite fut pratiquée ; le bénéfice ne fut pas immédiat, le malade continua à vomir pendant quelque temps. Il présenta même un de ces accidents postopératoires qu'il faut connaître, d'autant plus qu'on y remédie facilement quand on en sait la nature. Par le fait même de la gastro-entérostomie, il y avait un reflux du contenu du duodénum dans l'estomac et il vomissait de la bile. Comme il avait l'habitude des vomissements depuis longtemps, comme de plus il s'est figuré qu'il était bon d'expulser cette bile, qu'il rejetait en grande quantité, il en provoquait volontairement l'expulsion, et il m'a fallu, trois semaines après son opération, le tenir de très près, faire sa rééducation d'opéré, de gastro-entérostomisé, pour lui démontrer ce qui se passait et pour venir à bout de cette série de vomissements postopératoires. Ultérieurement, les douleurs ont cessé complètement ; il a pu s'alimenter, il a repris du poids et des forces ; il est sorti d'ici en apparence complètement guéri, et j'ai tout lieu de croire qu'il est resté en très bon état depuis l'établissement de l'anastomose gastro-jéjunale.

Conclusions. — Quelles sont les notions que l'on doit retenir après la revue que nous venons de faire ? C'est que l'ulcus chez les enfants et les adolescents est beaucoup plus fréquent que ne le ferait supposer la lecture des livres classiques, qu'il faut y penser plus qu'on ne l'a fait jusqu'à présent et, en particulier, ne pas se laisser tromper par un diagnostic trop facile d'appendicite chronique.

Retenons encore qu'il est important, lorsqu'on a affaire à des jeunes gens ou même à des adultes, de savoir qu'ils ont pu avoir un ulcus dans leur jeune âge. Car cela peut servir à expliquer les accidents gastriques qu'ils présentent à une phase plus ou moins tardive de leur vie. Ceci joint à la notion que nous avons de la récidive facile de l'ulcus, nous amènera à soumettre les sujets à une diète d'autant plus sévère et prolongée.

ACTUALITÉS

LES FORMES CHIRURGICALES DE LA TUBERCULOSE PRIMITIVE DES GANGLIONS MÉSENTÉRIQUES

L'importance clinique du carreau fut considérable à une époque, fort lointaine d'ailleurs, où l'on confondait sous ce nom diverses tuberculoses abdominales. Elle s'est amoindrie progressivement grâce aux travaux qui ont rendu aux lésions du péritoine et de l'intestin la part qui leur était propre, si bien que, de la riche symptomatologie attribuée jadis à l'adénite tuberculeuse du mésentère, il n'est rien resté ou presque rien, même au point de vue objectif. Les traités classiques en effet — les traités de médecine, s'entend, car la plupart des traités de chirurgie n'abordent même pas la question — donnent de la maladie une description à peu près purement négative. Il semble qu'on soit allé trop loin dans cette voie. S'il est exact en général que la lésion mésentérique soit une simple étape de l'infection tuberculeuse, qu'elle ait un rôle nul ou très effacé dans l'ensemble des manifestations cliniques et ne mérite pas un traitement particulier, par contre il n'est plus douteux aujourd'hui qu'elle puisse parfois créer à elle seule des troubles très graves relevant de la chirurgie, non seulement par la forme sous laquelle ils se présentent, mais par le traitement qui peut leur être appliqué avec succès.

L'étude de ces formes particulières du carreau est de date récente. Elle a eu surtout pour point de départ les erreurs de diagnostic qui ont amené les chirurgiens à pratiquer la laparotomie chez des malades présentant les signes d'une appendicite, d'une tuberculose iléo-cæcale, voire d'un ulcère gas-

trique, et qui étaient atteints, en réalité, d'une tuberculose localisée aux ganglions du mésentère. En 1907, Demoulin puis Tuffier dans deux rapports à la Société de chirurgie groupèrent des faits de cette sorte et en firent ressortir tout l'intérêt. Mais les travaux les plus étendus sur ce sujet sont ceux de Mächtle en 1908, de Thiemann, de Lockwood en 1909, de Corner, de Floderus, de Parker en 1912, ainsi que la thèse de Lhuissier en 1912-1913.

Tout d'abord le carreau peut-il constituer une maladie autonome? En d'autres termes a-t-on le droit de parler d'une tuberculose primitive et isolée des ganglions mésentériques? Cette question, dont l'intérêt est évident aussi bien au point de vue pratique qu'au point de vue nosologique, doit recevoir une réponse nettement affirmative, malgré l'opinion contraire de Takeya et Dold. D'une part on a trouvé maintes fois des adénites tuberculeuses du mésentère chez des malades qui ne présentaient aucune lésion de même nature ni voisine, ni éloignée, et l'examen histologique de l'intestin est même resté souvent négatif dans des cas où la masse ganglionnaire faisait corps avec cet organe. D'autre part, les expériences de Dobroklonsky, celles de Carrière ont prouvé que le bacille de Koch pouvait, sans la léser, traverser la muqueuse intestinale de la même façon qu'il traverse la conjonctive (Valude).

Tous les ganglions mésentériques peuvent être infectés, mais ce sont ceux de l'iléon et surtout ceux de l'iléo-cæcum qui le sont le plus souvent. Demoulin et Corner expliquent cette particularité par la stase physiologique des produits de la digestion au niveau de cette partie de l'intestin. La zone des ganglions lymphatiques ainsi fréquemment atteints a, selon Thiemann, la forme d'un triangle dont la base correspond au segment iléo-cæcal et le sommet à la deuxième vertèbre lombaire. Dans 15 cas sur 26 rapportés par cet auteur, les ganglions tuberculeux étaient situés à droite de la colonne vertébrale.

Les adénites mésentériques ont un volume, un état anatomique, des connexions très variables. Petits, isolés ou volumineux et souvent conglomérés en masses irrégulières, les ganglions peuvent aussi être mobiles, énucléables, parfois même pédiculés ou adhérents aux organes voisins et on les rencontre en outre à tous les stades de l'évolution tuberculeuse fermes et élastiques, caséifiés, kystiques ou même calcifiés.

Si le carreau paraît être surtout une maladie de l'enfant, les formes graves qu'il peut revêtir se voient par contre aussi souvent chez l'adolescent et chez le jeune adulte. La moyenne de l'âge auquel apparaît la maladie serait quinze ans d'après Floderus. Corner a prétendu que le siège de l'adénite était en rapport avec l'âge du sujet, les adultes présentant surtout le type des adénites iléo-cæcales et les enfants celui des adénites disséminées dans le bord libre du mésentère, mais cette distinction doit n'avoir qu'une valeur toute relative, car dans la statistique de Thiemann se trouvent 9 adultes offrant le type infantile et 4 enfants le type adulte.

Les troubles organiques que peut déterminer l'adénite tuberculeuse du mésentère ont un caractère très marqué de contingence et de diversité. Aussi le tableau clinique de la maladie est-il aussi peu uniforme que possible. Le mieux sera donc d'analyser succinctement les symptômes, puis de voir comment ils se groupent pour réaliser différents types morbides.

Aucun signe n'est pathognomonique ni même peut-être constant. La tuméfaction ganglionnaire existe à coup sûr dans tous les cas, mais elle peut être difficilement perceptible. D'ailleurs elle est aisément confondue avec diverses tumeurs abdominales ou certains agglomérats inflammatoires. Simple ou multiple, petite ou volumineuse, elle constitue cependant un des meilleurs signes du carreau.

La douleur est après la tumeur le symptôme le plus habituel. Floderus dit qu'elle existe dans les trois quarts des cas. Elle siège habituellement dans la région ombilicale ou dans la fosse iliaque droite. Elle est continue ou intermittente, et au point de vue de l'intensité présente tous les degrés possibles. A cette douleur spontanée s'ajoute assez souvent une douleur provoquée par la palpation de la masse ganglionnaire.

Parmi les troubles digestifs, les plus importants sont les vomissements, les coliques et les changements que subit le cours des matières. Les vomissements même répétés ne sont pas fatalement le signe de l'iléus ou de la péritonite qui sont les deux complications les plus communes du carreau, mais doivent les faire craindre. Les coliques sont banales et fréquentes. Et l'on observe aussi bien la constipation que la diarrhée. Mais il faut remarquer que celle-ci peut exister en dehors de toute lésion intestinale, comme aussi les selles sanglantes dues peut-être à la stase qui se produit dans les veines mésentériques. Tous ces accidents disparaissent d'ailleurs parfois très vite après l'opération.

Les troubles de l'état général sont parmi les éléments les plus variables. La fièvre manque très souvent et même quand il s'agit d'adénite suppurée. Grünberg aurait retiré un litre de pus du ventre d'un malade qui n'en avait pas moins une température normale. Cependant Floderus prétend qu'il n'est guère de cas dans lesquels on ne puisse constater une poussée fébrile de temps à autre. Il en était ainsi dans tous ceux qu'il a observés.

La tuberculose primitive des ganglions mésentériques est essentiellement protéiforme, si l'on en juge par l'histoire des cas publiés en ces dernières années. Décrire ses aspects cliniques c'est principalement rappeler ceux des maladies avec lesquelles on l'a confondue. Mais ce n'est pas là une vaine besogne, car il faut être averti des difficultés du diagnostic pour avoir quelques chances de le faire, et s'il n'a été posé que 7 fois sur les 75 cas réunis par Floderus, cela tient sans doute en partie à ce que ces formes chirurgicales du carreau ne sont encore qu'imparfaitement connues.

Dans une première catégorie de faits ce sont les symptômes objectifs qui attirent l'attention. La maladie est une tumeur de l'abdomen plus ou moins volumineuse mais toujours importante. Les troubles fonctionnels qu'elle provoque peuvent être très légers. Habituellement ils sont assez sérieux et consistent en coliques, en phénomènes dyspeptiques mal définis. L'état général est souvent plus ou moins atteint. L'erreur de diagnostic est habituelle. Kukula prit la masse ganglionnaire pour une tumeur solide du mésentère, et Bier crut qu'il s'agissait d'une tumeur rétropéritonéale.

L'observation de Mächtle fournit un exemple assez typique de cette forme. La malade était une jeune fille de vingt-cinq ans qui présentait à droite de l'ombilic une tumeur dure, bosselée et douloureuse. Elle avait maigri et souffrait de coliques très vives mais ses selles étaient régulières et normales. Von Bruns qui l'opéra trouva un amas de ganglions tuberculeux complètement adhérents au cæcum et au côlon ascendant. Il reséqua la masse avec le segment intestinal voisin et guérit sa malade. Histologiquement les ganglions étaient infiltrés de tubercules caséeux et la muqueuse intestinale absolument saine.

Dans un second groupe de faits les symptômes fonctionnels ou bien jouent un rôle aussi important que les symptômes physiques ou bien l'emportent de beaucoup sur eux.

Lorsqu'une adénite assez volumineuse occupe la région iléo-cæcale et s'accompagne de troubles intestinaux sérieux ayant une allure chronique, elle peut simuler assez bien la tuberculose du cæcum pour que l'erreur du diagnostic soit inévitable. Lhuissier dans sa thèse cite plusieurs cas de ce genre.

Mais la forme clinique la plus remarquable que puisse prendre le carreau est certainement celle de l'appendicite. Il semble en outre que ce soit une de celles qu'aient rencontrées

le plus souvent les chirurgiens. L'imitation est si parfaite qu'on s'y est toujours laissé prendre. Un des cas les plus caractérisés est celui de Massoulard. En voici l'observation très résumée, elle peut remplacer la description de la forme appendicitaire du carreau :

Il s'agit d'une femme de trente-huit ans habituellement bien portante et sans antécédents héréditaires ni personnels, qui a eu en deux ans trois crises de douleurs dans la fosse iliaque droite. Chaque fois la douleur est survenue brusquement et a persisté très violente pendant plusieurs jours, s'accompagnant de constipation et même de selles sanglantes après la deuxième crise, mais non de fièvre, ni de vomissements. Quoique affaiblie et amaigrie depuis quelques mois, la malade a conservé au moment de l'examen l'aspect d'une femme robuste et bien constituée. L'abdomen présente une zone douloureuse au voisinage du point de Mac Burney; on sent à ce niveau un petit noyau particulièrement sensible et une masse plus profonde, imprécise. Aucun autre trouble organique. Le diagnostic porté est « reliquats d'appendicite ». On découvre à l'opération un petit ganglion au-devant du cæcum et une masse de ganglions grosse comme un œuf de poule dans l'angle iléo-cæcal. Ces ganglions se sont spontanément pédiculisés. Ils sont enlevés ainsi que l'appendice qui est d'apparence normale. La malade guérit très simplement. L'examen histologique et l'inoculation au cobaye démontrèrent la nature tuberculeuse de l'adénite et l'intégrité absolue de l'appendice.

Une autre maladie abdominale dont il est beaucoup plus rare mais plus singulier encore de voir la symptomatologie imitée par le carreau est l'ulcère de l'estomac. Lund en 1912 signalait cette cause d'erreur. Thyrode l'an dernier a publié une observation extrêmement intéressante à ce point de vue.

Son malade un homme de vingt-cinq ans, syphilitique, souffrait de douleurs à l'épigastre avec brûlures, renvois aigres, pesanteur après les repas et portait dans la partie supérieure et droite de l'abdomen une tumeur légèrement sensible. L'examen du chimisme gastrique montra un excès d'acide chlorhydrique. La tumeur ne s'étant pas modifiée sous l'influence du traitement spécifique, Thyrode pensa qu'il s'agissait d'un ulcère et pratiqua une laparotomie. L'estomac, le duodénum et l'appendice étaient sains, mais le mésentère tout entier contenait des ganglions de volumes divers et il y en avait un amas dans la région où l'on avait senti une tumeur. Un des ganglions fut seulement enlevé pour l'examen histologique; il était nettement tuberculeux. Mais le plus curieux de cette histoire est que le malade, dont l'auteur eut des nouvelles plusieurs années après, paraissait avoir été complètement guéri de sa maladie par cette opération.

Enfin une autre forme encore du carreau, la dernière qui mérite d'être retenue, est celle de l'iléus. D'ailleurs il ne s'agit plus tout à fait ici du carreau à l'état de pureté, si l'on peut dire, mais plutôt d'une complication. Les symptômes de l'iléus n'apparaissent guère en effet dans le cours de l'adénite tuberculeuse du mésentère que lorsque cette adénite a déterminé des lésions qui compriment mécaniquement l'intestin. Et ces lésions ne sont habituellement autre chose qu'une péritonite plastique créant des adhérences intrapéritonéales. Quoi qu'il en soit il faut savoir que cet accident est une conséquence possible, et non exceptionnelle, du carreau. Parker en a rapporté une observation très démonstrative dans laquelle les symptômes d'obstruction succédèrent à une appendicite.

La vraie et la plus fréquente complication de l'adénite est la péritonite tuberculeuse. Elle n'est pas toujours due à la propagation lente de l'infection mais parfois à la rupture d'une adénite suppurée. Floderus a observé deux cas de péritonite ayant cette dernière origine et Edén en a publié un cas dans lequel la rupture de l'abcès qui amena la péritonite fut causée par un traumatisme. Ce dernier malade opéré guérit d'ailleurs complètement.

Il est inutile de dire que le diagnostic des formes chirurgicales du carreau est particulièrement malaisé. Les éléments les plus importants à considérer pour éviter l'erreur sont, d'une part la tumeur à peu près constante, d'autre part l'état général qui est souvent peu en rapport avec l'état local, ensuite l'évolution très irrégulière de la maladie. Différents auteurs recommandent l'emploi de la radiographie. Mais, quoique Floderus se félicite des services qu'elle lui a rendus, elle doit être habituellement d'un bien faible secours.

Le traitement est une des parties les plus nouvelles et les plus intéressantes de la question. Czerny en 1877 semble avoir été le premier à traiter opératoirement une tuberculose primitive des ganglions mésentériques, mais son malade mourut de péritonite. Et le premier succès fut obtenu par Bier en 1890. Ensuite viennent les opérations également heureuses de Schmidt-Mornard en 1893, de Peterson en 1897 et 1899. Kukula en 1900 se trouva le premier aux prises avec la nécessité de réséquer un segment intestinal. Enfin il faut citer les cas présentés en 1900 à l'*American surgical Association* par Elliot et Richardson. Ce sont sans doute les plus anciens de ceux qui ont été opérés avec le diagnostic d'appendicite.

Voici les diverses formes qu'a prises, selon les cas et selon les chirurgiens, l'acte opératoire. Elles se sont toutes montrées capables de fournir des guérisons et il peut se trouver des circonstances où les moindres d'entre elles soient seules utilisables :

L'opération la plus radicale et la plus satisfaisante est évidemment l'extirpation complète des masses ganglionnaires. Elle peut être assez souvent pratiquée, les formes localisées du carreau n'étant pas aussi rares qu'on se l'imaginait autrefois.

Mais l'extirpation est rendue quelquefois très difficile par les connexions de la tumeur. Comme c'est en général à l'intestin qu'elle adhère, on peut être ainsi amené à réséquer une partie soit d'intestin grêle, soit de gros intestin. A cette catégorie des opérations complexes, on peut rattacher celle des nombreux cas dans lesquels l'appendice, ayant paru atteint de vieilles lésions inflammatoires ou simplement douteux, a été enlevé en même temps que les ganglions. Le cas de Newbolt est ici bon à rappeler pour montrer le rôle essentiel de l'adénopathie tuberculeuse. Newbolt diagnostique chez une jeune fille de dix-neuf ans une appendicite chronique. Au cours de l'opération, il enlève l'appendice et néglige quelques ganglions mésentériques tuberculeux. Les douleurs ne sont nullement améliorées et ne disparaissent qu'après la résection ganglionnaire faite six mois plus tard.

Il peut se faire que la difficulté ou même l'impossibilité de l'extirpation ganglionnaire soient dues à la suppuration de l'adénite et à la formation d'une coque fortement adhérente aux parties voisines, par exemple à la paroi abdominale postérieure, aux vaisseaux iliaques. Certains chirurgiens ont été ainsi amenés à pratiquer un simple curettage avec isolement de la cavité et tamponnement ou drainage. C'est ce qu'ont fait par exemple et avec succès Gérard-Marchant, Casati, Lund.

Enfin lorsque le chirurgien s'est trouvé en présence d'adénopathies multiples et disséminées du mésentère, il a dû se borner souvent à enlever les masses volumineuses ou renoncer à toute extirpation. Mais dans les cas même d'intervention très incomplète ou de simple mise à l'air du carreau, des guérisons durables ont été obtenues. L'observation résumée plus haut de Thyrode est à ce point de vue très probante. Il en existe d'autres.

Les statistiques faites de cas disparates, et d'ailleurs encore très restreintes, ne peuvent guère donner une idée exacte des résultats fournis par le traitement chirurgical. Cependant il ne serait pas raisonnable de n'en tenir aucun compte. Celle de Thiemann, qui est assez précise, donne les indications suivantes : sur 26 cas, 4 fois la mort a été causée par

l'opération : 2 fois par une péritonite, 1 fois par une septicémie, 1 fois par la paralysie du cœur; 13 des 15 cas présentant la localisation iléo-cæcale ont rapidement guéri ; il en fut de même de 6 cas sur les 8 qui nécessitèrent des résections intestinales ; les suites éloignées ont surtout pu être appréciées chez quatre malades opérés par Riedel et qui tous au bout de plusieurs années paraissaient définitivement guéris. Sur 16 cas personnels Floderus a eu 11 succès et n'a perdu que les malades atteints de lésions avancées ou compliquées, soit d'iléus soit de péritonite.

En résumé, la tuberculose primitive et isolée des ganglions mésentériques, dont l'existence ne peut plus être mise en doute, doit désormais compter parmi les maladies capables de créer divers syndromes abdominaux plus ou moins graves. Elle est souvent justiciable du traitement chirurgical. Celui-ci peut avoir parfois la prétention d'être radical. En outre, il est susceptible de prévenir ou de guérir des complications redoutables comme l'iléus et la péritonite. De nouveaux faits permettront d'en mieux préciser les indications et la technique.

P. CHASTENET DE GÉRY.

Principales publications : GÉRARD-MARCHANT. *Soc. de chir. de Paris*, 24 janv. 1900. — HÉMERY. Th. de Lille, 1901-1902. — MASSOULARD, rapport de DEMOULIN. *Soc. de chir. de Paris*, 15 mai 1907. — ROUTIER. GUIBAL, rapport de TUFFIER. *Soc. de chir. de Paris*, 29 mai 1907.— MÄCHTLE. *Beit. z. klin. Chir.*, 1908, t. LIX, fasc. 1. — CASATI. *La clinica chirur.*, 31 mars 1908.— THIEMANN. *Arch. f. klin. Chir.*, t. XCI, fasc. 2, 1909. — LOCKWOOD. *St. Barthol. hosp. rep.*, vol. XLV, 1909. — NEWBOLT. *Liverp. med. chir. Journ.*, 1910, p. 291, et *Brit. med. Journ.*, 1911, p. 1101. — MONTSARRAT. *Surg. gyn. a. obst.*, 1911, p. 381. — CORNER. *Lancet*, 1912, p. 426. — SCHLOSSMANN. *Beit. z. klin. Chir.*, 1912, p. 241.— FLODERUS. *Nord med. Ark.*, 1912, XLV, I. — LHUISSIER. Th. de Lyon, 1912-1913. — DAVID W. PARKER. *The Boston med. a. surg. Journ.*, 1912, p. 915. — F. B. LUND. *The Boston med. a. surg. Journ.*, 1912, p. 918. — E. EDÉN. *Upsala Lækareforenings Forhandlingar*, 1913, p. 157. — Maurice VEJUX THYRODE. *The Boston med. a. surg. Journ.*, 1913, p. 351.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 30 JANVIER 1914)

Traitement des hémorragies intestinales par le chlorhydrate d'émétine. — MM. O. JOSUÉ et F. BELLOIR ont employé le chlorhydrate d'émétine depuis le mois d'avril 1913 dans les hémorragies intestinales. Leurs observations portent sur quatre fièvres typhoïdes, une paratyphoïde A et une hépatite alcoolique. Dans tous les cas les résultats se sont montrés particulièrement favorables. Dans les cas d'hémorragies intestinales, sans négliger les autres moyens habituels, il faudra faire des injections d'émétine. Dans les hémorragies légères, une dose de 2 centigrammes peut suffire. Il est parfois nécessaire de répéter la dose ou de l'augmenter si l'hémorragie ne cesse pas. Dans les cas graves on injectera d'emblée 3 ou 4 centigrammes que l'on pourra renouveler plusieurs jours de suite.

Non seulement l'émétine est un adjuvant, mais elle leur semble plus efficace que les autres moyens hémostatiques généraux qu'ils avaient jusqu'ici à leur disposition. Ils n'ont trouvé aucune contre-indication à l'emploi de l'émétine qui mérite d'entrer dans la pratique courante pour le traitement des hémorragies intestinales comme elle est entrée dans la pratique pour le traitement des hémoptysies.

Syndrome tardif de la fièvre typhoïde. Transfusion sanguine. — MM. BRAILLON et BAX (d'Amiens) ont observé à la fin d'une fièvre typhoïde bénigne des hémorragies multiples et abondantes, buccales, nasales, rénales, gastriques et intestinales. Une transfusion sanguine abondante faite par le docteur Caraven n'eut pas d'action durable sur la marche des accidents, on constata une hémorragie profuse au niveau de la plaie chirurgicale. La guérison survint brusquement au bout de huit jours alors que la situation paraissait désespérée. Les auteurs insistent sur l'existence, au point de vue de la nosologie, d'un syndrome hémorragique tardif de la fièvre typhoïde signalé par MM. A. Robin, N. Fiessinger et M.-P. Weill, sur sa curabilité possible, sur sa terminaison brusque sous forme de véritable guérison critique dans les cas favorables. Au point de vue pathogénique, l'inefficacité de la transfusion les conduit à chercher dans des réactions humorales spécifiques neutralisant l'action toxique de l'infection éberthienne sur ce sang, le mécanisme de la guérison, ces réactions étant suspendues pendant l'évolution des accidents. Une thérapeutique vraiment efficace devrait donc être recherchée non dans l'injection à l'organisme des substances contenues dans tous les sérums, mais dans l'intervention d'un sérum spécifique ou l'emploi d'extraits d'organes hématopoïétiques d'animaux soumis à l'action de l'intoxication éberthienne et à réactions activées par des saignées répétées.

Les troubles de la fonction biliaire dans la cirrhose alcoolique. — MM. A. BRAULT et H. GARBAN ont étudié les troubles de la fonction biliaire dans 12 cas de cirrhoses alcooliques, par la recherche des éléments de la bile dans le sang, dans les urines et dans les matières fécales. Dans 8 cas, l'étude de ces troubles a été complétée par l'examen de la bile et des lésions viscérales.

Ces recherches ont permis d'établir qu'il existe, au cours de toute cirrhose alcoolique, indépendamment de toute complication toxique ou infectieuse, un certain degré de rétention biliaire qui peut, selon son intensité, revêtir toutes les modalités cliniques, depuis l'absence totale de coloration anormale des téguments jusqu'à l'ictère permanent le plus franchement caractérisé. Cette rétention se manifeste essentiellement par une élévation du taux de la bilirubinémie et par le passage dans les urines de pigments normaux ou modifiés et de sels biliaires en excès.

L'absence fréquente de tout obstacle au cours régulier de la bile et de tout processus hémolytique pathologique, l'existence constante de lésions importantes du parenchyme hépatique et la présence dûment constatée de rétentions biliaires dissociées autorisent à penser que cette rétention permanente est liée à un trouble fonctionnel de la cellule hépatique de même nature que celui qui a déjà été signalé dans les ictères infectieux.

Ces recherches établissent en outre que l'urobilinurie et l'urobilinogénurie sont, au cours des cirrhoses alcooliques, sous la dépendance étroite de la rétention biliaire et que les pigments modifiés doivent être considérés habituellement, dans ces affections, comme les produits de la réduction intratissulaire de la bilirubine retenue à un taux anormalement élevé.

Quant à la diminution de l'élaboration des éléments de la bile ou hypocholie, elle reste, au décours des cirrhoses, plus apparente que réelle. A la phase terminale de l'affection, cette hypocholie peut être expliquée aussi bien par l'état de déchéance générale du malade que par l'insuffisance de la cellule hépatique.

Traitement kinétique des engelures. — MM. Lucien JACQUET et DEBAT ont obtenu régulièrement l'amélioration immédiate, puis la guérison rapide des engelures graves, ulcéreuses, par la méthode bio-kinétique.

Cette méthode comporte :

1° La suppression, complète ou relative, des irritations externes et internes : froid, lavages irritants, viciations fonctionnelles et générales ;

2° La mobilisation active des poignets, des mains et des doigts, en élévation forcée, faite à fond, pendant cinq minutes, toutes les heures si possible, huit fois par jour au moins, en tout cas, le patient étant commodément accoudé, au rebord d'un lit par exemple. Eviter, dans l'intervalle des reprises, de tenir les mains basses.

Pour les pieds, mêmes manœuvres, avec séjour prolongé ou permanent au lit, ou à la chaise longue.

Les auteurs rapportent des observations probantes de guérison par cette méthode et répètent que le succès est invariable et pour ainsi dire automatique. Il manque seulement quand le médecin se montre insuffisamment éducateur.

Outre cette vertu curative, la bio-kinétique possède une sérieuse valeur préventive.

Et c'est là au total, en un temps qui admet la nature tuberculeuse des engelures, et qui prise presque exclusivement la médecine étiologique, une revanche partielle, mais curieuse et suggestive de l'iatro-mécanisme.

Le tintement métallique d'origine cardiaque dans le pneumothorax du côté gauche. — L. GALLIARD. Il faut se garder de confondre avec le retentissement métallique des bruits du cœur, phénomène banal, le tintement métallique vrai, synchrone aux contractions ventriculaires qui est rare, qu'on a signalé dans le pneumo-péricarde, mais qui n'appartient guère, en réalité, qu'au pneumothorax du côté gauche.

M. Galliard ne l'a observé que chez un seul malade : un phtisique portant un pneumothorax total du côté gauche avec dextrocardie complète et bruit d'airain merveilleux, mais sans souffle amphorique et sans tintement métallique d'origine pulmonaire. Presque toujours simple, il fut, deux ou trois fois, redoublé, constituant le bruit de carillon que Friedreich a décrit dans le pneumopéricarde. Son maximum existait au bord gauche du sternum, dans les troisième et quatrième espaces. Ignoré du malade, il ne se percevait pas à distance.

Il n'existait ni dans le décubitus latéral droit, ni dans la position genu-cubitale, mais seulement dans le décubitus dorsal et le décubitus latéral gauche, lequel permettait à la masse cardiaque de s'appesantir sur la cavité résonnante.

Après quinze jours d'observation il disparaît pour être remplacé par les bruits amphoriques, mais sans tintement d'origine pulmonaire.

A l'autopsie on constata l'absence de lésions cardiaques et péricardiques, l'absence d'emphysème médiastinal. La plèvre gauche contenait une quantité insignifiante de pus. Le poumon gauche, creusé de cavernules et atélectasié, s'étalait à la surface du péricarde qu'il recouvrait presque complètement. La perforation existait à la base du lobe supérieur. Si elle avait joué un rôle dans la pathogénie du tintement métallique, rythmé par le cœur, on comprendrait difficilement l'absence du tintement d'origine respiratoire qui a été noté pendant toute la durée de l'observation.

Il faut donc attribuer, avec Barth et Roger, le phénomène « à la simple percussion médiate du cœur sur l'espèce de caisse sonore que forme la plèvre gauche distendue par un épanchement gazeux ».

— Communication faite à la séance du 23 janvier :

Compression de la région pontocérébelleuse gauche. — MM. L. GALLIARD et Fernand LÉVY présentent un homme de cinquante ans chez lequel les accidents ont débuté par l'envahissement de la huitième paire cranienne gauche et une céphalée occipitale qui persiste encore aujourd'hui.

Dans l'espace de deux à trois mois survinrent successivement du même côté des paralysies des sixième, cinquième, neuvième, dixième, onzième, douzième et septième paires craniennes coïncidant avec un amaigrissement considérable. A part la céphalée et le ralentissement du pouls, ces phénomènes progressifs ne se sont jamais accompagnés de signes d'hypertension intracranienne ; il n'y a pas eu de vomissements et la stase papillaire fait défaut. L'examen du liquide rachidien et la recherche du Wassermann ont été négatifs. Il est vraisemblable qu'il s'agit d'une tumeur de l'angle pontocérébelleux gauche. Le traitement mercuriel intensif n'a pas donné de résultats et l'exérèse chirurgicale, étant donnée la multiplicité des nerfs comprimés ou envahis, est peu recommandable.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

DYSPEPSIE HYPOSTHÉNIQUE

Si l'affection est légère et encore près du début, se contenter d'interdire les aliments de digestion longue et difficile, et prescrire après chaque repas un verre à liqueur d'élixir de Trouette-Perret à la papaïne.

Si la dyspepsie est plus prononcée, à la prescription précédente, ajoutez un régime réduisant au minimum le travail de l'estomac et excluant tous les aliments fermentescibles. En cas d'exclusion de l'alcool : cachets de Trouette-Perret à la papaïne à la place de l'élixir.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Presse médicale. — (N° 6, 21 janv. 1914.) Auguste BROCA : Leçon d'ouverture. L'éducation manuelle du médecin. — Georges PASCALIS : Deux appareils pour le traitement des fractures de l'humérus. — (N° 7, 24 janv.) EHRENPREIS : Tuberculose rénale fermée. — CHIRENT : Les lois de systématisation des lésions dans la tuberculose pulmonaire commune. — RICHARD : Erpicum. — (N° 8, 28 janv.) H. LUC : L'amygdalectomie chez l'adulte. — OUFTUGEANINOFF : Le traitement du typhus « exanthematicus » par l'iode. — G. VOLPIUS : Recherches sur la culture du virus rabique selon Noguchi.

Province médicale. — (N° 3, 17 janv. 1914.) E. MAUREL (de Toulouse) : Causes pathologiques du dysgénisme. — PIGACHE et HAMANT (de Nancy) : Fracture diaphysaire en papillon de Delorme. — (N° 4, 24 janv.) GRASSET (de Montpellier) : Médications des hémorragies.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 4, 24 janv. 1914.) M. LABERNADIE : Les phlegmons du pilier postérieur du voile du palais (étude clinique et pathogénique). — LAFITE-DUPONT : Un procédé de redressement de la crête du nez.

Paris médical. — (N° 8, 24 janv. 1914.) Marcel LABBÉ et André GENDRON : Diagnostic du coma diabétique. Les réactions d'acidose dans le liquide céphalo-rachidien. — Ch.-H. DUNCAN : Traitement radical de la bronchite chronique et autres états catarrhaux du système respiratoire. — J. PECH : Un cas d'épilepsie larvée cyclique ambulatoire. — P.-V. BADIN : De la radiographie dans l'étude du pied plat valgus des adolescents. — GALLIOT : Note sur l'adrénaline employée comme antagoniste de la crise nitritoïde dans les injections de salvarsan.

Progrès médical. — (N° 4, 24 janv. 1914.) CORDIER et LÉVY : Une épidémie familiale de pneumonie.

ANALYSES

MÉDECINE

Pauses ventriculaires et accidents vertigineux dans la maladie de Stokes-Adams. Troubles de conduction nodo-ventriculaire. (L. Gallavardin. *Lyon médical*, n° 1, 4 janvier 1914.) — Des multiples accidents nerveux de la maladie de Stokes-Adams, vertiges, syncopes, ictus apoplectiformes, crises convulsives, et dont le lien commun est fait de leur origine cérébrale ischémique, ce sont certainement les vertiges que le médecin est le plus souvent amené à constater lui-même. Ces vertiges peuvent, d'ailleurs, se répéter un grand nombre de fois dans la même journée et se grouper en quelque sorte sous forme d'un véritable état de mal vertigineux, lequel n'est pas très rare à une certaine phase de la maladie de Stokes-Adams.

Peu de choses sont plus impressionnantes que les accidents vertigineux de la maladie de Stokes-Adams, ou plus alarmantes lorsque ces accidents se répètent sous forme d'état de mal vertigineux. Le terme de vertige, consacré par l'usage, est, d'ailleurs, assez impropre, car le sujet n'éprouve aucune sensation visuelle gyratoire, aucun trouble d'équilibration; il s'agit, en réalité, d'un trouble cérébral qui ne va pas jusqu'à la perte de connaissance et qui est causé par l'arrêt subit et temporaire de la circulation artérielle des centres nerveux. On est en train de causer avec le malade, de l'interroger, le doigt sur la radiale : brusquement le pouls s'arrête, la face du malade que l'on considérait attentivement pâlit affreusement, les traits prennent une expression d'angoisse, la tête se renverse légèrement, le regard se révulse, une ou deux inspirations profondes soulèvent la poitrine et, au moment où l'angoisse commence à gagner le médecin lui-même, un flot de sang inonde le visage en même temps que le pouls réapparaît avec force et que le malade laisse échapper un soupir de soulagement au sortir de cette courte lutte entre la vie et la mort. Toute la scène n'a duré que quelques secondes, mais souvent, à peine le patient et l'entourage se sont-ils remis de leur émotion, que les mêmes phénomènes se reproduisent et cela avec une fréquence qui ne laisse aucun repos au malade et une prolongation telle de certaines crises que le médecin, effrayé de ce mortel silence au niveau de la radiale, lâche vivement le bras du sujet et s'apprête à mettre en œuvre tous les moyens propres à ranimer la circulation. Il faut ajouter que de tels malades sont en général très notablement soulagés par l'administration de sulfate d'atropine à la dose de un demi à 1 milligramme par jour.

Ce sont ces accidents vertigineux que l'auteur a pu étudier, chez deux malades, par la méthode graphique. Des constatations qu'il a pu ainsi faire, les unes confirment des faits connus, les autres sont originales. En voici les conclusions. 1° Les pauses artérielles enregistrées et qui, toutes, étaient accompagnées de vertiges, mesurent de cinq à huit secondes et demi. Cela répond bien à la notion courante d'après laquelle l'ischémie initiale s'accompagne presque fatalement d'accidents nerveux au delà de quatre à cinq secondes; les pauses plus prolongées et dépassant quinze à vingt secondes étant toujours accompagnées de pertes de connaissance ou de phénomènes épileptiques. 2° Les pauses artérielles qui sont la cause déterminante des accidents nerveux du Stokes-Adams ne sont pas des pauses cardiaques totales mais seulement des pauses ventriculaires, l'oreillette continuant à battre son rythme normal. 3° Les conditions dans lesquelles se produisent les pauses ventriculaires dans la maladie de Stokes-Adams sont au nombre de trois : α. il s'agit le plus souvent de block partiel; β. le malade étant en block partiel, il faut, en second lieu, que la conduction auriculo-ventriculaire soit brusquement interrompue; γ. la troisième condition nécessaire pour que se produise la pause ventriculaire, même après l'interruption de la conduction hisienne, est l'absence de développement du rythme ventriculaire automatique.

En résumé, le block partiel ou total par trouble de la conduction auriculo-ventriculaire est une chose et les pauses ventriculaires relevant sans doute de troubles de la conduction nodo-ventriculaire et auxquelles sont dus les accidents nerveux du syndrome de Stokes-Adams en sont une autre. Le syndrome de Stokes-Adams ne doit donc pas être considéré comme l'évolution naturelle et fatale des troubles de conductibilité auriculo-ventriculaire mais comme une complication véritable dont la fréquence s'explique, du reste, par le voisinage de deux zones dangereuses et l'extension facile des lésions de l'une à l'autre. STEPHEN CHAUVET.

Deux cas de mort rapide après la paracentèse abdominale. (Rispal et Lavau. *Le Toulouse médical*, 15 décembre 1913.) — La paracentèse abdominale était, autrefois, considérée comme une intervention sérieuse. Ultérieurement, lorsque l'on sut les moyens d'éviter les complications infectieuses, on la regarda, au contraire, comme fort bénigne. C'est un tort, car il reste encore, disent les auteurs, des accidents de la plus haute gravité qu'il est à peu près impossible d'éviter et surtout de prévoir. Perrin, dans un article publié en 1908, a groupé toutes les causes de mort après la paracentèse. C'est ainsi qu'il a envisagé successivement : l'anémie séreuse, l'ictère grave, les hémorragies de la paroi, les hémorragies du tube digestif, la dilatation cardiaque a vacuo.

Mais, tandis que l'anémie séreuse, ou l'ictère grave, même dans les cas les plus sérieux, ont une évolution qui peut durer une ou plusieurs semaines, les hémorragies du tube digestif, ou la dilatation cardiaque peuvent entraîner une mort rapide en quelques heures.

Ce sont ces derniers accidents qui semblent avoir été les causes de la mort dans les deux cas rapportés.

Le premier concerne une femme âgée de cinquante-sept ans qui était atteinte d'une ascite volumineuse et d'œdème des membres inférieurs. Le cœur battait régulièrement à 90 pulsations par minute. La pression artérielle était de 15 et 10 cenmètres de Hg, au Pachon. Les urines étaient fortement colorées et rares : 200 à 300 grammes par vingt-quatre heures. Elles ne contenaient ni sucre, ni pigments biliaires, mais un peu d'albumine.

Trois jours après son entrée à l'hôpital, on pratique une paracentèse et l'on retire 6l300 d'un liquide citrin. Après la ponction, l'exploration abdominale montre un foie petit et une rate hypertrophiée et le diagnostic de cirrhose atrophique est porté.

Le lendemain, état général stationnaire; les urines n'ont pas augmenté malgré la théobromine et le régime lacté.

L'œdème de la paroi abdominale a diminué parce que le liquide d'infiltration du tissu cellulaire s'écoule en abondance par l'orifice cutané de la ponction qui ne s'est pas refermé malgré toutes les précautions prises.

Deux jours plus tard la malade se trouve tout à coup dans un état très grave. Elle est pâle, très faible et absolument incapable de faire le moindre effort. Elle ne ressent aucune douleur, mais elle se plaint d'une grande faiblesse qui l'a envahie tout d'un coup. Les extrémités sont froides, le pouls est petit, pas très fréquent : 95 pulsations par minute. Cet état de collapsus cardiaque s'aggrave dans le cours de la journée malgré digitaline, caféine et huile camphrée.

Dans la soirée la température monte à 38 degrés. Le lendemain elle redescend à 37 degrés; l'état de collapsus s'aggrave progressivement; la malade peut à peine parler et se cyanose peu à peu. Elle meurt le lendemain matin.

A l'autopsie on ne trouve pas trace de péritonite; le foie est atteint de cirrhose atrophique; les reins paraissent normaux; le cœur est flasque, très mou, mais non dilaté.

Il s'agirait donc, pour les auteurs, d'un cas de collapsus cardiaque survenu plusieurs jours après une paracentèse, alors que, d'habitude, pareille complication s'observe immédiatement ou presque après la ponction.

La valeur fonctionnelle du myocarde représentait, dans ce cas, le facteur capital dans la pathogénie du collapsus cardiaque ainsi que le prouve souvent la faible dilatation du cœur.

La deuxième observation est celle d'un homme de trente-trois ans qui était atteint d'une ascite datant de vingt-cinq jours environ. Les urines, rares et foncées, contenaient des traces d'albumine. La paracentèse fut pratiquée et retira 5 litres d'un liquide citrin. Après cette intervention le foie apparut hypertrophié (période d'hypertrophie pré-atrophique). Un mois après, nouvelle évacuation de 8 litres de liquide. Huit jours plus tard, nouvelle paracentèse nécessitée par des accidents dyspnéiques. Elle est faite à quatre heures du soir et ramène 8 litres de liquide. Aussitôt après apparaît un délire doux qui durera toute la nuit. La température tombe à 35°6 vers six heures du soir. A huit heures du soir, le malade a une selle rougeâtre, très probablement composée de sang pur dont la quantité peut être évaluée à un demi-litre. Par la suite aucune évacuation hémorragique ne se produit, mais l'hémorragie intestinale devait continuer car le malade s'affaiblit visiblement. Il mourait le lendemain matin en hypothermie (35 degrés). L'autopsie ne put être faite.

Cette observation présente un exemple d'hémorragie intestinale mortelle, après paracentèse. La décompression, disent les auteurs, doit modifier l'équilibre de la circulation abdominale en entraînant un afflux sanguin plus considérable dans les vaisseaux de l'intestin dont les parois dégénérées laisseraient transsuder le sang en plus ou moins grande importance.

Les observations de ce genre sont nombreuses. Perrin cite plusieurs cas d'hémorragie intestinale après paracentèse dont une mortelle. Ozenne a publié également, en 1905, une hémorragie intestinale mortelle après paracentèse. Estaphy perdit, dans les mêmes conditions, un malade, en trois heures.

La conclusion à tirer de tous ces faits c'est que la paracentèse la mieux faite peut être suivie d'accidents mortels ; aussi, convient-il, d'une part, de se tenir sur ses gardes pour parer aussitôt à toutes les complications qui peuvent survenir et, d'autre part, d'être toujours réservé dans l'appréciation du pronostic.

STEPHEN CHAUVET.

Pigmentation physiologique des muqueuses. (BONNET. *Soc. des sc. méd. de Lyon*, 26 nov. 1913.) — L'auteur présente un sujet français, vigoureux, bien portant et non syphilitique. Il est très brun et a la peau assez pigmentée. Dans la bouche on trouve d'abondantes taches pigmentées à la face interne des joues (surtout à gauche) et sur la lèvre inférieure.

A propos de ce cas l'auteur fait remarquer que la pigmentation physiologique (qui est distincte de celle des vagabonds) a été signalée chez les Bohémiens et les Roumains et que l'on croyait qu'elle leur était spéciale, mais qu'il n'en est rien. On l'observe, en effet, non rarement, chez les autres peuples et chez les Français par exemple. M. Milian a émis récemment l'hypothèse qu'il pourrait s'agir d'une pigmentation syphilitique. L'auteur trouve que cette opinion n'est pas défendable.

STEPHEN CHAUVET.

NEUROLOGIE

Sur la signification de la réaction de Boutenko. (A. PRINCE et L. TELLE. *Ann. méd.-psychol.*, déc. 1913.) — Boutenko, en 1910, pensait que le précipité noir formé par l'ébullition de certaines urines avec la liqueur de nitrate mercureux était symptomatique de paralysie générale.

Les auteurs ont entrepris des recherches pour élucider le mécanisme et la valeur de cette réaction. Ils en tirent les conclusions suivantes :

La réaction peut se produire soit en milieu alcalin, soit en milieu acide. Il n'y a lieu de tenir compte des résultats que dans ce dernier cas. Elle semble due à la présence dans l'urine d'une quantité suffisante de créatinine et de phosphates bibasiques ou de sels organiques tels que les urates.

Cette réaction ne peut servir à caractériser la paralysie générale. Sa signification clinique est assez vague et complexe. Elle n'indique que la présence d'un excès d'urates ou de phosphates, avec une proportion de créatinine au moins égale à la normale.

P. CAMUS.

THÉRAPEUTIQUE

Une thérapeutique intensive et simplifiée de la tuberculose pulmonaire. (L. BOUDREAU. *Journ. de méd. de Bordeaux et de la région du Sud-Ouest*, 4 janv. 1914.) — L'auteur a inauguré, il y a une dizaine d'années, un système de traitement de la tuberculose pulmonaire qu'il a accentué depuis et développé sans cesse parce que ses résultats sont demeurés constants.

Le procédé, fort simple, repose sur les deux principes suivants :

1° L'iode est, dans l'état actuel de nos connaissances, le procédé direct, spécifique et héroïque de la tuberculose.

2° L'iode doit être administrée aux tuberculeux à doses prudentes d'abord, mais croissantes et poussées jusqu'aux plus extrêmes limites de la tolérance.

Les accidents d'iodisme ne seraient pas à craindre avec les préparations simplement iodées. L'iodisme, qui se révèle parfois avec des doses d'iode considérables, consiste en petits faits très bénins qu'il ne faut pas confondre avec les phénomènes fâcheux qu'on observe dans l'iodurisme après administration des iodures et tout spécialement de l'iodure de potassium. L'iode doit être administrée par voie digestive, mélangée aux boissons les plus diverses, sous forme de teinture d'iode.

On commence par XX gouttes par jour, puis l'on augmente progressivement, et il faut arriver à CXXX ou CL gouttes par jour pour obtenir des résultats appréciables. On peut administrer des doses plus élevées et l'auteur traite actuellement des malades qui absorbent jusqu'à CCCL gouttes par jour de teinture d'iode du codex de 1908.

Ces doses élevées sont prises en ingérant plusieurs fois par jour un nombre élevé de gouttes, dans un verre de boisson. A cet égard l'eau vineuse (le vin rouge est celui qui convient le mieux) permet de prendre aisément la teinture d'iode pendant ou en dehors des repas ; le lait, le café au lait peuvent être également employés.

Pour les enfants, les doses doivent être naturellement moins élevées. Il est indiqué de donner, vers six à sept ans, des doses quotidiennes de XL à LX gouttes environ.

Ce traitement longtemps continué aurait donné à l'auteur de remarquables résultats même à des phases avancées de la phtisie. Il n'y aurait guère de contre-indication, malgré l'interdiction bien connue de donner de l'iodure aux phtisiques, car, si les iodures, par leur action congestive, peuvent présenter pour certains malades des dangers, il n'en serait pas de même de l'iode.

A ce traitement l'auteur ajoute l'eucalyptol et le gaïacol administrés à l'intérieur et les applications externes de camphre et d'huile d'eucalyptol sur le thorax.

STEPHEN CHAUVET.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 15. — JEUDI 5 FÉVRIER 1914. 87e ANNÉE. JEUDI 5 FÉVRIER 1914. — N° 15.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, **10** francs par an. Étudiants étrangers, **15** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **5** fr. **50**. — 6 mois : **11** fr. — 1 an : **20** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Galliard, Klippel, Lion, Déjerine, Letulle, Claisse, Méry, Petit, Lesné, Gouget, Hirtz et Marion.

Candidats. — 1. MM. Abrami, Agasse-Lafont, Ambard, Ameuille, Armand-Delille, Audistère, Balthazard, Barré, Baudouin, Beaufumé,

11. Bénard (Henri), Bénard (René), Blechmann, Bloch, Bory, Boudon, Braun, Brin, Brissaud, Brulé,

21. Brunel de Serbonnes (de), Camus, Cawadias, Chabrol, Chené, Chiray, Civatte, Claret, Claude, Cléret,

31. Cotoni, Darré, Debré, Deguy, Descomps, Detot, Doury, Dreyfus-Rose, du Castel, Durand,

41. Duvoir, Esmein, Faroy, Faure-Beaulieu, Ferrand, Feuillié, Fiessinger, Flandin, Flourens, Foix,

51. François, Froin, Gastinel, Gaultier, Génévrier, Géraudel, Giroux, Gougerot, Halbron, Harvier,

61. Herscher, Israëls de Jong, Jacob, Joltrain, Jomier, Jumentié, Laederich, Lagane, Laroche, Leconte,

71. Lejonne, Lemaire, Léri, Levi (Léopold), Lévy (Fernand), Lévy-Franckel, Lévy-Valensi, Lian, Lippmann, Lutembacher,

81. Lyon-Caen, Malloizel, Marie, Ménard, Milhit, Monier-Vinard, Moutier, Nathan, Norero, Paillard,

91. Paisseau, Paris, Pélissier, Philibert, Pinard, Ramond, Renaud, Rivet, Rostaine, Roux,

101. Salin, Salomon, Schaeffer, Sevestre, Sézary, Sourdel, Stévenin, Tanon, Thibaut, Tinel,

111. Tixier, Touchard, Touraine, Troisier, Villaret, Vitry, Voisin, Weil, Weill.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hopitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Lermoyez, Lombard, Bourgeois, Michon, Cunéo, Triboulet, qui acceptent; et Sébileau, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 3 février. — Question donnée : « Muscle sterno-mastoïdien. — Diagnostic, traitement des hémoptysies au cours de la tuberculose pulmonaire. »

MM. Ecot, $14 + 21 = 35$; Deschamps (P.), $14 + 18 = 32$; Boppe, $17 + 22 = 39$; Bonnard, $13 + 21 = 34$; Doumer (Edmond), $15 + 20 = 35$; Perrier (Léon), $13 + 17 = 30$; Couinaud, $16 + 20 = 36$; Coulaud, $14 + 20 = 34$; Ollier, $14 + 19 = 33$.

Prochaine séance (épreuve supplémentaire), jeudi 5 février, à cinq heures, rue des Saints-Pères.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Un concours pour le prix de la Société d'hygiène publique de Bordeaux, consistant en prix, médailles et encouragements à décerner tous les trois ans à des mémoires, œuvres ou organisations se rapportant à l'hygiène, sera ouvert en juillet 1915 pour la première fois, puis en juillet 1918, 1921, 1924, etc.

Les candidats à ces prix devront adresser au doyen de la Faculté, au plus tard le 15 juillet de l'année du concours, une lettre de candidature faisant connaître leurs nom, prénoms, date et lieu de naissance, titres divers, et accompagnée des justifications nécessaires : livres ou mémoires imprimés relatifs à l'hygiène, ou travaux manuscrits et résultats de

RENSEIGNEMENTS

recherches de date récente (moins de trois ans), exposé des œuvres ou organisations relatives à l'hygiène dont ils pensent pouvoir s'attribuer la création ou auxquels ils ont pris une part prépondérante.

Aucune condition de grade universitaire n'est exigée des candidats.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

— LYON. — Sont chargés de cours complémentaires :

MM. Garin (zoologie), Guillemard (chimie analytique et toxicologie) et Rochaix (hygiène et bactériologie).

— MONTPELLIER. — M. Lagriffoul, agrégé, est chargé d'un cours de microbiologie (durée du congé accordé à M. Rodet).

ÉCOLES SUPÉRIEURES DE PHARMACIE. — Sont admis à prendre part au concours qui s'ouvrira à Paris, le 25 février 1914, pour quatre places d'agrégés des écoles supérieures de pharmacie (section de physique, chimie et toxicologie) :

Académie de Montpellier. — M. Faucon, docteur ès sciences physiques, pharmacien supérieur de première classe.

Académie de Paris. — M. André, docteur ès sciences physiques, pharmacien de première classe.

M. Damiens, licencié ès sciences physiques, pharmacien supérieur de première classe.

M. Douris, docteur ès sciences physiques, pharmacien de première classe.

M. Leroux, docteur ès sciences physiques, pharmacien de première classe.

M. Sommelet, docteur ès sciences physiques, pharmacien de première classe.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur des épidémies a été décernée aux personnes ci-après désignées, en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques :

Médaille d'or. — M. le docteur Jablonski (de Poitiers).

M. le médecin-major de deuxième classe Fidon (du Maroc occidental).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Aubert (de Bry-sur-Marne), Bretonville (de Vincennes), Capot de Quissac-Naudin (de Paris), Casella (de Grasse), Zalta (de Joinville-le-Pont)

M. le docteur Milhit, chef de clinique à l'hôpital des Enfants-Malades.

M. Niclet, préparateur au laboratoire central de l'hôpital Saint-Louis.

MM. Borel, interne à l'hôpital Laënnec; Colleville, interne à l'hôpital Trousseau; Dautrelle et Wilborts, internes aux Enfants-Malades; Mlles Denis, interne à l'hôpital Hérold; de Pfeiffel, interne au bastion 29; MM. Ferry et Philardeau, internes à Bretonneau; Sorel, interne à Brévannes; Weissenbach, interne à Saint-Louis.

MM. Bisson, interne provisoire à l'hôpital Hérold; Cathala, Verut et Gineste, internes provisoires à Trousseau; Perrier, interne provisoire à l'Hôtel-Dieu.

MM. Lipschitz, externe des hôpitaux de Paris; Petit, externe à l'hôpital de la Pitié; Boncompain et Bouthillier, externes à Trousseau; Boudou, faisant fonctions d'externe à l'hôpital Claude-Bernard; Crautin, externe à l'hospice des Enfants-Assistés; Frédault, externe à Saint-Louis; Herdner, Houlbert et Marceron, externes à Saint-Antoine; Magnan, externe à Baudelocque; Paris, externe à la Charité; Richard et Vesselle, externes aux Enfants-Malades; Robinson, externe à la maison municipale de santé; Rousseau, externe à l'hôpital Cochin; Socquet, externe à l'hôpital Broussais; Funck-Brentano, externe à l'hôpital Necker.

M. le docteur Rendu, assistant à l'hôpital des Enfants-Malades.

LE PRIX NOBEL. — Nous apprenons que, dans sa dernière séance, le Conseil de l'Ecole de médecine de Marseille a décidé que ses membres présenteraient un candidat unique pour le prix Nobel de médecine et de physiologie. M. le professeur Bouchard (de Paris) a réuni l'unanimité des suffrages.

Quelques semaines auparavant, le Conseil de la Faculté de médecine de Montpellier avait pris la même décision; il avait dans cette pensée désigné également M. Bouchard.

La Faculté de Montpellier et l'Ecole de Marseille sont, à notre connaissance, les seuls établissements français d'enseignement supérieur qui aient été consultés par l'Institut Carolin de Stockholm pour l'attribution du prix Nobel de médecine et physiologie en 1914.

ETUDIANTS ESPAGNOLS ET FRANÇAIS. — Un certain nombre d'étudiants en médecine de la Faculté de Madrid, sous la conduite du professeur Forns, sont venus, il y a quinze jours, en mission d'études, à Paris. Les étudiants en médecine français, membres de la Corporative, qui les avaient accompagnés dans leurs différentes visites scientifiques, leur offraient samedi soir un vin d'honneur.

Un membre du comité de l'Association corporative, en quelques paroles, exprima à ses camarades espagnols le plaisir que les étudiants français avaient trouvé dans leur compagnie, et la satisfaction qu'ils avaient eu à constater la communauté de mœurs, de sentiments et de tendances qui unissaient les futurs médecins des deux nations latines.

Le professeur Forns sut trouver des paroles émouvantes pour exalter l'idéal médical, fait d'altruisme et de loyauté, pour représenter les sympathies franco-espagnoles, et exprimer sa confiance dans l'avenir scientifique et social des deux nations.

ASSOCIATION DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS. — L'Assemblée générale annuelle aura lieu le samedi 7 février prochain, à dix-sept heures précises, salle des thèses n° 2, à la Faculté de médecine.

L'ordre du jour comprend, notamment, le rapport de la Commission chargée d'organiser une Société analogue à celle des gens de lettres, et les élections : *a.* du président, en remplacement de M. Poncet, décédé; *b.* des vice-présidents; *c.* du secrétaire général, par suite de la démission du secrétaire général en exercice; *d.* du secrétaire général adjoint; *e.* de trois membres du Conseil d'administration; *f.* des membres du Conseil de famille.

COURS ET CONFÉRENCES

HOPITAL COCHIN-RICORD. — M. le docteur Queyrat reprendra ses conférences sur les maladies vénériennes et les maladies de la peau, le vendredi 6 février, à dix heures, et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

Les conférences auront lieu au laboratoire du pavillon Hardy.

Fonctionnement du service avec l'assistance de M. le docteur Robert Demanche, chef du laboratoire, et de M. le docteur Marcel Pinard, assistant de consultation.

A neuf heures et demie, le lundi : Prises de sang; sérodiagnostic; consultation externe (femmes et enfants).

Le mardi : Visite dans les salles; injections intraveineuses d'arsenobenzol.

Le mercredi : Consultation externe (hommes).

Le jeudi : Prises de sang; séro-diagnostic; petites interventions; thérapeutique dermatologique.

Le vendredi : Visite dans les salles; injections intraveineuses d'arsenobenzol.

Le samedi : Consultation externe (hommes).

Les mardis et vendredis soir, à huit heures et demie : consultation externe (hommes), M. Pinard; traitement ambulant des syphilitiques par les injections d'huile grise.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. le docteur Sabouraud commencera, le mardi 17 février, et continuera les vendredis et mardis suivants, à neuf heures, une série de douze leçons sur les maladies du cuir chevelu et les techniques à utiliser dans leur étude (laboratoire de la ville de Paris à l'hôpital Saint-Louis, 42, rue Bichat).

A PROPOS
DE
LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

DU DROIT QUE DEVRAIT AVOIR LE PATRON DE FAIRE SURVEILLER LE TRAITEMENT DE L'OUVRIER BLESSÉ

Par M. J. VANVERTS,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille,
Chirurgien des hôpitaux.

Les difficultés auxquelles se heurte l'application de la loi de 1898-1905 sur les accidents du travail tiennent à la diversité d'intérêts — intérêts des ouvriers, des patrons, des compagnies d'assurances, des médecins, des agents d'affaires — qui se trouvent en jeu et aussi aux défauts de cette loi.

J'ai insisté dans plusieurs travaux antérieurs (1) sur quelques-unes de ces difficultés et j'ai proposé certains moyens qui me semblaient devoir parer à celles-ci et contribuer à mieux assurer le jeu normal et équitable de la loi.

J'envisagerai dans cet article un autre point de vue de la question.

Les patrons se sont élevés depuis longtemps contre le libre choix du médecin par l'ouvrier et leur campagne est devenue plus active au cours de ces dernières années. Ils préconisent la suppression de ce libre choix et l'obligation pour l'ouvrier de se confier aux soins de certains médecins à l'exclusion des autres.

Ces prétentions ont naturellement soulevé les protestations des syndicats ouvriers et des syndicats médicaux qui se sont opposés à cette atteinte au droit pour l'ouvrier de s'adresser au médecin possédant sa confiance.

Quelles sont les raisons invoquées par les patrons et les assureurs pour demander la suppression du libre choix?

Elles sont multiples; mais on peut les réduire à trois principales.

La première concerne les frais exagérés qui découleraient de l'existence de ce libre choix : les médecins feraient trop de visites, trop de séances de massage et d'électricité, ordonneraient trop d'objets de pansement, etc. L'ouvrier ne proteste pas contre ces excès inutiles, puisque c'est le patron seul qui en subit les conséquences néfastes; il en profite du reste parfois sous forme de dons en argent qui lui sont faits par le médecin.

La seconde raison concerne la qualité des soins donnés à l'ouvrier. Ces soins seraient souvent « de mauvaise qualité » et entraîneraient des prolongations d'incapacité passagère ou même la production d'incapacités définitives qu'un traitement plus scientifique ou plus minutieux aurait pu éviter.

Je passe sur une troisième raison, celle des certificats fournis par les médecins traitants, car j'ai eu l'occasion de l'étudier antérieurement (2).

Que valent les deux premières raisons invoquées par les patrons et les assureurs contre le libre choix du médecin par l'ouvrier?

On ne peut nier qu'elles ne renferment une part de vérité. En ce qui concerne l'excès des frais médicaux et pharmaceutiques, de nombreux procès ont dévoilé les manœuvres malhonnêtes de certains médecins. Il s'agit là sans doute d'exceptions; mais ces exceptions se reproduisent avec une fréquence regrettable qui doit retenir l'attention. Il faut bien admettre que, si le législateur a rendu le patron responsable des conséquences des accidents du travail, il n'a pas voulu mettre à sa charge les conséquences des actes délictueux commis par ceux qui sont appelés à réparer le dommage causé par l'accident et qui l'aggravent en fait.

La « mauvaise qualité » des soins donnés aux accidentés du travail est, il faut aussi le reconnaître, un fait trop réel. Qu'il s'agisse d'ignorance ou d'insuffisance de soins de la part du médecin, il n'est pas douteux que dans bien des cas le traitement n'est pas assuré dans des conditions satisfaisantes. Le résultat en est que le temps de chômage de l'ouvrier est plus long qu'il ne devrait l'être et que des incapacités persistent et deviennent permanentes dans des cas où la guérison aurait dû être obtenue. Ici encore le patron se trouve rendu responsable de frais qui équitablement ne devraient pas lui incomber, puisqu'ils n'auraient pas été la conséquence de l'accident si les soins avaient été mieux donnés.

En décidant que le traitement sera désormais confié à des médecins dont nous connaissons la compétence et la conscience, nous éviterons, déclarent les patrons et les assureurs, les inconvénients qui résultent pour nous de l'organisation actuelle. Si, nos médecins commettent des erreurs, nous n'aurons rien à objecter, puisque nous les aurons choisis.

Voici la thèse des assureurs. La conclusion à laquelle ceux-ci aboutissent est, comme nous l'avons vu, qu'il faut supprimer le libre choix du médecin par l'ouvrier blessé au cours de son travail.

Reconnaissons de suite qu'elle soulève une grosse objection, car elle sacrifie le droit au libre choix que l'on tend de plus en plus à reconnaître à quiconque est obligé de recourir aux soins du médecin. Le pauvre, comme le riche, doit pouvoir, dit-on, s'adresser à celui qui a sa confiance. L'ouvrier n'est-il pas en droit, du reste, de demander à l'assureur sur quelles bases il établit le brevet de science qu'il décerne au médecin choisi par lui et de déclarer que ces bases lui semblent insuffisantes?

Tout médecin a, du fait qu'il possède un diplôme, le droit de donner des soins aux malades et aux blessés et doit, puisque ce diplôme lui a été délivré par des examinateurs compétents, être considéré comme capable de les donner.

A ces affirmations les partisans de la suppression du libre choix ont répondu par l'exposé des faits désastreux, aussi bien pour l'ouvrier que pour le patron, qui doivent être mis à l'actif des médecins du libre choix et certains d'entre eux ont demandé l'institution d'un diplôme spécial de chirurgien, qui

seul permettrait de donner des soins aux accidentés du travail.

Longtemps partisan du libre choix absolu, je dois avouer que l'expérience m'a forcé à en reconnaître les inconvénients. Toutefois, me tenant sur le terrain des réalisations pratiques, je ne crois pas qu'une campagne contre ce libre choix doive être entreprise et qu'elle ait chance d'aboutir.

Qu'on admette donc le principe du libre choix; mais que l'on s'efforce de parer à ses inconvénients.

Ce résultat peut être obtenu, pourvu que de part et d'autre on fasse preuve de loyauté et de bonne volonté. Il suffit de poser en principe que l'ouvrier et le patron ont tous deux droit et intérêt à ce que les soins médicaux soient donnés dans les meilleures conditions possibles. L'ouvrier a ce droit parce que sa santé et sa capacité de travail sont en jeu. Il en est de même du patron qui est responsable des conséquences de l'accident, conséquences qui seront d'autant moins onéreuses pour lui que les soins médicaux auront été plus consciencieusement et plus scientifiquement donnés.

Qu'on laisse donc le libre choix du médecin traitant à l'ouvrier, mais que l'on donne au patron le droit d'exercer un contrôle sur le traitement institué.

Le médecin commis par le patron, après ou sans autorisation du juge de paix, n'a actuellement pour rôle que de renseigner son commettant sur l'état du blessé et sur les conséquences de l'accident. Il ne peut s'immiscer dans le traitement que le médecin traitant conduit à sa guise et sans aucun contrôle. La jurisprudence est formelle sur ce point.

Les intérêts légitimes du patron se trouveraient respectés si le législateur donnait au médecin du patron le droit de s'occuper du traitement.

Que l'on me comprenne bien. Il n'est pas dans ma pensée de demander que le médecin du patron puisse se substituer à celui du blessé ou s'opposer à l'application d'un traitement. La direction des soins doit toujours rester au médecin traitant, c'est-à-dire au médecin de l'ouvrier.

Mais je demande que l'on donne au médecin désigné par le patron le droit, au cours de la visite faite en commun avec le médecin traitant, de contrôler le mode de traitement institué et de faire à son confrère les remarques qu'il jugera utiles.

Les avantages présentés par cette innovation me semblent importants.

Supposons le cas où le médecin de l'ouvrier commette une erreur quelconque concernant le diagnostic ou le traitement. S'il se trouve isolé, l'erreur persistera et pourra avoir des conséquences néfastes. Si un second médecin lui est adjoint, cette erreur sera découverte et ses funestes effets seront évités.

Que l'on se place au point de vue de l'ouvrier ou au point de vue du patron, on doit reconnaître que l'intérêt de chacun ne peut que trouver avantage à cette action combinée des deux médecins.

Reste le point de vue du médecin. Il sera désagréable et humiliant, m'objectera-t-on, pour le médecin traitant d'être obligé de se soumettre au contrôle du médecin du patron. A cette remarque je répondrai que, dans la clientèle ordinaire, les mêmes faits se reproduisent chaque jour. Lorsqu'un médecin est appelé en consultation auprès d'un malade que soigne un de ses confrères, c'est un contrôle qu'il vient exercer sur les actes de celui-ci. La situation n'est pas, je le reconnais, tout à fait la même. La consultation entre médecins est ordinairement provoquée soit par le doute dans lequel se trouve un médecin sur le diagnostic ou le traitement, soit par la gravité de l'état du malade et le désir justifié qu'éprouve ce médecin de se décharger d'une partie de la responsabilité. Mais il n'en est pas toujours ainsi : une consultation est parfois, pour une raison quelconque, imposée par la famille au médecin et celui-ci n'a pas le droit de la refuser, quel que soit le consultant choisi.

Pourquoi en serait-il autrement en matière d'accidents du travail? Le patron, qui a intérêt à ce que les soins de l'ouvrier soient d'excellente qualité, désigne un médecin en qui il a confiance et qui verra le malade en consultation avec le médecin de celui-ci.

Si le mot de « contrôle » résonne désagréablement aux oreilles du corps médical, qu'on le supprime et que la loi déclare que le patron aura le droit de désigner un médecin qui se rencontrera à intervalles fixes *en consultation* auprès du blessé avec le médecin de celui-ci.

Les rapports entre médecins en clientèle ordinaire sont presque toujours empreints de la plus grande courtoisie. Les deux médecins qui se rencontrent en consultation recherchent ensemble la meilleure solution à adopter dans l'intérêt du malade. Pourquoi n'en serait-il pas de même en ce qui concernerait les accidentés du travail? Pourquoi le médecin de l'ouvrier verrait-il un ennemi dans le médecin du patron?

S'il recherche avant tout l'intérêt de son blessé, il ne pourra qu'accepter avec reconnaissance les avis de son confrère et il en fera son profit.

S'il est dans des dispositions opposées, s'il n'est guidé que par son intérêt particulier qui l'engage à prolonger la durée d'une incapacité passagère, si son orgueil se refuse à reconnaître une erreur qui lui est indiquée par le médecin du patron, un conflit s'élèvera. Il en sera de même si le médecin du patron apporte dans ses fonctions un esprit de contradiction systématique et si, de parti pris, il contredit l'opinion du médecin traitant. Ainsi en sera-t-il encore quand les deux médecins, bien que tous deux de bonne foi, auront et garderont sur le diagnostic ou sur le traitement des opinions opposées.

Ces conflits, dans les cas exceptionnels où ils se produiront, ne seront pas à regretter : ils indiqueront l'existence d'une situation anormale et la nécessité, dans l'intérêt de l'ouvrier et de celui du patron, de l'intervention d'un troisième médecin qui jouera le rôle d'un arbitre et qui sera nommé soit d'un commun accord par les deux premiers médecins, soit par le juge.

La conclusion de ce travail est que, à propos de tout accident du travail, le patron devrait avoir le droit de commettre un médecin chargé, non seule-

ment de le renseigner sur l'évolution des suites probables de la blessure, mais aussi de contrôler le diagnostic et le traitement établis par le médecin traitant.

Cette proposition paraîtra révolutionnaire à certains et soulèvera peut-être de vives protestations. Je demande que l'on veuille l'examiner sans parti pris, car elle est inspirée par un esprit de pure équité et, comme je l'ai fait remarquer, elle ne peut que faciliter la défense des intérêts légitimes de chacun.

Je dois ajouter qu'elle n'est pas nouvelle et qu'elle a été formulée par d'autres d'une façon peut-être moins nette, mais, en somme, analogue.

Voici, par exemple, un projet de contrat proposé par Braunberger (3) : « Entre les soussignés a été convenu ce qui suit : 1° Le docteur X... s'engage à prévenir immédiatement l'assurance ou le patron, chaque fois qu'il sera appelé à soigner un accidenté du travail. 2° La compagnie s'engage à mettre, aussitôt prévenue, un de ses médecins en rapport avec le médecin du blessé. 3° Ces deux médecins se mettront immédiatement d'accord, soit par lettre (pour les blessures légères), soit par consultations aussi fréquentes qu'il le faudra sur : *a*) le diagnostic ; *b*) le traitement ; *c*) la nature et la fréquence des interventions, pansements, massages, etc. 4° Le médecin du blessé s'engage à soumettre au médecin du patron, tous les dix jours, le relevé exact des pansements, massages, opérations qui auront été effectués pendant cette période. Ce relevé, contrôlé et contresigné par le médecin du patron, servira de pièce indiscutée pour l'établissement de la note d'honoraires. 5° En cas de désaccord entre les deux médecins, ceux-ci se soumettront à un arbitrage rapide qui pourra être celui d'une personnalité médicale ou d'un représentant des syndicats médicaux. 6° La compagnie, reconnaissant le concours loyal que lui apporte le médecin du blessé, s'engage à accepter intégralement, au tarif ministériel, la note d'honoraires établie dans ces conditions et à en effectuer le paiement au domicile du médecin, et cela dans la quinzaine qui suivra la réception de cette note. 7° Le présent engagement est valable pour Paris et le département de la Seine, pour une durée de dix années. »

Dans un travail paru en 1908 (4), Biard et Régis faisaient, de leur côté, les propositions suivantes : « Tout certificat de l'accident devra être établi à la fois : 1° par le médecin traitant du blessé ; 2° par le médecin du patron du blessé ou par le médecin de la compagnie qui se substitue au patron. Il est indispensable que ce certificat résulte d'un commun accord et aussi qu'il mentionne minutieusement les lésions actuelles, leurs conséquences probables et les complications éventuelles de la blessure. En cas de conflit d'appréciations, les deux praticiens pourraient, de plano et d'une commune entente, choisir — ou demander au juge de paix compétent de commettre — un tiers arbitre médical qui les départagerait. Les deux médecins devraient : 1° s'entendre, dès leur première visite, pour voir ensemble les blessés, aussi souvent qu'il serait nécessaire ; 2° se mettre d'accord au préalable, sur toutes opérations ou cures spéciales (massage, électrothérapie, radiographie) qui ne présenteraient aucun caractère d'urgence ou qui, non urgentes également, entraîneraient cependant une mutilation du blessé (amputation, résection).

1. J. Vanverts et Levallois. *De la confusion des rôles du médecin-expert et du médecin traitant dans la loi sur les accidents du travail*, Paris, 1910, Vigot édit. — J. Vanverts. A propos des certificats médicaux. Certificat et secret médical, *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 105, p. 1643.
2. J. Vanverts. Loc. cit.
3. Braunberger. Une solution immédiate à la question des accidents du travail, *Tribune méd.*, 1909, XLII, 513.
4. Biard et L. Régis. Rapport sur la crise du libre choix, *Tribune méd.*, 1908, XLI, 465.

NOTES DE MÉDECINE LÉGALE

UN MEURTRE PSEUDO-HOMOSEXUEL

Par M. WITRY (de Metz).

Il y a un certain nombre d'années, on trouva, dans la ville de Luxembourg, le cadavre d'un jeune homme, qui avait la gorge tranchée. Les curieux affluèrent d'abord ; la police concluait au premier moment à un suicide.

Le médecin légiste vit directement qu'il s'agissait d'un meurtre commis par un sadiste. On découvrit aussi le couteau, qui avait servi au meurtre. Enfin, on trouva un testicule, que le meurtrier avait sectionné net et qu'un bon policier montrait dans les cafés de la ville.

Le meurtre avait été commis par derrière, pendant que la victime était à genoux. Pas de traces de sperme sur le corps de la victime ni sur les habits. Un coït anormal n'avait pas eu lieu.

Le juge d'instruction dirigea les recherches vers les milieux homosexuels. Il est encore hanté aujourd'hui par cette idée, car lors de mon travail « Un couple homosexuel » (*Gaz. des hôp.*, 1913, n° 102), il voulut me faire violer le secret professionnel par la menace d'un emprisonnement de six semaines à Metz (!) et d'une perquisition dans les bureaux de la *Gazette des hôpitaux*, à Paris (!) pour retrouver mon manuscrit. Mais revenons au sujet médical.

La victime, P..., était un solide gaillard, présentant un bassin féminin, prostitué mâle s'adonnant contre des sommes modiques, aux homosexuels des quatre frontières du pays, mais pas du tout homosexuel lui-même, comme je le sais de source sûre féminine.

Le meurtrier est un homme d'un certain âge, marié, ayant des enfants et sadiste pur. Il connaît sa maladie parfaitement et n'avait commis jusqu'alors des actes sadistes que sur sa femme, ses enfants et des animaux. Seule, sa femme connaît la nuance maladive de ses actes. Vis-à-vis du reste du monde, personne ne se doute de rien. Il n'est nullement homosexuel. A noter chez lui une certaine intolérance vis-à-vis de petites doses d'alcool.

Sa femme vint me consulter d'abord, et il suivit un traitement psychothérapeutique. Sa rare intelligence,

quant à la perception de sa maladie, et une malléabibilité cérébrale très prononcée rendirent le traitement efficace. Il n'obéit tout de même pas à mon conseil de continuer le traitement pendant une durée d'années et je le perdis presque de vue. Des circonstances curieuses et fatales le firent rencontrer sa victime.

Peu de temps après le meurtre, il vint me voir de nouveau et me confessa son crime. Je lui demandai s'il voulait se constituer prisonnier. Il refusa nettement et demanda des soins médicaux. J'ai dû les lui prodiguer avec un dévouement inlassable pour écarter ses idées de suicide et pour lui garder le masque tranquille vis-à-vis de sa famille ignorante de tout et vis-à-vis du monde.

Comme l'instruction sur ce meurtre pseudo-homosexuel est encore ouverte, je dois terminer cette petite notice médico-légale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 26 JANVIER 1914)

A propos des vaccins antigonococciques. — M. E. Roux rappelle que MM. les docteurs P. Mayoral et Perez Grande (de Madrid) ont, de 1910 à 1913, signalé dans l'urétrite blennorragique, à côté du gonocoque, l'existence d'un coccus très semblable à lui, mais se teignant par la méthode de Gram (1).

Cette bactérie est celle que MM. Ch. Nicolle et L. Blaizot ont décrit dans leur note (2) comme satellite du gonocoque.

MM. Mayoral et Perez Grande pensent que le vaccin gonococcique réussit dans le traitement des complications de la blennorragie, parce que ces complications sont causées par le gonocoque qui passe seul dans le sang. Les mêmes vaccins donnent peu de résultats dans l'urétrite blennorragique, parce que dans cette affection le gonocoque est associé à d'autres microbes dont le coccus, cité plus haut. Aussi pensent-ils qu'un vaccin efficace doit contenir les différentes espèces bactériennes constatées dans l'urètre malade. Ils se sont servis avec succès d'un vaccin formé d'un mélange du gonocoque avec le coccus qui lui ressemble mais qui ne se colore pas par la méthode de Gram. Leurs travaux sont antérieurs à ceux de MM. C. Nicolle et Blaizot qui n'en avaient pas eu connaissance.

De la décroissance, en fonction des intensités d'excitation, du rapport de la période latente à la période totale d'établissement pour les sensations lumineuses. — M. Henri Piéron.

Sucre protéidique du plasma sanguin. — MM. Henri Bierry et Albert Ranc.

(1) Docteur P. Mayoral. *La Placenta como prima materia para la obtencion de medios de cultivo*, Madrid, mars 1910. — Docteur P. Mayoral et docteur Perez Grande. *Revista especialides medicas*, 15e année, 1912 ; — *Policlinica*, juin 1913, n° 6 ; juillet 1913, n° 7.

(2) Ch. Nicolle. *Gazette des hôpitaux*, 21 octobre 1913, n° 120, p. 1876.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 3 FÉVRIER 1914)

Eaux minérales. — M. Grimbert lit un rapport sur les eaux minérales au cours de l'année 1912.

M. Meillère lit une série de rapports sur des demandes en exploitation d'eaux minérales.

Des mesures à prendre contre la lèpre. — M. Gaucher rappelle un rapport qu'il a fait sur ce sujet dont il n'a même pas été fait mention dans celui de M. Netter. Il a également traité cette question dans ses cours et des articles de journaux. M. Voisin a fait un rapport à ce sujet au conseil d'hygiène. Dans tous ces travaux, M. Gaucher a indiqué les mesures de prophylaxie que, à son avis, il y avait lieu de prendre contre la lèpre, cette terreur des temps passés.

Il reconnaît que, à Paris même, la lèpre a paru s'arrêter momentanément et qu'il n'y avait guère que des cas venant de l'étranger ou des colonies. Mais ces lépreux qui ont contracté la maladie à l'étranger ou dans les colonies vivent à Paris en toute liberté, s'y promènent et voyagent comme tout le monde. Il y a là évidemment un danger qu'il faut faire cesser.

M. Gaucher a eu, dans son service, un chauffeur de paquebot qui avait contracté la lèpre en Nouvelle-Calédonie et qui est sorti de l'hôpital pour tenir une auberge. Il faut savoir que l'incubation de la lèpre est parfois fort longue. Il a constaté, dans un cas, que cette incubation avait duré vingt-huit ans. On ne fait rien, en France, pour s'opposer à la transmission possible de ces cas isolés de lèpre. Il estime donc qu'il y aurait lieu de prendre les mesures suivantes : 1° empêcher les étrangers lépreux d'entrer en France ; 2° isoler les lépreux venant des colonies françaises dans une île des côtes françaises ; 3° enfin soumettre cette maladie à la déclaration obligatoire. Voilà les conclusions du rapport de M. Gaucher.

Convoqué à la commission d'hygiène de la Chambre des députés, il a proposé ces mesures à M. Doizy, député des Ardennes, et a saisi M. le ministre de l'intérieur. Celui-ci, à son tour, a saisi de la question l'Académie.

M. Gaucher rapporte plusieurs faits intéressants. Un lépreux colonial français va à Francfort. Il y est soigné dans un hôpital. Il demande à sortir. On ne le laissa sortir qu'à la condition qu'il aille en France. En Espagne, on renvoie également les lépreux en France. Il y a plusieurs lépreux à l'hôpital Saint-Louis, dans des chambres payantes. Ils en sortent quand et comme ils veulent.

Partout à l'étranger on isole les lépreux. En France, un moine médecin avait eu l'idée de fonder une sorte de sanatorium pour lépreux. Le gouvernement a refusé l'autorisation.

M. Gaucher reconnaît que les lépreux de la Côte d'azur ne sont pas très dangereux. On peut les surveiller et les soigner à domicile. Mais il y a lépreux et lépreux et il en est contre lesquels il faudrait se défendre par les moyens qu'a indiqués M. Gaucher.

M. Roux, dont M. Gaucher a cité l'opinion rassurante sur la lèpre, reconnaît avoir dit qu'à sa connaissance il n'y avait eu aucun cas de contagion lépreuse à Paris, ni même en France. Mais cette opinion semble bien aussi être celle de M. Gaucher qui reconnaît que, jusqu'ici, la lèpre en France s'est montrée peu contagieuse.

M. Galippe a pu voir, dans un rapport confidentiel adressé au préfet des Alpes-Maritimes, qu'il n'y avait qu'une trentaine de lépreux sur toute la Côte d'azur. De l'avis du docteur Balestre, très au courant de la question, la lèpre serait en voie d'exstinction dans le midi.

— L'Académie est appelée à voter sur les conclusions du

rapport de M. Netter. Mais, après un amendement de M. Gaucher, qui est repoussé, et une discussion assez confuse, sur la proposition de M. Labbé, l'Académie décide de renvoyer ces conclusions à la commission.

Les membres associés libres. — M. LEREBOULLET lit une notice sur la classe des associés libres, son passé, son présent et son avenir.

Traitement opératoire de la cataracte zonulaire. — M. DE LAPERSONNE communique un travail sur ce sujet. Il conclut à ce que ce traitement offre certaines difficultés et qu'il faut recourir à plusieurs interventions successives.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

La liste de présentation portait, en première ligne, M. Babinski, puis MM. Bezançon, Mathieu, Marfan, Souques et Teissier.

M. Babinski ayant obtenu 75 suffrages sur 76 votants est proclamé élu.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 29 JANVIER 1914)

Gliome du corps calleux et du lobe pariétal gauche. Apraxie. Mort par ponction lombaire. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et LÉVY-VALENSI rapportent l'observation d'un malade dont l'histoire clinique tient dans les termes suivants :

Etat démentiel à évolution progressive et rapide (six mois) rappelant la paralysie générale, parésie spasmodique des membres inférieurs, apraxie idéatoire et motrice bilatérale, absence de signes d'hypertension intracranienne.

La mort survient trente-six heures après une ponction lombaire. Elle fut le résultat d'hémorragies cérébrales multiples que décela l'autopsie.

Il s'agissait d'un gliome occupant les deux tiers postérieurs du corps calleux et tout le centre ovale du lobe pariétal gauche.

Les auteurs insistent à propos de ce cas sur la sémiologie des tumeurs du corps calleux, sur la localisation du centre praxique dans le lobe pariétal gauche, enfin sur les dangers de la ponction lombaire dans certaines conditions.

Sur les dégénérescences secondaires dans un cas de lésion de la moelle cervicale. — M. LONG. Il s'agit d'un tubercule du sixième segment cervical, il occupe la plus grande partie de la moelle et en détruit presque tout un côté ; à remarquer parmi les lésions dégénératives, ascendantes, le grand nombre des fibres courtes, la difficulté de distinguer le cérébelleux direct du Gowers dont beaucoup de fibres s'incurvent bien avant la terminaison du faisceau. M. Alquier, sur un certain nombre de cas de tuberculose de la moelle, a remarqué que les évolutions rapides correspondaient aux lésions destructives avec myélomalacie; les formes lentes aux tubercules-tumeurs, comprimant, mais ne détruisant que très peu. Ici, il s'agit d'un tubercule-tumeur, mais avec lésions inflammatoires ; l'évolution de la paraplégie s'est faite en quelques semaines.

Thyroïde et maladie de Basedow. — MM. ROUSSY et CLUNET sur 5 nouveaux cas ont retrouvé les cellules hautes, qu'ils ont signalées l'an dernier dans le Basedow, et insistent sur la fréquence en pareil cas des amas lymphoïdes des métachromasies de la colloïde et l'existence d'îlots cellulaires à protoplasma granuleux éosinophile.

Tumeur de la moelle. Localisation par les limites de l'anesthésie et des réflexes cutanés de défense. — MM. BABINSKI et BARRÉ. Le malade présentait une paraplégie spastique permettant encore la marche pendant quelques minutes. L'anesthésie remontait jusqu'à la septième dorsale avec hypoesthésie jusqu'à la cinquième dorsale. La limite supérieure des réflexes cutanés de défense était de la septième à la neuvième dorsale. L'intervention fut suivie de choc mortel au bout de huit à dix heures, la tumeur extradurale était exactement située entre la limite supérieure de l'anesthésie et celle des réflexes cutanés de défense. Un grand écart entre les deux limites, vient dire M. Jarkowski, indique une lésion extradurale, ce que confirme un cas de M. Jumentié. M. de Martel dit combien décevantes sont les interventions sur le névraxe, à cause du choc qui se produit là où il semblerait le moins à redouter et manque dans des interventions pénibles et laborieuses. Les causes probables de ce choc seraient, d'après M. Thomas, la brusque suppression de l'œdème médullaire. M. Alquier y ajoute des tiraillements du sympathique.

Tumeur de la moelle. — MM. CAUSSADE, BARRÉ et JOLTRAIN. Il existait un néoplasme extradural, qui, après avoir percé la méninge, avait détruit un segment de la moelle, ce qui explique comment, après une phase de paraplégie, était survenue une pseudo-guérison, suivie de récidive. Le malade, complètement impotent, exécutait cependant quelques mouvements volontaires lorsqu'on le pinçait. Il existait un écart de trois travers de doigt entre la limite supérieure de l'anesthésie et celle des réflexes de défense. Les sphincters étaient épargnés, comme dans le fait récemment relaté par M. Souques.

Etudes sur coupes sériées d'un cas d'hémianopsie avec réaction de Wernicke. — MM. DÉJERINE et JUMENTIÉ. M. Déjerine a vu la réaction de Wernicke 6 fois en vingt-cinq ans. Contrairement à l'opinion de Wernicke qui lui attribuait une valeur localisatrice de la lésion sur le premier neurone optique (bandelette optique) ce fait montre seulement un ramollissement coupant les relations de la couche optique avec le cortex.

Sclérose combinée, syndrome des fibres radiculaires longues. — Les mêmes relatent un fait de paraplégie spastique puis flasque survenue chez un homme de cinquante-deux ans, avec ataxie augmentant par l'occlusion des yeux, conservation des sensibilités superficielles, perte des profondes, orteil en extension. Il s'agissait d'une sclérose combinée avec, dans le cordon postérieur, conservation des fibres radiculaires, lésions des fibres longues. Dans un autre cas d'anémie pernicieuse, les fibres longues du cordon postérieur étaient seules touchées.

Deux cas d'apraxie idéatoire par lésion pariéto-temporale. — MM. MARIE et FOIX. Les malades ont présenté une aphasie de Wernicke à laquelle succéda l'apraxie idéatoire, les ordres simples comme de friser la moustache étaient bien exécutés, lorsqu'on demandait au malade d'allumer une cigarette, il frottait celle-ci sur la boîte (extérieur ou intérieur) sans chercher le frottoir. Si on néglige les lésions nettement dues à l'ictus terminal, on se trouve en présence de ramollissements blancs, détruisant l'écorce pariétale et les radiations du corps calleux. L'apraxie idéatoire apparaît comme un test commode de la désorientation des idées.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 31 JANVIER 1914)

Traitement de la paralysie générale par des injections de sérum sous la dure-mère cérébrale. — MM. LEVADITI, A. MARIE et DE MARTEL ont modifié la technique de leur méthode de traitement de la paralysie générale par des injections de sérum sous la dure-mère cérébrale. Au début de leurs recherches ils injectaient 10 centimètres cubes de sérum

d'un lapin qui avait reçu par la voie intraveineuse, une à deux heures avant la saignée, 7 centigrammes de salvarsan par kilogramme. Ce sérum renfermait exclusivement le salvarsan et quelques dérivés du 606 doués de propriétés parasiticides.

Il était indiqué de traiter les paralytiques généraux, non seulement avec le sérum salvarsanisé, mais aussi avec un sérum contenant, en plus du 606, des anticorps antispirillaires spécifiques. Pour ce faire, les auteurs employent des lapins porteurs de gros chancres syphilitiques qu'ils guérissent de leurs lésions à l'aide d'une injection préalable d'arsenobenzol. Quelque temps après la guérison, alors que l'antigène spirillaire a été résorbé et que l'organisme fabrique des anticorps on pratique une nouvelle injection de 606 (à raison de 7 centigrammes par kilogramme d'animal) et on saigne l'animal deux heures après. Le sérum sert à traiter les paralytiques par la voie cérébrale.

Suppression constante par l'atropine du réflexe oculo-cardiaque. — M. A. Mougeot (de Royat). Le sulfate d'atropine en injection sous-cutanée à la dose d'un demi à un milligramme atténue le réflexe oculo-cardiaque; et à la dose d'un milligramme et demi chez la femme, de 2 milligrammes chez l'homme, supprime toujours le réflexe oculo-cardiaque. Ce fait a lieu aussi bien chez les sujets normaux et chez les cardiaques à réflexe oculo-cardiaque normal que chez les dyspeptiques à réflexe oculo-cardiaque normal ou exagéré. Ce fait se produit également chez les rares sujets qui réagissent à la compression des globes oculaires par une accélération du pouls (réflexe oculo-cardiaque inversé, très probablement par inhibition des fibres vagales, à action chronotrope négative, issues du centre cardio-modérateur du bulbe). Donc, toujours le réflexe oculo-cardiaque emprunte le nerf pneumogastrique comme voie centrifuge.

Comparaison de l'azote uréique et de l'azote dosé par l'hypobromite de soude. — MM. Achard et Feuillié, en dosant comparativement l'azote du sérum par le réactif de Millon qui ne dose guère que l'urée, et par l'hypobromite de soude qui dose en outre d'autres corps non uréiques, ont trouvé des écarts très variables. Dans certains cas où l'écart ne dépassait pas 0g10 p. 1000, l'azotémie restait au-dessous de 0g50 par l'hypobromite. Par contre, les écarts supérieurs à 0g50 correspondaient à des azotémies fortes, de 0g83 à 8g77 par l'hypobromite, et les écarts supérieurs à un gramme ne se sont rencontrés que dans les azotémies d'au moins 1g80 par l'hypobromite.

Dans le liquide céphalo-rachidien, l'écart peut être notablement moindre.

Des résultats semblables ont été constatés chez des chiens normaux et rendus anuriques par ligature du pédoncule des reins.

Ces faits montrent bien que les corps azotés non uréiques sont retenus en même temps que l'urée.

Si donc le rapport de ces corps à l'urée peut ne pas s'élever ou même peut s'abaisser en cas de rétention, par contre la différence absolue s'accroît. Or, c'est celle-ci qui indique le degré de leur rétention et qui peut donner des renseignements sur le dommage qui en résulte pour l'organisme, ces corps azotés non uréiques étant plus toxiques que l'urée.

D'autre part, dans les urines, les deux procédés de dosage ne donnent en général que très peu d'écart. Il en résulte que, si le chiffre de l'azotémie est très élevé, la valeur de la constante peut être majorée quand on a fait le dosage dans le sérum par l'hypobromite. Si cette majoration n'a pas d'inconvénient en pratique, quant au pronostic de l'urémie, c'est peut-être néanmoins une des raisons pour lesquelles, en cas d'hyperazotémie prononcée, la valeur excessive de la constante ne paraît pas toujours correspondre au degré réel de l'imperméabilité rénale.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 24 JANVIER 1914)

Contribution à la thérapeutique thyroïdienne. — M. Léopold-Lévi présente deux malades qui démontrent l'action du traitement thyroïdien sur la sclérodermie, le rhumatisme chronique, l'acné, le ralentissement des échanges azotés et divers troubles du tempérament. La médication a pu être prolongée pendant des années chez ces malades (525 cachets de 0,10 chez l'un d'eux, 787 cachets chez l'autre); elle a pu être suspendue toutefois sans inconvénient chez le premier sujet, il y a trois ans, chez le second, il y a dix mois environ.

Greffe de deux lipomes dans un cas de tumeur double du sein. — M. Maurice Péraire présente en son nom et au nom de M. R. Bonamy, une jeune femme à laquelle il a enlevé une tumeur des deux seins et pratiqué le curage des deux aisselles par une double incision curviligne sous-mammaire. Il a cherché ensuite à redonner aux seins leur forme primitive; et cette réfection esthétique a été obtenue par transplantation lipomateuse hétéroplastique. Il montre le résultat opératoire au bout de six mois. Le greffon, qui était un lipome du dos pris sur une autre malade, vit et reste intact. Il y a là une application très nette de la méthode de Carrel : conservation des greffons en milieux appropriés.

Sur le pied plat traumatique. — M. Ch. Levassort appelle l'attention sur les conséquences du pied plat traumatique surtout lorsqu'il s'agit d'accidents du travail. Un traitement précoce et la surveillance de cette complication permettront de diminuer les durées d'incapacité, ce qui sera tout profit pour les blessés, les assureurs et les patrons.

M. Mouchet croit que le pied plat traumatique doit être rattaché le plus souvent à des lésions du squelette tarsien ou métatarsien, lorsqu'il ne succède pas à des fractures de jambe, malléolaires ou autres.

Dans quelques cas, il se peut que le traumatisme ne fasse que causer des douleurs dans un pied plat antérieurement existant, et jusque-là toléré.

Le cathétérisme des canaux éjaculateurs. — M. Georges Luys préconise le « cathétérisme dilatateur des canaux éjaculateurs » dans le traitement des spermatocystites chroniques. La dilatation mécanique des canaux éjaculateurs, rétrécis bien plus souvent qu'on ne le croit, constitue pour l'auteur une manœuvre indispensable permettant au massage bien effectué d'évacuer complètement le contenu purulent des vésicules séminales infectées et de produire tout son effet.

Le cathétérisme des canaux éjaculateurs qui doit se faire avec des stylets minces, souples et mousses, est rendu facile et sans danger par l'emploi de son urétroscope, mais ne doit être conseillé que lorsque, par des traitements préalables, on s'est assuré du bon état du verumontanum. Cette manœuvre qui constitue une des plus belles conquêtes de l'urétroscopie moderne, rend les plus grands services, non seulement dans la cure des spermatocystites chroniques, mais aussi dans le traitement de l'impuissance et de ces troubles neurasthéniques si pénibles et si douloureux, observés chez les malades atteints d'urétrite chronique postérieure.

Sur la thermoradiothérapie. — M. de Keating-Hart, après avoir rappelé qu'il réserve la fulguration aux seuls cas opérables, expose les principes et la technique de sa nouvelle méthode, la thermoradiothérapie, ainsi que les résultats qu'il en a obtenus dans le traitement des fibromes et des cancers inopérables. Le principe de la méthode est une loi de biologie ainsi formulée par l'auteur : « Toutes choses égales d'ailleurs, la radiosensibilité d'un tissu vivant est fonction de sa température », c'est-à-dire que plus un tissu est chaud, plus il est sensible aux radiations, et réciproque-

ment, un tissu est d'autant plus insensible aux rayons qu'il est refroidi.

En conséquence, M. de Keating-Hart chauffe une tumeur dans toute son épaisseur en la prenant entre les deux pôles d'un courant diathermique ; dans le même temps, il couvre l'électrode active d'un sac de glace dont l'action ne dépasse pas quelques millimètres en profondeur et, à travers la peau froide et la tumeur chauffée, il fait passer une quantité de rayons X soigneusement dosés.

Les résultats sur le fibrome sont les suivants : arrêt des hémorragies, suppression des douleurs, fonte tantôt complète, tantôt partielle, de la tumeur à des doses notablement inférieures à celles qu'exige la radiothérapie simple ; mais le plus important, c'est que la menstruation est respectée, ce qui permet d'appliquer la méthode même aux femmes jeunes, contrairement aux indications habituelles de la radiothérapie.

Quant au cancer, c'est surtout les tumeurs inopérables du sein et les sarcomes qui ont donné les meilleurs succès à la méthode et, à titre d'exemples, l'auteur présente une femme atteinte de deux cancers, l'un du sein droit opérable, l'autre du sein gauche inopérable, et depuis plus de trois ans dans un état des plus satisfaisants, ainsi qu'un sarcome volumineux de la cuisse et du ventre, actuellement en traitement et que cinq applications ont, aux trois quarts, fait disparaître en l'espace de trois semaines.

Enfin, une série de projections d'autres cas tout aussi graves, avec fonte complète des lésions, vient compléter la démonstration.

PRATIQUE MÉDICALE

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE LA THÉOSALVOSE (1)

La théosalvose, à base de théobromine française chimiquement pure, est le diurétique rénal par excellence, grâce à son action épuratrice, désintoxicante, déchlorurante, grâce à sa tolérance parfaite et à son élimination rapide qui permet d'en continuer l'usage sans accoutumance pour le malade, sans cesser d'autre part d'agir toujours activement.

D'où ses indications : 1° dans les états pathologiques avec mauvaise élimination hépato-rénale, chez les goutteux, les convalescents de maladies infectieuses aiguës, les auto-intoxiqués ; 2° chez les insuffisants rénaux proprement dits qui souvent sont les mêmes malades que les précédents, mais à une période plus avancée.

Les diurétiques en général, la théosalvose en particulier, peuvent donc jouer trois rôles : 1° un rôle primordial épurateur, prophylactique, curatif ; 2° un rôle éliminateur, déchlorurant, palliatif chez les rénaux ; 3° enfin un rôle de diurétique auxiliaire chez les cardiaques en venant en aide aux médicaments cardiotoniques, à la digitale en particulier.

Action d'épuration. — Cette action peut être mise à profit dans la convalescence des maladies aiguës pour faciliter l'élimination des toxines infectieuses ; dans les auto-intoxications chroniques (goutte, lithiase rénale, accidents généraux des arthritiques : migraines, névralgies, insomnies toxiques) ; dans le traitement de l'obésité, pour combattre les inconvénients d'un régime carné trop intensif.

Action déchlorurante. — Les travaux de Achard, Widal et leurs élèves, ont montré toute l'importance de la rétention chlorurée dans la pathogénie des œdèmes et des accidents majeurs qui constituent le tableau clinique de l'urémie, grands œdèmes mous, œdèmes viscéraux, dyspnée, Cheyne-Stokes, accidents cérébraux, troubles gastro-intestinaux, etc. Ils ont mis en relief également que la théobromine est un agent déchlorurant de premier ordre (Widal). Vaclar de Planée a montré qu'elle produit une dilatation considérable des capillaires du rein ; c'est donc quand l'organisme est encombré de chlorures, mais surtout au cours des affections rénales, que la théosalvose exerce une action curative facilitant la diurèse et les décharges chlorurées.

Si dans la néphrite aiguë, la théosalvose n'a pas d'indication formelle ou doit être administrée à très faible dose, au contraire dans les néphrites chroniques hydropigènes accompagnées d'hypertension artérielle, la théosalvose est un agent précieux par sa triple action éliminatrice de chlorures, réductrice des œdèmes et hypotensive.

Action désintoxicante. — Chez les malades atteints de néphrites urémigènes, hypertensives, sans œdèmes et avec accidents toxiques dominants et rétention urique, la théosalvose est encore indiquée. C'est le tableau clinique qui résume si bien la conception de Huchard sur les cardiopathies artérielles. Dans la présclérose le traitement rénal, aidé de la théosalvose, est le meilleur moyen d'enrayer l'évolution de la maladie ou de diminuer pendant longtemps les troubles fonctionnels. De même, dans la cardiosclérose avec arythmie avant la phase rénale.

Quand la sclérose cardio-rénale est confirmée, l'usage de la théobromine, ou mieux de la théosalvose, devient indispensable, et la suspension du remède n'est jamais longtemps tolérée. On peut même obtenir de bons effets de ce médicament dans l'angine de poitrine coronarienne avec hypertension artérielle, sans doute à cause de son action diurétique et antitoxique.

Action adjuvante. — La théosalvose est un auxiliaire puissant de la digitale dans les affections valvulaires du cœur à la période d'insuffisance cardiaque ; elle prolonge et même accentue la diurèse digitalique. On l'a prescrite également avec succès au cours des pleurésies, de la péritonite tuberculeuse, des phlébites, du glaucome, au cours d'une insuffisance rénale et même dans les épanchements ascitiques, mais surtout après leur ponction pour diminuer les chances de reproduction du liquide. A la vérité, ces effets sont secondaires et incertains ; néanmoins, ils ne doivent pas être négligés, ni oubliés, en raison de l'innocuité de la médication.

Contre-indications. — La théosalvose est contre-indiquée quand, ce qui est extrêmement rare, elle détermine, même à faible dose, des nausées, des vomissements, de l'excitation cérébrale et une céphalée persistante.

De même dans l'anurie calculeuse où on conçoit facilement que seule l'intervention chirurgicale puisse être efficace.

Enfin, dans tous les cas de vessie irritable ou même de cystite avec fréquence et douleurs des mictions, on devra n'administrer que de très faibles doses ou supprimer ce médicament.

(1) La théosalvose ne se délivre qu'en cachets dosés à 0g50 et à 0g25.

FORMULAIRE

A PROPOS DU BORATE DE SOUDE (1)

La solution d'acide borique dans la glycérine possède un certain degré d'acidité, aussi dans certains cas d'eczéma de l'oreille particulièrement irritable, redoutant les effets de ce glycérolé borique, M. H. Lavrand (de Lille) a-t-il essayé la solution de borate de soude dans de la glycérine. A sa grande surprise la médication produisit une irritation très vive.

Comme dans nombre de formulaires cette préparation se trouve mentionnée et qu'elle est prescrite assez communément en badigeonnages dans les angines, M. Lavrand a cru

(1) *Journ. des sc. méd. de Lille*, 17 janv. 1914, n° 3.

intéressant de signaler cette particularité qui, à sa connaissance, a déjà été indiquée par Lyon et Loiseau. Ces auteurs écrivent : borate de soude soluble « dans son poids de glycérine qui lui communique une *réaction acide* ». (*Formulaire thérapeutique*, 1904, p. 119.)

Retenons donc que cliniquement l'acidité du glycéro-boriqué est parfaitement supportée, tandis que l'acidité du glycéro-boraté se montre irritante.

ANALYSES

MÉDECINE

Etude clinique et diagnostic des accidents de la sérothérapie anti-méningococcique. (Dubosc. *Arch. médico-chirurg. de Normandie*, 15 déc. 1913.) — L'auteur étudie successivement : 1° les accidents sériques d'ordre banal; 2° les accidents mécaniques de ponction et d'injection ; 3° les accidents irritatifs de réaction méningée aseptique; 4° et enfin les accidents toxiques d'anaphylaxie. Ces derniers, qui seuls peuvent entraîner la mort, doivent être particulièrement soulignés. Les choses se passent, en général, de la façon suivante :

Un méningitique réagit d'abord parfaitement. En quelques jours, la température s'abaisse et tous ces symptômes s'amendent.

Parallèlement l'examen du liquide céphalo-rachidien décèle la diminution progressive puis la disparition des méningocoques, en même temps que la mononucléose se substitue à la polynucléose du début.

Pendant quelques jours c'est une phase de rémission, d'accalmie trompeuse ; l'anaphylaxie incube. Bientôt (du huitième au dixième jour, après la première injection), elle se déclare sous forme d'érythème ou d'arthralgie, on note, à cette époque, des troubles respiratoires que l'examen pulmonaire ne justifie pas.

Ces symptômes devront toujours retenir l'attention et être soigneusement enregistrés chez tout malade en traitement.

Brusquement, sans cause apparente, tout le tableau de la méningite reparaît au complet ; on fait une ponction, le liquide ne s'est pas modifié ; les mononucléaires sont même un peu plus nombreux qu'au précédent examen. Il n'y a pas de méningocoques.

Si, en dépit des résultats discordants de la clinique et du laboratoire, on pratique une nouvelle injection, l'anaphylaxie éclate. A peine le liquide a-t-il pénétré dans la cavité sous-arachnoïdienne, à peine l'aiguille a-t-elle été enlevée que le tronc, la nuque et les membres se contractent en hyperextension. En même temps, apparaissent trois ordres de symptômes, sur lesquels je ne saurais trop insister : les modifications du pouls ; les modifications de la respiration ; le coma.

Ces trois ordres de symptômes sont caractéristiques de l'état anaphylactique et doivent à eux seuls, s'ils se produisent dans les conditions voulues, entraîner le diagnostic d'anaphylaxie.

Les modifications du pouls sont variables, d'une façon constante, le pouls s'accélère, tantôt il devient, en même temps que rapide, petit et irrégulier, parfois inégal ou intermittent.

Les modifications de la respiration consistent dans une ampleur extraordinaire des mouvements respiratoires. Tantôt, l'inspiration seule est prolongée et pénible, l'expiration se faisant brusquement et avec bruit, une pause très longue lui succédant. On note dans certains cas du stertor ou le rythme de Cheyne-Stokes.

Le coma complète le tableau clinique et constitue, associé aux modifications du pouls et de la température, le syndrome bulbaire de l'anaphylaxie. Ce coma s'installe tantôt brusquement, tantôt précédé d'une période de somnolence, d'apathie ou de semi-coma. Son apparition succède le plus souvent à celle des troubles du pouls et de la respiration. Il annonce, en général, la période terminale.

A côté du syndrome bulbaire, on a noté des troubles sphinctériens et des convulsions.

Ces accidents anaphylactiques sont toujours sérieux et la mort en a été plusieurs fois la terminaison.

STEPHEN CHAUVET.

Sur les récidives de la syphilis traitée par les arsenicaux. (Audry. *La Province médicale*, 1914, n° 1, p. 1.) — L'auteur s'est préoccupé de savoir si les arsenicaux, qui possèdent sur les manifestations de la syphilis une action immédiate supérieure à celle de tout autre médicament, mettaient à l'abri des récidives.

Dans ce but, l'auteur a examiné 172 syphilitiques traités depuis plus de six mois et moins de trente-quatre mois par l'arsenobenzol ancien, seul ou associé au mercure ; 45 avaient été traités pendant le chancre ; 111 pendant la période secondaire et 16 en tertiarisme.

Sur les 45 malades traités pendant le chancre, 10 ont présenté ultérieurement des accidents cliniques et une réaction de Wassermann positive. A examiner ces récidives on voit : 1° que les récidives à court terme sont extrêmement rares, deux fois seulement les exanthèmes ou les plaques muqueuses n'ont pas été retardées ni modifiées ; 2° habituellement, la période critique est comprise entre le sixième et le huitième mois ; 3° cependant, dans un cas, les accidents exanthématiques n'ont apparu qu'après un an et dans un autre après plus de vingt mois.

Sur les 111 malades traités pendant la période des exanthèmes cutanés et muqueux, 37 ont présenté des récidives cliniques ou seulement sérologiques. Ces récidives ont été infiniment plus rares chez les sujets qui ont été mercurialisés régulièrement que chez les autres. L'observation des faits montre donc que l'espérance d'une stérilisation, d'une abortion, en accumulant les doses d'arsenobenzol est pour le moins chimérique, et l'on ne doit pas oublier, dit l'auteur, que l'on compte dès à présent plus de 260 cas publiés de mort par les arsenicaux.

Enfin, sur les 16 syphilitiques tertiaires traités par l'arsenobenzol, 5 ont eu des récidives.

En résumé, conclut l'auteur, sauf chez la plupart des porteurs de chancre, l'action thérapeutique de l'arsenobenzol est surtout une action momentanée. Elle ne fournit aucune sécurité au point de vue des résultats éloignés et il faut absolument lui ajouter la cure mercurielle, intermittente et chronique.

En procédant ainsi « on arrivera à réduire considérablement le nombre et la durée des accidents. Mais s'il est vrai que l'abortion de la syphilis semble pouvoir être quelquefois réalisée par les arsenicaux, on n'est jamais autorisé à construire un traitement sur cette hypothèse. »

STEPHEN CHAUVET.

THÉRAPEUTIQUE

Les propriétés diurétiques du gui d'aubépine. (Bonnamour et Naz. *Soc. méd. des hôp. de Lyon*, 16 déc. 1913.) — Les auteurs recommandent spécialement la macération de gui d'aubépine : 30 à 40 grammes dans un litre de vin blanc, 130 grammes *pro die*. Le liquide ainsi obtenu est agréable à boire et ne leur a donné que rarement des phénomènes d'intolérance, tandis que les autres préparations de gui ont été, dans les néphrites, souvent mal supportées.

Donné dans les cas de rétention azotée, le gui leur aurait paru être un diurétique puissant qui mérite de prendre une bonne place à côté de la scille comme diurétique azoturique.

STEPHEN CHAUVET.

CONGRÈS

CONGRÈS DES PRATICIENS. — Le Congrès des praticiens, organisé par le Comité de vigilance d'accord avec l'Union des syndicats médicaux de France, se tiendra à Paris, les 27, 28 et 29 mai 1914.

Ce congrès aura pour objet :

Organisation de l'hygiène publique et de la défense sanitaire.

Etude et critique de l'organisation actuelle de l'hygiène administrative.

Projets d'organisation par les groupements médicaux (assistance médicale gratuite, tuberculose, etc.).

Les rapports seront publiés et envoyés à tous les adhérents avant le Congrès; les volumes de comptes rendus leur seront délivrés après le Congrès.

La cotisation est fixée à 10 francs. Elle donne droit aux volumes des rapports et des comptes rendus.

Adresser tout ce qui touche au secrétariat :

Au secrétaire général du Comité, 28, rue Serpente, à Paris.

Envoyer les adhésions au trésorier :

Docteur Quidet, 54, rue Bonaparte, à Paris.

Le bureau du Comité d'organisation est ainsi composé : président : M. le docteur Dubuisson ; secrétaires : MM. les docteurs Leredde et Lafontaine ; trésorier : M. le docteur Quidet.

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine et de pharmacie navales. — (N° 12, déc. 1913.) OUDARD : Traitement des fractures de la clavicule par la position de Couteaud (*fin*). — BELLET : Du signe de Moszkowicz dans les gangrènes vasculaires. — DEFRESSINE et CAZENEUVE : Sur la persistance du vibrion cholérique dans l'organisme humain et dans quelques milieux extérieurs (*fin*). — BARBE : Une observation de rhumatisme articulaire aigu avec complications cardio-pulmonaires. — GLOAGUEN : La dysphagie dans la tuberculose laryngée. Son traitement par les injections d'alcool.

Bulletin d'oto-rhino-laryngologie et de broncho-œsophagoscopie. — (N° 1, janvier 1914.) CHATELLIER et L. GIRARD : Ostéite des traînées circulaires péri-labyrinthiques supérieures. Méningite et labyrinthite aiguë. Autopsie. — G. LAURENS : Polype muqueux du nez chez un nouveau-né de trois semaines. — GAULT : La voie endo-buccale dans les résections partielles du maxillaire inférieur. — SIEMS : De l'aéro-ozonothermie en oto-rhino-laryngologie.

Echo médical du Nord. — (N° 1, 4 janv. 1914.) OUI : Sérothérapie des vomissements de la grossesse. — PELLISSIER : Diastasis tibio-péronier isolé sans fractures malléolaires. — (N° 2, 11 janv.) ZONNEL et Mlle PÉRONNET : L'influence pancréatique dans la tuberculose. Les variations du ferment diastasique dans l'urine des tuberculeux. — (N° 3, 18 janv.) BÉHAGUE : La syphilis méconnue. — L. JULIEN : Vastes brûlures par courant électrique industriel. — Georges GÉRARD et CAULIER : Ectopie congénitale du rein droit. — (N° 4, 25 janv.) H. SURMONT et P. ASSOIGNON : Quelques recherches expérimentales sur la valeur comparée de certaines substances mucilagineuses employées dans le traitement de la constipation. — René LE FORT : A propos de l'application du corset d'Abbott. (Traitement de la scoliose.) — PELLISSIER : Sur un cas de grossesse tubaire bilatérale.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 2, 11 janv. 1914.) Louis PLAZY : Survivance des tréponèmes et récidives *in situ* chez des syphilitiques cliniquement et sérologiquement guéris. — W. DUBREUILH : De l'insolation. — LAFOND-GRELLETY : Statistique personnelle d'électrolyse des canaux. — (N° 3, 18 janv.) E. PETIT DE LA VILLÉON : Volumineux sarcome du testicule chez un enfant de vingt-cinq mois. — W. DUBREUILH : Chancre syphilitique du nez, inoculation par morsure d'homme. — (N° 4, 25 janv.) H. GRIEWANK : Sur une complication rare du phimosis (1 fig.).

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 2, 11 janv. 1914.) LAFARGUE : Vaccinothérapie de la fièvre typhoïde. Quatre typhiques traités exclusivement par le vaccin de Chantemesse. — (N° 3, 18 janv.) FIEUX : A propos de l'abaissement prophylactique du pied dans la présentation du siège décompléte mode des fesses. — L. AUBERT et BOUYER fils : Emétine et hémoptysies. — (N° 4, 25 janv.) J. VERGELY : Un cas de grippe hyperthermique. — J. ANDERODIAS : Le régime sec comme traitement des gastro-entérites infantiles.

Marseille médical. — (N° 1, 1er janv. 1914.) Emile WEILL : Hernie étranglée du diverticule de Meckel. — GUÉRIN-VALMALE et VAYSSIÈRE : Extrodactylie du cinquième doigt. Polydactylie bilatérale. — Ch. MATTEI : Artérite et thrombose de l'aorte abdominale chez une malade atteinte de gangrène des deux membres inférieurs.

NOTES POUR L'INTERNAT

COMPLICATIONS RÉNALES ET SURRÉNALES DE LA SCARLATINE (1)

SYMPTOMATOLOGIE. — ALBUMINURIE DU DÉBUT. — Dès le deuxième jour de la maladie, surtout quand la scarlatine est grave, très fébrile, on note de l'albuminurie sans autre symptôme de néphrite; cette albuminurie persiste trois à quatre jours et disparaît avec la fièvre. Il s'agit là d'*albuminurie fébrile* passagère sans gravité; néanmoins, les scarlatineux qui ont présenté cette albuminurie du début devront être particulièrement surveillés au moment de la convalescence ; ce sont, en effet, ces malades qui, plus facilement que d'autres, feront à ce moment, à la suite d'un coup de froid, d'une alimentation trop précoce, ou trop riche en sel, soit une néphrite hématurique, soit une néphrite aiguë, sévère, avec anasarque.

Parfois l'albuminurie du début de la scarlatine ne rétrocède pas, mais au contraire augmente pendant les jours qui suivent; les urines sont rares, souvent hématuriques; parfois l'anurie s'installe et le malade peut être emporté dans le coma en pleine éruption; il s'agit alors de *néphrites suraiguës du début de la scarlatine*, très rares heureusement.

NÉPHRITES TARDIVES. — La symptomatologie des néphrites tardives est essentiellement différente, suivant que ces néphrites s'observent chez un scarlatineux bien soigné, dont les urines sont examinées chaque jour, ou au contraire suivant qu'elles éclatent en coup de foudre, chez un sujet mal soigné, ou chez lequel, ce qui est le cas le plus fréquent, la scarlatine, qui a été fruste, a été méconnue.

A l'hôpital, par exemple, il n'est pas rare d'observer vers le quinzième ou le vingtième jour de la scarlatine, quelques traces d'albumine dans les urines des malades, sans autre symptôme qu'une légère élévation thermique et une diminution de la quantité des urines. Il suffit en général de prescrire le repos complet au lit, le régime lacté exclusif, pour voir disparaître cette albuminurie.

Parfois c'est à l'occasion d'un engorgement ganglionnaire, avec fièvre légère, que l'albuminurie apparaît ; le plus souvent, il s'agit alors d'une *néphrite hématurique*. M. le professeur Hutinel insiste sur la fréquence, la lente évolution de ces néphrites hématuriques tardives apparaissant chez les ma-

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit*, 1914, n° 12.

lades en observation, alors qu'au contraire la grande néphrite aiguë scarlatineuse s'observe de préférence, à la suite de scarlatine méconnue.

L'*hématurie* de la convalescence est très fréquente ; tantôt elle est très légère, tantôt l'urine est franchement rouge, avec un dépôt très abondant de globules rouges. Cette hématurie n'est pas associée fatalement à la néphrite, ce qui en atténue le pronostic.

Il faut cependant retenir la persistance de cette hématurie et ses récidives faciles, à l'occasion du lever, de la reprise de l'alimentation, etc.

Parfois encore l'albuminurie n'est trouvée que par hasard chez un scarlatineux. On constate en même temps que les urines ont diminué de quantité, que par contre le poids a très rapidement augmenté de 500 à 1 000 grammes en vingt-quatre heures ; le facies est un peu bouffi, la tension artérielle s'est élevée ; il existe de l'éréthisme cardiaque ; les urines peuvent contenir un à deux grammes d'albumine. Si le malade est traité énergiquement (diète hydrique, repos au lit, ventouses sur la région rénale, purgatif), les symptômes rétrocèdent rapidement, sinon la néphrite aiguë avec anasarque peut se déclarer.

Le rein des scarlatineux d'ailleurs est dans tous les cas plus ou moins altéré. Ainsi l'albumine peut reparaître quand le sujet se lève et disparaître quand il reste couché ; parfois la reprise de toute autre alimentation que le lait la fait encore réapparaître. Enfin longtemps après une scarlatine, il suffit d'une angine, d'une grippe, de la grossesse même, pour que le sujet présente à nouveau de l'albuminurie, alors même qu'il n'a pas présenté d'accidents de néphrite aiguë pendant sa scarlatine.

Néphrite aiguë tardive avec anasarque et urémie. — Il nous reste à étudier la néphrite aiguë scarlatineuse avec anasarque qui s'observe de préférence chez des sujets dont la scarlatine a été méconnue et qui par cela même n'ont pas été soumis à un régime lacté et déchloruré longtemps prolongé ou qui se sont exposés au froid. Le diagnostic rétrospectif de scarlatine sera souvent posé à l'occasion de l'apparition de ces graves accidents. Cette néphrite aiguë s'observe néanmoins aussi au cours de scarlatines reconnues à la suite d'une exposition au froid très vif, ou d'un écart de régime. Il n'y a pas un parallélisme rigoureux entre l'anasarque et l'albuminurie ; ces deux symptômes peuvent être dissociés et l'on peut voir évoluer une anasarque de proportions insolites, chez des sujets dont l'albuminurie est insignifiante ou passagère (forme œdémateuse simple de Sanné).

L'œdème généralisé peut apparaître comme premier signe des lésions rénales sous forme d'anasarque généralisée avec hydrothorax et ascite ; parfois l'œdème est seulement localisé aux paupières et aux membres inférieurs. Le début par accidents urémiques à forme éclamptique a également été signalé. Souvent aussi, comme l'a bien montré le professeur Roger, ces signes sont associés surtout chez l'adulte à un *syndrome infectieux*, caractérisé par de la fièvre, de l'angine, une otite, un érythème.

Le début de la néphrite aiguë est souvent brutal ; le sujet est pris de fièvre, de frissons, de douleurs lombaires, de céphalée ; très rapidement s'installe l'anasarque. Les urines sont rares, bouillon sale, souvent hématuriques, pauvres en chlorures, très albumineuses. La tension artérielle s'élève rapidement, le *cœur se dilate*, ainsi qu'en témoigne l'augmentation de l'aire de matité précordiale surtout nette chez l'enfant ; à l'auscultation, on note souvent du bruit de galop, ou un souffle systolique de la pointe qui résulte de l'*insuffisance fonctionnelle ventriculaire gauche* et non toujours d'une lésion organique de la valvule mitrale ; le foie est également hypertrophié par congestion passive ; il déborde les fausses côtes et devient douloureux (Hutinel, Nobécourt, Darré). L'examen des urines montre parfois une dissociation dans l'élimination des chlorures et de l'urée ; les chlorures passeraient encore, alors que l'urée serait presque totalement retenue. On observe dans l'urine des cylindres hyalins, granuleux, des hématies en abondance ; l'albuminurie peut atteindre 4 à 6 grammes et mêmeˬolus.

aux modificut parfois déterminer la mort par suite de loca-
bulbaire de lles (œdème aigu du poumon, œdème de la glotte). L'examen du sang montre une *azotémie* toujours très élevée. Les résultats fournis par la recherche de la constante uréo-sécrétoire d'Ambard sont assez variables.

Le syndrome urinaire présente encore deux particularités : l'hématurie et l'anurie, nous ne reviendrons pas ici sur l'hématurie déjà étudiée. L'*anurie scarlatineuse* comporte un pronostic redoutable ; si elle persiste quelque temps, elle ne tarde pas à s'accompagner d'accidents urémiques qui peuvent survenir d'ailleurs, sans cette phase d'anurie. Parfois l'oligurie et l'anurie scarlatineuses surviennent en dehors de toute néphrite comme l'ont bien montré Bartels et Leichtenstein ; elles résultent alors, non plus d'une glomérulo-néphrite, mais de l'œdème brusque du rein, ou parfois d'embolies, d'infarctus du rein (Juhel-Rénoy).

L'urémie scarlatineuse est essentiellement une *urémie convulsive;* c'est parfois elle qui marque le début des accidents aigus de néphrite ; on observe soit des convulsions, soit de véritables crises éclamptiques, épileptiques, suivies de coma souvent mortel. Parfois l'urémie est annoncée par une augmentation de la céphalée, des vomissements incessants, l'apparition de troubles oculaires (myosis, cécité passagère, etc.), des lésions du fond d'œil, très appréciables à l'ophtalmoscope.

Signalons encore l'existence de formes apoplectiques d'emblée et de *formes méningitiques*, avec raideur de la nuque, signe de Kernig, liquide céphalo-rachidien hypertendu contenant en abondance des polynucléaires non altérés, traduisant une méningite toxique (Chauffard, Widal, Hutinel).

L'évolution de la néphrite scarlatineuse peut se faire vers la mort, soit du fait de l'anurie, quand elle se complique de symptômes urémiques, en particulier du coma, soit du fait de crises éclamptiques. Le pronostic est surtout sombre, lorsque, malgré une saignée abondante, les crises se rapprochent, deviennent même subintrantes. On peut cependant obtenir la guérison dans des cas qui paraissaient absolument désespérés.

Très souvent la néphrite scarlatineuse se termine par la guérison complète, ou seulement relative. On voit les œdèmes se résorber, les urines augmenter, l'albuminurie disparaître peu à peu, la tension artérielle s'abaisser, le cœur revenir à son volume normal, le souffle fonctionnel d'insuffisance ventriculaire gauche disparaître, les troubles du rythme, l'éréthisme cardiaque cesser. Pendant longtemps les urines restent hématuriques ou légèrement albumineuses, puis l'on assiste, soit à la guérison complète avec perméabilité rénale parfaite, vérifiée par le bleu de méthylène, l'épreuve de la chlorurie alimentaire, l'épreuve de l'urée, etc., soit à la guérison incomplète qui se présente suivant différents types que l'on peut ainsi schématiser : 1° *passage à la néphrite chronique* à évolution continue, soit immédiatement, soit après une phase de guérison apparente ; 2° *albuminurie chronique*, *soit intermittente* (cyclique, digestive, orthostatique), soit permanente, malgré le régime institué, avec ou sans variations du taux de l'albumine ; ce sont les *albuminuries cicatricielles* de Bard, les *albuminuries résiduales* de Teissier, qui paraissent liées à des *néphrites partielles* (Brault). On a longuement discuté sur la valeur de ces albuminuries persistantes ; on admettait que les albuminuries résiduales, non influencées par les régimes, comportaient un pronostic bénin, tandis que celles qui présentaient des variations, évoluaient vers la néphrite chronique lente. M. Castaigne n'admet pas cette distinction ; tous les malades atteints de ces albuminuries persistantes sont des sujets à débilité rénale acquise qui, bien souvent, à la suite de poussées de néphrites aiguës, de néphrites hématuriques, ou sans affection intercurrente, aboutiront finalement à la *néphrite atrophique*. Il faut se garder d'ailleurs de conclure que tous les malades ayant eu une néphrite aiguë scarlatineuse sont voués à la néphrite interstitielle.

Telles sont les diverses complications rénales de la scarlatine. En raison de la gravité du pronostic qu'elles comportent, soit immédiatement, soit pour l'avenir du malade, on conçoit l'utilité d'un diagnostic qui permet d'instituer précocement un traitement approprié.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.


GARANTIE
SÉCURITÉ



N° 16. — SAMEDI 7 FÉVRIER 1914. 87e ANNÉE. SAMEDI 7 FÉVRIER 1914. — N° 16.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 10 francs par an. Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Galliard, Klippel, Lion, Déjerine, Letulle, Claisse, Méry, Alex. Renault, Lesné, Gouget, Hirtz et Marion.

— CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HOPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Lermoyez, Lombard, Bourgeois, Michon, Cunéo, Triboulet et Sébileau.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance supplémentaire du 5 février. — Question donnée : « Structure de l'ovaire. Complications de la grossesse extra-utérine au cours des trois premiers mois. »

MM. Saint-Yves Ménard, 15 ; Weiss, 20.

Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

1° *Internes titulaires.* — 1. MM. Weiss, Saint-Yves Ménard, Bourgeois (Francis), Jacob, Cathala, Lantuéjoul, Frédault, Lanos (Jean), Rougeulle, Tourneix,

11. Fournier (Joseph), Duponchel, de Gaudart d'Allaines, Alibert, Périn (Lucien), Walther, Duroselle, Gineste, Leveste, Xoudis,

21. Lamare, Lebrun (Maxime), Bloch, Wiart, Trousset, Rouffiac, Le Gac, de Léobardy, Le Basser, Misrachi,

31. Remilly, Boppe, Ramadier (Henri), Mozer, Olivieri, Boirac, Salles, Mouquin, Marais, Oulié,

41. Janet, Pichon, Blum, Errard, Vivier, Soupault, Duter, Ruelle, Eltrich, Alajouanine,

51. Küss, Lory, Papillon, Huc, Penot, Legras, Mlles Romme, Le Conte, MM. Martin de Laulerie, Guillard,

61. Lempérière, de Butler d'Ormond, Lermozez, Daudet, Brizard, Turnesco, Réau.

2° *Internes provisoires.* — 1. MM. Guillouet, Charpin, Richoux, Marcassus, Humbert, Michon, Marié, Poisvert, Mlle Lang, MM. Millet,

11. Aufnagel, Renard (Jean), Leroux (Louis), Couinaud, Boutelier, Perrin (Henri), Portes, Bourgeois (Maurice), Ecot, Mlle Besson (Hélène),

21. MM. Chevalley, Richard, Deguignand, Rabut, Bigot, Mlle Besson (Marianne), MM. Moutier, Caron, Forestier, Jacquelin (Ch.),

31. Mlle Urion, MM. Jacquelin (André), Roberti, Doumer (Edmond), Evrard, Mlle Thivolet, MM. Bonnard, Benoiste-Pilloire, Bertaux (André), Hartglass,

41. Mercier, Mégret, Laburthe-Tolra, Deglaire, Coulaud, Lauret, Sedan-Miégemolle, Bisson, Mlles Pommay, Armand,

51. MM. Mordret, Ollier, Stiassnie, Chenet, Furet, Vincent, Renard (Jacques-Paul), Ernst, Frélezeau, Galliot,

61. Lesage, Monnot (Paul), Piémont, Picard (René), Serrand, Bretégnier, Gibert, Bouchet, Mlle Hochberg, MM. Cojan,

71. Zivy, Marquézy, Mlle Labeaume, MM. Thinh, Deschamps (Pierre), Cabouat, Dalsace, Borrien, Piédelièvre, Bardet (Daniel),

81. De Nabias, Poissonnier, Giroud, Greder, Fris-Larrouy, Regnauld de la Soudière, Mérigot de Treigny, Thomas, Guillaume, Semelaigne,

91. Mouzon, Colombet, Perrier (Léon), Langle, Gresset, Levent, Coty, Codet, Boulay.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur des épidémies a été décernée aux personnes ci-après désignées, en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques :

Médailles d'or. — MM. les docteurs Beros (de Bourail), Caillé et Rebreyend (de Paris), Guilbert, médecin sanitaire maritime de France; Le Scur (de Nouméa).

M. le médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales Ringenbach.

M. le médecin-major de première classe des troupes coloniales Henric.

M. le médecin principal de deuxième classe des troupes coloniales Doucet.

Médailles de vermeil. — MM. les docteurs Vuillet et Cadenat (de Sofia), Henyer et Gouriou (de Philippopoli), Reverchon, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

M. le médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales Collin.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Francière (de Luang-Prabang), Bocquilion (de la Foa), Nastich (d'Uskub).

MM. de Vrégille et Collangettes, professeurs à la Faculté de Beyrouth.

MM. les médecins-majors de deuxième classe des troupes coloniales Loujarret, Cheynel et Viala.

RENSEIGNEMENTS

500. — POSTES MÉDICAUX. — Bon poste à prendre de suite en province, 20 kilomètres d'une grande ville. Ecrire : docteur R., aux bureaux du journal.

M. le médecin-major de première classe Fargier.
M. le médecin aide-major Gabriel.
Médailles de bronze. — M. le docteur Boulay en mission.
MM. les médecins-majors de deuxième classe des troupes coloniales Dreneau et Millous.
M. le médecin-major de deuxième classe Navarre.
M. le médecin aide-major de première classe de réserve des troupes coloniales Guégan.
MM. Lucas et Fournier, faisant fonctions d'interne à Sofia.
MM. Betchoff et Mouchanoff, étudiants en médecine à Philippopoli.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — A la suite du concours qui a eu lieu, le lundi 8 décembre 1913, à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts, MM. les docteurs Labande (Edmond) et Fourrière (Alexis) ont été nommés chefs de clinique, en remplacement de MM. les docteurs Grelault et Lataillade.

SOUSCRIPTION POUR L'ÉRECTION D'UN MONUMENT AU PROFESSEUR L.-H. FARABEUF. — La Faculté de médecine de Paris a pris l'initiative d'élever un monument au professeur Farabeuf pour honorer et perpétuer la mémoire du savant, dont les recherches et l'enseignement merveilleux ont rendu de si grands services à tant de générations de médecins.

Aucun chiffre n'a été fixé pour la souscription. Les plus petites offrandes seront les bienvenues. Tous les médecins qui ont bénéficié de la réorganisation de l'école pratique d'anatomie, des travaux et de l'enseignement du maître disparu, penseront qu'il aurait particulièrement apprécié une manifestation très générale, capable d'apporter à son cœur inquiet la certitude que son immense labeur a été utile.

Adresser les souscriptions au trésorier du Comité, M. G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.

FONDATION LASSERRE. — Sont nommés membres de la commission instituée au ministère de l'instruction publique pour l'attribution des prix scientifiques Lasserre :

MM. les docteurs d'Arsonval, Bouchard, Calmette, Debove, Gautier, Guignard, Léon Labbé, Landouzy, Moureu, Ed. Perrier, Reclus, Richet, Roux et Widal.

ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Le concours annuel pour la nomination aux emplois de professeurs adjoints à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales aura lieu à cette école le 19 octobre 1914 dans les conditions prévues par ladite instruction.

En exécution de l'article 11 du décret du 7 mai 1908, les médecins et pharmaciens-majors de deuxième classe sont seuls admis à concourir.

Les demandes formulées par les candidats, en vue d'obtenir l'autorisation de prendre part à ce concours, seront revêtues de l'avis motivé de leurs chefs hiérarchiques et adressées au ministre de la guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau). Elles devront indiquer le ou les emplois pour lesquels ils désirent concourir et parvenir avant le 30 septembre 1914.

Les candidats devront être présents en France et n'avoir pas reçu de destination coloniale au 10 octobre 1914.

Il ne sera accordé aucun sursis de départ pour les colonies, aucune dispense de service colonial, ni aucune autorisation de rentrer en France en vue de subir les épreuves de ce concours.

Il sera procédé, à la suite du concours dont il s'agit, à la nomination d'un professeur adjoint pour la chaire « de clinique interne et des maladies exotiques ».

ASSOCIATION DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS. — L'assemblée générale qui devait avoir lieu le 7 février est remise au samedi 28 février, à cinq heures, à la Faculté de médecine.

LA PHYSIOLOGIE DES AVIATEURS. — Notre excellent confrère Cruchet (de Bordeaux) rapporte dans le *Journal de médecine de Bordeaux* quelques observations prises sur l'aviateur Garros à la suite de vols sensationnels exécutés à Talence.

Avant le vol :

Tension maximum	16 1/2
— minimum..........	8 1/2
Pouls..........................	92 à la minute.

Après le vol :

Tension maximum	17
— minimum..........	8 1/2
Pouls...................	130 à la minute.

Ces résultats concordent avec ceux antérieurement obtenus par Cruchet et Moulinier dans leurs recherches sur la tension artérielle des aviateurs. Cette augmentation de pression à la descente est ici presque insignifiante parce que le vol ne dépasse pas 500 mètres d'altitude et que, d'autre part, Garros est admirablement adapté. C'est ainsi qu'il n'a jamais éprouvé de phénomènes physiologiques intenses, sauf des bourdonnements d'oreilles, surtout dans les débuts et les descentes un peu rapides.

LA TENTE-ABRI ET LES ARMÉES MODERNES. — Depuis 1870, sous prétexte d'alléger les soldats, on a supprimé dans l'armée française la tente-abri. Seuls les troupes d'Afrique et les groupes alpins l'ont conservée.

Avec les formidables agglomérations d'hommes que l'on doit prévoir au jour de la concentration des armées, il est évident que les habitations, les locaux industriels ou agricoles seront insuffisants pour permettre de faire cantonner les troupes. Il faudra bivouaquer. La question de la tente-abri se trouve donc posée à nouveau.

M. Boigey vient de la soulever de la façon la plus opportune à la *Société de médecine militaire*. Il est certain que la tente-abri est légère (1k800). Elle est pratique, l'usage fait en Afrique et dans les Alpes le prouve. Elle est très efficace contre le froid ainsi que l'a bien montré M. le médecin inspecteur général Delorme en citant des exemples empruntés à la campagne de Russie. La question mérite donc d'être étudiée sérieusement.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Georges Héricourt, interne des hôpitaux de Paris.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 16 AU 21 FÉVRIER 1914

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 16 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique (1re et 2e séries).
3e (oral, 1re partie).
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 17 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique (1re et 2e séries).
3e (oral, 2e partie).
5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 18 février, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.
4e.
5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).
5e (2e partie), *Laënnec.*

Jeudi 19 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique (1re et 2e séries).
3e (oral, 1re partie, 1re, 2e et 3e séries).

Vendredi 20 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique (1re et 2e séries).
4e.
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 21 février, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier.*

REVUE GÉNÉRALE

LES DEXTROCARDIES PAR ATTRACTION

Par M. Lucien GIRARD,
Interne des hôpitaux de Paris.

C'est le nom, qu'au Congrès de Genève de 1908 Galliard a donné à une variété de dextrocardies *acquises* : le cœur, normalement placé dans la partie médiane gauche du médiastin antérieur est, pour ainsi dire, *attiré* d'une façon *permanente* vers la *droite* par une symphyse pleurale et par une sclérose pulmonaire développées dans la plèvre et le poumon droits.

Il oppose ces *dextrocardies par attraction* aux *dextrocardies par refoulement*, *transitoires* le plus souvent [à moins que des adhérences ne fixent le cœur en ectopie (Lestage)], et qui sont sous la dépendance d'un épanchement pleural gauche, d'une tumeur du poumon ou du médiastin, située à gauche du cœur, et qui le refoulent à droite.

Ces *dextrocardies par attraction* sont *acquises* au cours d'un état pleuro-pulmonaire, et diffèrent ainsi des *dextrocardies congénitales* qui s'accompagnent le plus souvent d'une inversion ou d'une hétérotaxie des organes abdominaux, ou qui, beaucoup plus rarement, existent sans aucune hétérotaxie.

Les *dextrocardies par attraction* ne peuvent plus être considérées comme une curiosité pathologique. Elles se rencontrent le plus souvent chez des tuberculeux pulmonaires ou chez des malades qui sont classés cliniquement comme tels. Les observations qui en ont été publiées sont si bien calquées les unes sur les autres, qu'il paraît légitime de voir là un véritable syndrome clinique caractérisé par la triade suivante : la *dextrocardie*, la *slérose pleuro-pulmonaire droite*, l'*emphysème vicariant du poumon gauche*. La réalité d'un tel syndrome justifie l'étude de ces dextrocardies (1).

I

Historique. — La notion d'une dextrocardie consécutive à une sclérose pleuro-pulmonaire droite date de 1824, époque à laquelle Abercrombie rapporte l'observation d'un homme, âgé de vingt et un ans, qui succomba à une affection cérébrale, après avoir présenté pendant la vie une *dextrocardie*, de la toux, des « crachements purulents », des hémoptysies et, à l'autopsie duquel il trouva, derrière le poumon droit très rétracté et creusé de cavernes, le cœur situé dans le côté droit de la poitrine, tandis que le poumon gauche remplissait le reste de la cavité thoracique.

Des observations analogues sont publiées par Gintrac (1843), Mac Aldowie (1886), Constantin Paul (1887), Chabrely (1889) et Bonne (1896).

La même année, Fernet examine un malade semblable, aidé de l'examen radioscopique. Il trouve le cœur *à droite*, *orienté normalement*, la pointe à gauche, le poumon droit obscur, le poumon gauche transparent. Il parle néanmoins d'ectopie cardiaque, sans inversion des viscères. Mais l'attention est attirée sur les rapports qui peuvent exister entre la dextrocardie et l'état pleuro-pulmonaire coexistant. De nombreuses observations de dextrocardies consécutives à des pleurésies et à des scléroses pulmonaires droites sont publiées de 1897 à 1913 par Moutard-Martin, Petit, Cochez, Lépine, Garnier, Barbier, Fitzgerald et Everett, Remoussenard, Alaux, Levien, Scherb, Lortat-Jacob et Laignel-Lavastine, Hirtz et Simon, Galliard, Meyer, Trastour, Bourcart, Barjon et Gâté, Bitot et Papin, Chalier et Rebattu, Macaigne et Girard, Scheffield Neave, et Bertier.

Dans ces observations on insiste sur l'*orientation normale* du cœur ; Remoussenard étudie les battements du cœur à droite. La radiographie confirme dans la majorité des cas le fait que le cœur ne subit pas de torsion autour de son axe. Elle permet de différencier les *dextrocardies par attraction* où la pointe du cœur reste dirigée à gauche, des *dextrocardies congénitales* pures où celle-ci est inversée à droite (cœur en miroir, Spiegelbild des auteurs allemands).

De plus, Nicolaï puis Neumann remarquent qu'à cœur normal correspond un électrocardiogramme normal, qu'à cœur inversé correspond un électrocardiogramme inversé. Le fait est vérifié, en ce qui concerne les dextrocardies par attraction, par Chalier et Rebattu, Macaigne et Girard.

On tâche également d'élucider le mécanisme de ces dextrocardies. Mais aucun travail d'ensemble n'a été fait sur la question, en dehors des thèses de Remoussenard et d'Alaux qui traitent de points particuliers.

Des observations publiées isolément se dégage un syndrome clinique que l'on rencontre le plus souvent chez des tuberculeux pulmonaires ou chez des malades atteints de broncho-pneumonie chronique, avec dilatation des bronches et sclérose du poumon. Dernièrement, Bertier aurait, pour ainsi dire, créé ce syndrome en se servant de la méthode de Forlanini (pneumothorax artificiel) et ce fait est intéressant à connaître surtout depuis que cette méthode s'est vulgarisée, pour traiter la tuberculose pulmonaire.

II

Etiologie. — Nous avons pu recueillir 42 observations de *dextrocardie par attraction*. Les unes sont étendues, les autres résumées, mais suffisamment explicites pour permettre d'y retrouver les symptômes cardinaux de l'affection.

Quatre observations seulement rapportent l'histoire de dextrocardies dans lesquelles la tuberculose ne peut pas être directement incriminée.

(1) Il existe également des cas de *sinistrocardie par attraction*. Walsche, cité par Hanot, Mac Scherry, Van Ryn, Davies, Chauffard, Barth, Destot, Oddo en publient des observations de 1886 à 1900. Elles sont beaucoup moins nombreuses que les cas de dextrocardie. Cela tient peut-être au fait qu'on remarque plus une dextrocardie qu'une sinistrocardie. Dans la dextrocardie le cœur a véritablement émigré ; dans la sinistrocardie il occupe une nouvelle position, qui n'est que l'exagération de la situation normale. Tout ce que nous dirons de la dextrocardie peut se rapporter à la sinistrocardie. Nous laisserons donc celle-ci de côté, et nous mentionnerons les indications bibliographiques à la fin de l'article.

Sur ces 4 cas, 2 relèvent d'un traumatisme : le malade de Hirtz et Simon vit se constituer la dextrocardie cinq semaines après l'apparition d'un hydropneumothorax traumatique. Celui de Neumann la vit apparaître après une chute de bicyclette, qui entraîna une déformation du thorax à droite et probablement une symphyse pleurale du même côté.

Les deux autres seraient dus, l'un rapporté par Lépine, à une péribronchite syphilitique, avec adhérences pleurales; l'autre, publié par Barjon et Gaté, à une dilatation bronchique droite prédominant au sommet. Rien ne dit que ces dextrocardies ne se soient pas constituées sur un terrain tuberculeux.

Tous les autres malades sont *cliniquement* des tuberculeux. Mais il est possible que certains malades soient atteints de broncho-pneumonie chronique, non spécifique, évoluant sous le masque de la tuberculose. Tantôt la tuberculose date de l'enfance (Abercrombie, Garnier, Barbier, Remoussenard); tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, elle a débuté trois, quatre ou cinq ans auparavant. Il s'agit de tuberculose chronique, procédant par poussées, avec hémoptysies, crachats purulents, fièvre, amaigrissement, tuberculose localisée surtout au poumon droit, avec ou sans intégrité du poumon gauche, tuberculose intéressant à la fois le poumon et la plèvre. Loin d'évoluer dans le sens de la caséification cette tuberculose pleuro-pulmonaire évolue vers la sclérose, sclérose d'origine pleurale et aussi d'origine bronchique, car, comme nous le verrons plus loin, il est exceptionnel que l'on ne trouve point chez ces malades d'ectasie bronchique avec sclérose péribronchique.

Pour expliquer cette tendance à la sclérose, Alaux, puis Bertier s'inspirant des idées de Sergent, associent la syphilis à la tuberculose. Ils se fondent pour établir ce fait sur le siège des lésions au niveau du hile pulmonaire, sur la prédominance des signes à droite, sur l'absence fréquente de bacilles dans les crachats, et sur ce fait que la syphilis est une affection plus sclérogène que la tuberculose. Sauf les observations de Lépine, de Petit, de Chappet Duplant et André citée dans la thèse d'Alaux, aucune d'entre elles ne mentionne d'une façon nette la syphilis ; certaines mêmes notent l'absence de toute affection syphilitique. Le fait n'en est pas moins à retenir et à vérifier dans les observations futures.

Toutes les observations ont trait à des adultes. C'est de vingt à trente ans, et de quarante à cinquante ans que les cas sont les plus fréquents. Pourtant Scheffield-Neave rapporte l'histoire d'un nourrisson de dix-sept mois; Chabrely, Petit et Cochez ont examiné des malades âgés de soixante-deux et soixante-cinq ans.

L'enfant est plutôt porteur de dextrocardies congénitales. Si la péricardite et la médiastinite tuberculeuses ne sont pas rares chez lui, elles n'entraînent pas de déplacement marqué du cœur.

La majorité des cas comprend des hommes. Sur les 42 observations recueillies, on trouve 34 hommes et 8 femmes. Deux cas dans lesquels le sexe n'est pas mentionné ont été cités par Merklen.

Néanmoins cette complication est rare, puisque vu le nombre énorme de tuberculeux pulmonaires et de bronchitiques chroniques, on en possède environ une quarantaine d'observations.

III

Syndrome clinique. — Le syndrome clinique de dextrocardie par attraction est caractérisé par la triade symptomatique : dextrocardie, signes de sclérose pleuro-pulmonaire droite, emphysème vicariant du poumon gauche.

Ce syndrome peut passer inaperçu, comme dans le cas signalé par Müller et Tavernier ; ces auteurs ont trouvé à l'ouverture d'un cadavre, destiné à l'amphithéâtre de dissection, une dextrocardie acquise avec lésions tuberculeuses des deux poumons, symphyse pleurale du côté droit et attraction en masse vers la droite du médiastin antérieur.

Parfois c'est au cours de l'examen d'un malade, qui est venu consulter pour des palpitations, que la dextrocardie est découverte.

D'autres fois le syndrome se manifeste surtout par les signes pulmonaires, toux, dyspnée, crachats ; ou bien par les signes cardiaques : le malade s'est aperçu lui-même d'une anomalie dans la situation de son cœur, et parfois il est sujet à des syncopes, à de la dyspnée, à de la cyanose (Macaigne et Girard).

Quelle que soit la manière dont se manifeste le syndrome, on trouve chez les malades tout un passé pulmonaire : tantôt des hémoptysies, des crachats purulents, de la fièvre, de l'amaigrissement, symptomatiques d'une lésion tuberculeuse en évolution ou d'une broncho-pneumonie chronique ; tantôt une pleurésie droite, tantôt enfin de la pleurodynie, manifestation d'une pleurésie latente.

Sauf les cas que nous avons cités de Hirtz et Simon et de Neumann, où la dextrocardie est post-traumatique, tous les malades sont des *pulmonaires* avant d'être des *cardiaques*.

Mais quelle que soit la cause de l'affection on trouve : la dextrocardie, la sclérose pleuro-pulmonaire droite, l'emphysème vicariant du poumon gauche.

1° La dextrocardie. — On aperçoit des battements cardiaques, synchrones avec le pouls, dans l'*hémithorax droit*, *à droite* du sternum. Quelquefois un deuxième centre de battements est perçu à gauche ; mais le plus souvent celui du côté droit existe seul.

Les battements sont visibles au niveau du troisième, quatrième ou cinquième espace intercostal droit, dans la majorité des cas, et le plus souvent sous le mamelon droit, en dedans ou en dehors du mamelon.

Remoussenard les a vus au niveau du deuxième espace intercostal droit à 5 centimètres du bord droit du sternum ; Constantin Paul les a aperçus beaucoup plus à gauche dans le quatrième espace intercostal gauche à 6 centimètres de la ligne médiane.

Eufin dans certains cas, c'est au niveau du bord spinal de l'omoplate que Fitzgerald et Everett, Bitot et Papin ont noté leur présence.

La *palpation* vient confirmer les résultats fournis par l'inspection. De plus, il est habituel de sentir un ébranlement plus ou moins profond derrière le

sternum et l'appendice xiphoïde, dû vraisemblablement, comme nous le verrons, aux battements de la *pointe* du cœur ; car, comme le disait Duroziez, « tout ce qui bat n'est pas la pointe », et les battements perçus à droite sont causés par la *base* du cœur.

Si l'on cherche à délimiter la matité cardiaque, on s'aperçoit que celle-ci commence vers le troisième ou quatrième espace intercostal droit, et qu'elle se confond en bas avec la matité hépatique. A cause de la matité pulmonaire environnante, il est difficile d'obtenir les limites précises de la matité cardiaque ; mais un fait négatif, qui a son importance, doit être vérifié : c'est l'*absence totale de matité cardiaque du côté gauche*. Toute l'aire supposée précordiale est sonore à la percussion légère, comme à la percussion forte ; cette dernière doit être pratiquée, car on pourrait admettre l'existence d'un lobe pulmonaire antérieur gauche très emphysémateux et distendu, et qui masquerait la matité du cœur. *On ne trouve pas de matité cardiaque du côté gauche.*

Pic insiste sur la fixité de la matité cardiaque à droite, quelle que soit la position du malade.

L'*auscultation* ne révèle en général l'existence d'aucune lésion cardiaque, sauf dans les cas où il y aurait une endocardite chronique associée.

On entend sous le mamelon droit, au niveau du centre de battements un éclat particulier du second bruit. Friedreich puis Bondet ont montré, dans les cas d'hypertrophie cardiaque, que cet éclat du second bruit indiquait la présence de la base du cœur derrière la région de la poitrine que l'on auscultait. Cette remarque a été appliquée aux cas de dextrocardie, et cet éclat diastolique, que l'on entend sous le mamelon droit, permet de localiser en ce point la base du cœur.

Bitot et Papin ont signalé le dédoublement du second bruit, Lépine un galop présystolique, Scherb un certain degré d'arythmie ; mais ces deux derniers signes sont plus ou moins liés à un certain degré de défaillance du myocarde.

Le pouls radial est régulier ; la tension artérielle normale, sauf dans les cas d'hyposystolie.

La dextrocardie paraît assez bien supportée. Pourtant l'on observe de la dyspnée d'effort et des crises d'hyposystolie avec cyanose (Macaigne et Girard).

2° La SCLÉROSE PLEURO-PULMONAIRE DROITE se traduit déjà à l'inspection par un certain degré d'asymétrie thoracique.

Laënnec connaissait « le rétrécissement de la poitrine à la suite de certaines pleurésies ». Le deuxième malade de Cochez « rappelle les deux figures jointes au *Traité d'auscultation* de Laënnec et destinées à montrer le rétrécissement du côté, à la suite d'une ancienne pleurésie ». En général, l'asymétrie et la déformation du thorax ne sont pas très considérables. Il semble, comme l'ont fait remarquer Pic et Galliard, que la *dextrocardie se rencontre plutôt chez le malade qui présente le moins de déformations thoraciques*.

En effet, quand on examine le malade nu et debout, on remarque que l'épaule droite est plus basse que l'épaule gauche ; mais l'abaissement de l'épaule droite n'est pas aussi considérable qu'on pourrait le croire : la clavicule est bien un peu plus basse à droite qu'à gauche ; les côtes droites sont un peu plus tassées ; mais surtout le sommet du poumon droit est rétracté et le creux sus-claviculaire droit aplati quand on le compare au creux sus-claviculaire gauche, qui est occupé par le sommet du poumon très emphysémateux et très amplifié.

L'asymétrie des épaules dépend plus de l'état du sommet du poumon que de la déformation squelettique.

D'autre part, le côté droit paraît un peu plus aplati que le côté gauche. On trouve, de plus, un certain degré de scoliose ou de cyphose.

Sur le tracé cyrtométrique, la déformation du thorax n'apparaît pas considérable : l'aplatissement du côté droit est compensé par l'expansion du côté gauche.

L'examen du thorax est complété par la palpation et par l'amplexation bimanuelle qui rendent compte de l'ampliation thoracique et des déformations du côté droit.

Les vibrations vocales sont, dans la plupart des cas, exagérées aussi bien en arrière qu'en avant du thorax (Lépine, Barbier, Remoussenard, Lortat-Jacob et Laignel-Lavastine, Barjon et Gaté, Bourcart, Macaigne et Girard). Dans d'autres cas, Fernet, Petit, Galliard les ont trouvées nettement diminuées. Cette discordance dans les résultats peut s'expliquer : l'exagération des vibrations semble indiquer la présence d'un poumon scléreux : il y aurait plus de sclérose pulmonaire que de symphyse pleurale. La diminution, au contraire, relèverait plus d'une symphyse que d'une sclérose pulmonaire.

Nous n'insisterons pas sur les résultats de la percussion qui révèle de la matité.

Mais l'auscultation permet d'entendre le plus souvent un souffle caverneux avec retentissement de la voix et de la toux, avec de la pectoriloquie aphone et de la bronchophonie.

Des râles sous-crépitants à grosses et à fines bulles circonscrivent la région. On a tous les signes d'une excavation pulmonaire, caverne ou ectasie bronchique : ils prédominent au niveau du *hile*. C'est là que Lortat-Jacob et Laignel-Lavastine ont entendu le tintement du sou que l'on frappe et le retentissement métallique de la toux et de la voix. Le *siège hilaire* des signes cavitaires fait plus penser à une ectasie bronchique qu'à une caverne, d'autant plus que vers la base on entend le même souffle accompagné de râles cavernuleux. Le poumon semble creusé de petites cavités disposées en chapelet, fait que l'on a vérifié à l'autopsie.

Les crachats muco-purulents, à type nummulaire, ne contiennent en général pas de bacilles de Koch, à l'examen direct tout au moins.

En résumé, on trouve des signes de sclérose pulmonaire avec des excavations parenchymateuses ou bronchiques, situées surtout au niveau du hile, et des signes de symphyse pleurale qui n'entraîne pas toujours une déformation considérable de l'hémithorax droit.

3° L'EMPHYSÈME COMPENSATEUR DU COTÉ GAUCHE. — Il se traduit par l'expansion de l'hémithorax gauche, par la diminution des vibrations vocales, la sonorité exagérée dans le creux sus-claviculaire en arrière, en avant, dans l'espace de Traube et surtout *dans la région que devrait occuper le cœur*. Cette sonorité peut même dépasser la ligne médiane en avant.

L'auscultation, de l'aveu même des auteurs, fait entendre une « respiration puérile », « forte », « humée ». C'est le type de la respiration emphysémateuse et supplémentaire. On peut rencontrer des lésions tuberculeuses au sommet du poumon.

L'*état général* du malade est satisfaisant. Il a peu de fièvre, 37°5, 38 degrés. L'amaigrissement est stationnaire. Les fonctions digestives sont normales. La lésion pleuro-pulmonaire semble s'être arrêtée dans son évolution : il n'y a plus d'hémoptysies, les crachats ne sont plus bacillifères, les signes sthétoscopiques sont comme figés.

Mais si le malade semble amélioré et même guéri quant à son poumon ; il est devenu un *cardiaque* par suite de sa dextrocardie, de la plicature des vaisseaux de la base du cœur qu'elle entraîne. Il a de la dyspnée d'effort, des poussées de cyanose et d'hyposystolie.

Le *pronostic* sérieux s'est déplacé du poumon vers le cœur. Si la sclérose pulmonaire est un processus de guérison pour le poumon, elle entraîne une complication, la dextrocardie, et le malade est à la merci d'une syncope mortelle ou d'une crise d'asystolie. Plus rarement il succombe à une poussée de bronchite (Fitzgerald et Everett). Abercrombie a vu son malade succomber à des abcès cérébraux ayant eu pour point de départ les cavernes pulmonaires. Enfin, une poussée de granulie peut emporter le malade.

Nous avons surtout décrit la *dextrocardie par attraction des tuberculeux*.

Celle-ci peut encore se rencontrer chez les syphilitiques (cas de Lépine), chez les porteurs d'ectasie bronchique (Barjon et Gaté), à la suite d'un hydropneumothorax traumatique (Hirtz et Simon, Neumann), enfin chez des malades atteints de bronchopneumonie chronique non tuberculeuse (Balzer). Dans l'un ou l'autre cas un état pleuro-pulmonaire précède l'apparition de la dextrocardie et le syndrome est au complet.

IV

Diagnostic. — En présence d'un malade, porteur de la triade symptomatique précédente, on peut se demander s'il y a vraiment dextrocardie, si les battements que l'on aperçoit sous le mamelon droit ne sont pas des battements *transmis* par le cœur à une masse ganglionnaire ou pulmonaire, comme le cas a été signalé par Bourcy et Laignel-Lavastine et par Galliard ; si l'on n'est pas en présence d'un empyème pulsatile ou d'un anévrisme de la crosse de l'aorte.

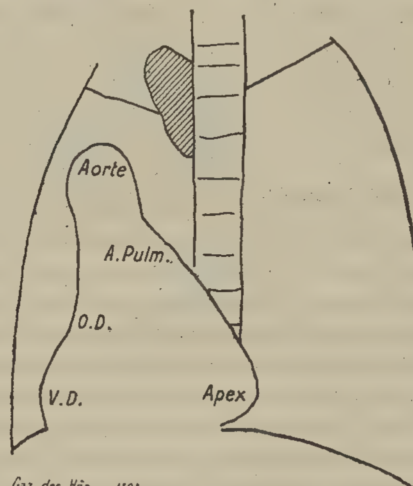
En l'absence de signes certains permettant d'affirmer un diagnostic, la radioscopie et la radiographie feront écarter toute erreur.

Ces deux procédés doivent être employés successivement, car si la radiographie fixe sur un cliché les ombres pathologiques, la radioscopie permet de suivre les mouvements de ces ombres et cela ne manque pas d'importance en ce qui concerne le cœur, organe mobile ; elle permet en outre de fixer à l'aide d'orthodiagrammes les variations de ces ombres.

A la radioscopie, l'aspect est toujours le même dans les cas types :

1° LE CÔTÉ DROIT vu :

a. *En position antérieure* (fig. 1) est opaque dans presque toute sa hauteur. On arrive à dissocier l'ombre du cœur, au milieu des taches pulmonaires sombres,

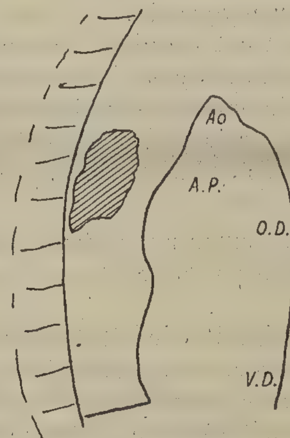


ORTHODIAGRAMME (M. BORDET),

FIG. 1. — *Position directe antérieure.*

causées par la sclérose, et claires dues à des excavations. Le cœur conserve sa direction primitive, sa pointe reste dirigée vers la gauche, la base vient battre sous le mamelon droit.

b. *En position oblique antérieure droite à 60 degrés* (fig. 2), on peut se rendre compte du contact qui existe



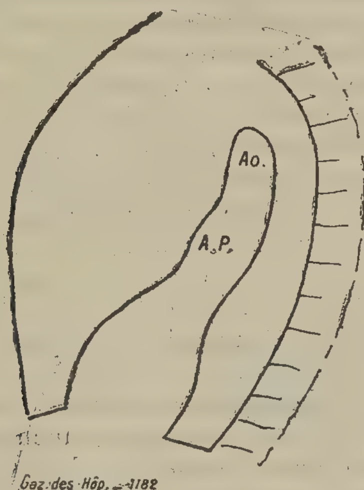
ORTHODIAGRAMME (M. BORDET).

FIG. 2. — *Position oblique postérieure droite à 40 degrés.*

entre le cœur et la paroi. Dans le cas que nous avons rapporté avec M. Macaigne, on voyait nettement, dans cette position, le ventricule droit s'appliquer contre la paroi costale. Les cavités droites étaient distendues et surtout l'arc moyen du cœur, qui cor-

respond à l'artère pulmonaire, et que surmonte l'arc aortique.

c. *En position oblique antérieure gauche à 40 degrés* (fig. 3), le cœur était vu par sa tranche, la pointe était



ORTHODIAGRAMME (M. BORDET).

FIG. 3. — *Position oblique postérieure gauche à 60 degrés.*

écartée de la paroi costale, sans doute à cause de la présence de la lame antérieure du poumon gauche qui s'était entremise entre le cœur et elle. On ne sentait pas battre en effet la pointe derrière le sternum.

Tout le reste du côté droit est obscur, le diaphragme droit est immobile, le sinus costo-diaphragmatique est comblé, on aperçoit quelques taches claires dues à l'existence de cavités pulmonaires et des taches moirées, symptomatiques de la symphyse pleurale pour Alaux.

2° Le CÔTÉ GAUCHE est clair et transparent. La clarté pulmonaire est exagérée à cause de l'emphysème.



FIG. 4. — *Radiographie* (cliché JAUGEAS).

Le cliché est pris en position antérieure. On remarque la transparence du côté gauche, l'obscurité du côté droit où se trouve le cœur, dont on devine les contours.

Elle est agrandie, remonte très haut dans le creux sus-claviculaire, distend les espaces intercostaux, descend dans le sinus costo-diaphragmatique, qui paraît élargi, empiète enfin sur la ligne médiane.

Fortement emphysémateux le poumon est comme à l'étroit dans l'hémithorax gauche.

Le diaphragme gauche plus mobile est plus oblique qu'à l'état normal.

La plaque radiographique (fig. 4) fixe tous ces détails. Certains d'entre eux apparaissent plus nettement : ainsi, la clarté trachéale descend dans le médiastin en formant un arc de cercle à convexité droite.

On peut compléter l'examen du malade par l'étude *cardiographique* : les cardiogrammes (Vergely, Macaigne et Girard) indiquent que les battements sous-mamelonnaires sont d'origine ventriculaire ; pourtant Jolyet se demande s'ils ne seraient pas causés par la crosse de l'aorte.

Dans ces dernières années un nouveau moyen d'investigation fut mis à la portée des cliniciens.

On pouvait penser, après les travaux de Waller, d'Einthoven, de Hoffmann, de Grau, que la dextrocardie aurait une influence sur la forme de l'électrocardiogramme, ce qui aurait permis, grâce à cela, de faire le diagnostic de dextrocardie.

Or Nicolaï a montré que l'*électrocardiogramme* n'était véritablement modifié que dans les cas de dextrocardie congénitale avec inversion des viscères. Dans ces cas la courbe paraît renversée, comme si elle était à l'envers. Les trois crochets P. R. T. sont situés au-dessous de l'horizontale, ainsi qu'Hermanidès en a publié un exemple.

Dans les *dextrocardies acquises* au contraire l'électrocardiogramme est normal. Ce dernier fait a été vérifié par Neumann, Chalier et Rebattu, Macaigne et Girard. Le tracé électrocardiographique ne peut donc servir qu'à différencier la dextrocardie acquise de la dextrocardie congénitale.

En résumé les examens radiographique et radioscopique, cardiographique et électrocardiographique donnent un sérieux appoint pour le diagnostic des dextrocardies acquises et congénitales.

1° Dans les *dextrocardies congénitales* le diagnostic est facile s'il existe une inversion des viscères. Quand il s'agit d'une dextrocardie congénitale pure, sans hétérotaxie, comme Alaux en a rapporté un certain nombre d'observations dans sa thèse, le diagnostic est plus délicat. Les auteurs se fondent uniquement pour affirmer l'existence d'une dextrocardie congénitale sur la *position à droite* de la pointe du cœur; or Alaux prétend que de tels cas existent, mais qu'ils s'accompagnent de malformations cardiaques ou vasculaires. Au contraire, dans de nombreuses circonstances le diagnostic de dextrocardie congénitale pure est fait à tort, et il cite le cas de Grasset, où ce diagnostic avait été porté et où l'autopsie montra un cœur orienté *normalement*, sans aucune torsion de ses vaisseaux, mais situé à droite, là où existait une sclérose pleuro-pulmonaire.

Dans 12 cas Alaux a trouvé 8 fois une rétraction de la paroi costale à droite, une déviation de la colonne vertébrale, de la submatité dans le poumon droit, et une diminution du murmure vésiculaire. Il en conclut qu'un certain nombre de ces *dextrocardies dites congénitales* sont consécutives à une pneu-

monie, à une bronchite, à une tuberculose pulmonaire latente, et il les fait rentrer dans le cadre des *dextrocardies par attraction, d'origine pleuro-pulmonaire*.

2° Dans les *dextrocardies acquises* on a la notion d'une maladie antérieure : pleurésie, pneumonie, broncho-pneumonie, tuberculose pulmonaire, ou plus rarement traumatisme.

La dextrocardie n'a pas toujours existé.

Le cœur est à droite, conservant sa direction primitive, la pointe tournée à gauche.

On trouve des lésions pulmonaires.

Ces faits sont vérifiés par les examens radioscopiques et radiographiques.

L'électrocardiogramme est normal.

Il s'agit alors de déterminer en présence de quelle variété de dextrocardie acquise on se trouve :

Dans les *dextrocardies par refoulement*, celles-ci sont consécutives à un *épanchement pleural gauche*, à une tumeur pulmonaire gauche, ou à une tumeur du médiastin (Woillez, *Arch. de méd.*, 1852); elles sont en général transitoires comme l'épanchement, durent aussi longtemps que la cause subsiste, à moins que, même si la cause est supprimée, le cœur ne reste à droite, fixé par les adhérences secondaires comme dans les cas rapportés par Lestage.

Dans les *dextrocardies par attraction*, les lésions pulmonaires prédominent à droite, et l'on se trouve en présence du syndrome clinique que nous avons décrit : dextrocardie, sclérose pleuro-pulmonaire droite, emphysème vicariant du poumon gauche.

Pourtant il existe des cas difficiles à classer : cas mixtes, cas intermédiaires.

a. Chalier et Rebattu ont rapporté un cas de dextrocardie acquise chez un malade ayant eu une pleurésie purulente gauche, porteur d'une symphyse pleurale droite : la pointe du cœur suivant les auteurs était dirigée *à droite*.

Garel et Varay ont publié un cas de dextrocardie par attraction avec cœur situé à droite et *inversé.*

La rotation de la pointe du cœur autour de son axe vertical, qui semble admise par ces auteurs, s'est trouvée en défaut dans l'observation de Grasset; elle ne peut se produire que dans certaines conditions [agrandissement de la cavité péricardique (cas de Pascheles et Paltauf), abaissement du diaphragme par paralysie (cas de Stokton)].

b. Cade, Rebattu et Gras ont publié un cas de dextrocardie dite congénitale dans lequel le cœur conservait la pointe dirigée à gauche. On peut penser avec Pic et Alaux que la dextrocardie est consécutive à une affection pleuro-pulmonaire droite fruste, ou ayant évolué pendant la vie intra-utérine; elle rentre dans le cadre des dextrocardies acquises.

Certains types de dextrocardie demeurent donc inclassés. La vérification anatomique de ces faits aurait seule permis de voir s'ils se rapprochaient de l'état anatomique des dextrocardies par attraction que nous décrivons.

V

Anatomie pathologique. — Au syndrome clinique, dextrocardie, sclérose pleuro-pulmonaire droite, emphysème vicariant du poumon gauche, correspond un syndrome anatomique.

Les lésions sont à peu près identiques dans les protocoles d'autopsie publiés par Abercrombie, Gintrac, Moutard-Martin, Fitzgerald et Everett, Garnier, Lépine, Lortat-Jacob et Laignel-Lavastine, Remoussenard, Alaux, Barjon et Gaté.

Le cœur est situé dans l'hémithorax droit. Le péricarde est adhérent à la paroi costale antérieure (Müller et Tavernier); Garnier a vu l'oreillette droite et l'aorte au contact de la paroi. Le péricarde adhère d'autre part à la plèvre droite et au moignon scléreux, restes du poumon droit.

La cavité péricardique est *libre*; on note, parfois, de lâches adhérences.

Ce fait explique pourquoi il n'y a pas de rétraction systolique de la paroi.

Le cœur est dilaté dans ses cavités droites, hypertrophié et dilaté dans ses cavités gauches comme un cœur asystolique. Lortat-Jacob et Laignel-Lavastine signalent une dilatation du ventricule droit, simulant la pointe du cœur et pouvant faire croire que celle-ci est dirigée à droite. La *pointe du cœur reste orientée vers la gauche*.

Pourtant Babcock rapporte deux cas avec autopsie dans lesquels le cœur, situé à droite dans la poitrine, avait subi un mouvement de rotation tordant les gros vaisseaux de la base. Mais ces cas paraissent exceptionnels.

Le poumon droit est ratatiné sur lui-même; Gintrac l'a vu réduit à 6 centimètres d'épaisseur. Il est adhérent aux côtes et au péricarde. On doit le sculpter pour l'extraire du cadavre. Abercrombie le compare, à la coupe, à du tissu splénique. Il est carnifié, creusé de *cavités* qui communiquent entre elles. Celles-ci sont remplies de pus et le poumon ressemble à une éponge à grosses alvéoles purulentes. Que ce soient des bronches dilatées ou des cavernes tuberculeuses, elles sont plus ou moins scléreuses ou crétacées. Les ganglions médiastinaux sont gros, la plèvre épaissie. Histologiquement la sclérose envahit le poumon, sclérose d'origine pleurale ou bronchique; on peut trouver des cellules géantes, si le processus est de nature tuberculeuse.

Le poumon gauche est énorme. Il est comme à l'étroit dans le thorax et déborde de partout. Très emphysémateux, distendu au maximum, il est, en général, indemne de toute lésion. Pourtant Gintrac y a trouvé des tubercules isolés, et Garnier, de l'hépatisation à la base.

VI

Pathogénie. — En présence de ces faits cliniques et anatomiques, comment s'expliquer la dextrocardie et quel est l'agent qui la détermine?

1° La dextrocardie est-elle due au fait que le cœur *se déplace en masse* ou qu'il subit un *mouvement de rotation vers la droite?*

La première opinion a été soutenue par Bamberger, Gerhardt, Gullmann et Eichhorst. Elle a été reprise par Bard, en 1893 : le déplacement en masse se fait aussi bien dans les dextrocardies par refoulement, que dans les dextrocardies par attraction.

La deuxième opinion a été mise en avant par Wintrich et surtout par les auteurs anglais Sibson, Babcok. En France, Guéneau de Mussy, Constantin Paul et Woillez ont été de cet avis. Dans ces dernières années, Capitan et Bouchard, Garel et Varay, Chalier et Rebattu, Evariste Lafforgue s'opposent à la théorie de Bard : le cœur se tord sur son axe et la pointe se dirige à droite.

Si, dans certains cas, le fait est vrai (Babcok, Evariste Lafforgue), dans d'autres il ne semble pas exact : exemple le cas de Grasset, cité dans la thèse d'Alaux, où l'on trouva le cœur normalement orienté, à l'autopsie, alors que pendant la vie on avait situé sa pointe à droite.

L'opinion de Bard, conforme aux expériences de Peyrot, de Pitres, et de Sallé, est la plus généralement admise par la majorité des auteurs, notamment par Béclère et son élève Remoussenard. Le *cœur se déplace en masse*, et si par hasard il subit un mouvement de rotation, il faut considérer le fait comme exceptionnel.

2° La cause de ce déplacement en masse du cœur, qui aboutit à la dextrocardie réside, pour Gintrac, dans la rétraction du poumon droit, qui attire le cœur vers la droite, et dans l'expansion du poumon gauche, qui le refoule dans la même direction.

Trois opinions s'opposent : l'une, conforme aux idées de Gintrac, admet le double mécanisme : attraction du poumon droit, refoulement du poumon gauche ; l'autre, avec Trastour, fait jouer au poumon gauche le rôle principal ; la troisième, avec Galliard. fait intervenir avant tout la sclérose pleuro-pulmonaire droite ; le cœur est attiré vers la droite, d'où le nom de *dextrocardie par attraction*.

Il semble que ce soit cette dernière opinion qui l'emporte.

L'étude expérimentale des dextrocardies par attraction fait défaut, pour donner du phénomène une explication satisfaisante.

Mais quelques faits cliniques sont suffisamment démonstratifs, pour faire comprendre le mécanisme intime de cette affection :

Barth a observé un malade atteint de pleurésie gauche tuberculeuse (1), chez lequel a évolué une symphyse pleurale « sérieuse » du même côté. En six semaines, le poumon gauche a été atrophié. Le cœur, d'abord *refoulé à droite* par l'épanchement a été *attiré* ensuite à gauche, à 15 centimètres en dehors et en arrière du mamelon.

Hirtz et Simon rapportent un cas presque expérimental puisque le malade eut un hydropneumothorax traumatique, refoulant d'abord le cœur vers la gauche, et que l'atrophie du poumon droit et la dextrocardie consécutive ne se produisirent qu'après résorption partielle, sinon totale, de l'épanchement pleural.

Bertier, chez un malade qui présentait une tuberculose pulmonaire bilatérale, prédominant à droite, avec légère dextrocardie et signes de symphyse pleurale, crée un pneumothorax artificiel (méthode de Forlanini). A son grand étonnement l'air pénètre dans la plèvre qu'il croyait oblitérée. Le cœur revient vers la gauche dans sa position primitive, le poumon gauche diminue d'ampleur, le poumon droit s'affaisse. Mais la symphyse pleurale ne tarda pas à se constituer et le malade fut de nouveau porteur d'une dextrocardie typique avec sclérose pleuro-pulmonaire droite et emphysème vicariant du poumon gauche.

Ducamp observa le déplacement du cœur à droite dans une pleurésie droite. Ces faits nous prouvent que la plupart du temps l'épanchement pleural liquide ou gazeux précède l'apparition de la dextrocardie. Ces faits sont conformes à l'opinion d'Alaux. Comme nous le disions avec M. Macaigne, l'épanchement plus ou moins latent refoulerait d'abord le poumon droit, agissant alors favorablement à la manière d'un pneumothorax artificiel sur l'évolution des lésions tuberculeuses. Il refoulerait également le cœur vers la *gauche*, puis à mesure qu'il se résorberait, il entraînerait le cœur vers la droite, vers le vide, laissé par le poumon droit déjà sclérosé, et cela par l'action de fibres médiastinales unissant la plèvre droite et le péricarde. Tous les épanchements pleuraux n'agissent pas de même ; il semble qu'un certain degré de médiastinite, et qu'une sclérose du poumon droit, empêchant celui-ci de se dilater quand l'épanchement se résorbe, soient nécessaires pour la production de la dextrocardie. La symphyse pleurale, la sclérose pulmonaire d'origine pleurale et bronchique en se rétractant davantage attireraient le cœur de plus en plus vers la droite, et l'attireraient *en masse*.

Le poumon gauche a un rôle purement passif. En s'hypertrophiant il ne permet plus au cœur de reprendre sa place primitive.

Si la plupart du temps la symphyse pleurale entre en jeu dans le mécanisme des dextrocardies par attraction, il semble qu'il puisse se rencontrer des cas où celle-ci ne saurait exister. Bertier, dans l'observation qu'il rapporte, a montré que chez son malade, porteur, au début, d'une dextrocardie légère, la plèvre n'était pas oblitérée, puisqu'il put créer un pneumothorax artificiel. La sclérose pulmonaire d'origine bronchique avait suffi à elle seule à déterminer la dextrocardie. Du reste la déformation thoracique était presque nulle. Peut-on distinguer alors deux variétés de dextrocardies par attraction ; celles qui sont liées à une symphyse pleurale, et celles qui ne le sont pas ? Ce fait explique peut-être les variations que nous avons constatées dans la transmission des vibrations vocales ; l'abolition des vibrations serait symptomatique d'une symphyse pleurale prédominante, l'exagération d'une sclérose pulmonaire sans symphyse.

Il ressort de ce fait que la sclérose pulmonaire, parce qu'elle diminue le volume du poumon droit est indispensable pour la formation d'une dextrocardie. La symphyse pleurale n'est pas nécessaire, tous les cas de symphyse en effet n'entraînent pas la production d'une dextrocardie.

(1) Ce qui est vrai pour la pleurésie gauche, l'est également pour la pleurésie droite.

VII

Traitement. — En présence de telles dextrocardies, l'action thérapeutique semble peu efficace. Tuberculeux, ces malades sont soignés comme tels au moment des poussées évolutives. Syphilitiques, le traitement mercuriel n'a pas grande action sur des tissus de sclérose. En réalité ces malades sont avant tout des cardiaques; tant que le cœur résiste l'état général est satisfaisant, les signes fonctionnels manquent le plus souvent. La saignée, la révulsion, les tonicardiaques auront raison des crises d'hyposystolie.

Les traitements résolutifs que l'on a essayés dans les cas de sclérose, comme la thiosinamine, ne sauraient donner de résultats appréciables.

La cardiolyse ou opération de Brauer n'a pas encore été tentée dans les cas de dextrocardie.

Le pneumothorax artificiel pratiqué par Bertier, dans un cas où la plèvre était perméable, a, comme nous l'avons vu, entraîné une symphyse secondaire avec dextrocardie.

Le dernier mot n'est pas dit et le succès thérapeutique sera remporté peut-être un jour par la chirurgie.

BIBLIOGRAPHIE

I. **Dextrocardies.** — *Observations.* — ABERCROMBIE. *Trans. of the med.-chir. Soc. of Edimb.*, 1824, p. 64.
GINTRAC. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1843, p. 9.
Mc. ALDOWIE. *Brit. med. Journ. London*, 1886, t. II, p. 156.
C. PAUL. *Diagnostic et traitement des maladies du cœur*, 1887, p. 38.
CHABRELY. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1888-1889, t. XVII, p. 16.
BABCOCK. *Med. News. Philad.*, 1888, p. 288-293.
BONNE. *Soc. des sc. méd. de Lyon*, juillet 1896.
FERNET. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 11 et 18 déc. 1896.
MOUTARD-MARTIN. *Ibid.*, 8 janv. et 2 avril 1897.
PETIT. *Ibid.*, 1897, p. 989-994.
COCHEZ. *Gaz. des hôpit.*, 1897, nos 51 et 54.
LÉPINE. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 26 mai 1899.
GARNIER. *Presse méd.*, 12 juillet 1899.
BARBIER. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1900, p. 187-190, discussion Merklen.
FITZGERALD et EVERETT. *Brit. med. Journ. London*, 1900, t. II, p. 664.
REMOUSSENARD. Th. de Paris, 1900-1901, nº 85.
ALAUX. Th. de Lyon, 1901-1902, nº 76.
LEVIEN. *Med. News New-York*, 1902, p. 210-211.
GAREL et VARAY. *Gaz. des hôpit.*, 1902, p. 926-929.
SCHERB. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1903, p. 544.
LORTAT-JACOB et LAIGNEL-LAVASTINE. *Ibid.*, 1906, p. 814-819.
HIRTZ et SIMON. *Ibid.*, 25 mai 1906.
MÜLLER et TAVERNIER. *Lyon méd.*, janv. 1907.
GALLIARD. *Ibid.*, 1908, p. 634-636, et *Congrès de méd. de Genève*, 1908, t. II, p. 88.
MEYER. *Soc. des méd. de Leysin*, 28 oct. 1909 et 28 mars 1912.
TRASTOUR. *Marseille méd.*, 15 déc. 1909.
BOURCART. *Journ. des prat.*, 22 avril 1911.
BARJON et GATÉ. *Lyon méd.*, 2 juillet 1911.
BITOT et PAPIN. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 22 déc. 1912.
CHALIER et REBATTU. *Paris méd.*, 1912, t. II, p. 365.
W. NEUMANN. *Deut. med. Woch.*, 10 oct. 1912, nº 41, p. 1920.
MACAIGNE et GIRARD. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 18 avril 1913, p. 769.
SCHEFFIELD NEAVE. *Roy. Soc. of med. sec. for disease in Children*, fév. 1913.
BERTIER. *Bull. méd.*, 1913, nº 75.
Pour la bibliographie générale, et pour celle concernant la pathogénie, le diagnostic, etc., voir :
ALAUX. Th. de Lyon, 1901-1902, nº 76.
BALZER. Th. de Paris, 1878, p. 75.
BARD. *Lyon méd.*, 1892, nº 52; 1893, nº 1.
BÉCLÈRE. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1903, p. 559.
BERNHEIM. *Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences*, Boulogne-sur-Mer, 1899.
CADE, REBATTU et GRAS. *Province méd.*, 1913, 1er semestre.
CAPITAN et BOUCHARD. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1898, p. 1104.
DUCAMP. *Montpellier méd.*, 1891, p. 245.
GALLIARD. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1897, p. 994, et 24 avril 1913; — *Congrès français de méd. de Genève*, 1908.
HERMANIDES. *Nederl. Fijdsch. v. Gen.*, 1913, t. XXI.
LAFFORGUE. *Gaz. des hôpit.*, 1902, nos 125 et 127.
LESTAGE. Th. de Bordeaux, 1894-1895, nº 100.
NICOLAÏ. *Berl. klin. Woch.*, 9 janv. 1911, p. 51.
NEUMANN. *Deut. med. Woch.*, 10 oct. 1912.
PASCHELES et PALTAUF. *Wien. klin. Rund.*, juin 1897, t. XI, p. 473.
PEYROT. Th. de Paris, 1876.
PITRES. *Arch. clin. de Bordeaux*, juin 1896.
REMOUSSENARD. Th. de Paris, 1900-1901.
SALLÉ. Th. de Paris, 1898-1899.
STOKTON. *Buffalo med. Journ.*, 1898-1899, p. 97.
II. **Sinistrocardies.** — WALSCHE. Cité par HANOT. *Semaine méd.*, 1896, p. 289.
MAC SHERRY. *Med. surg. report Phil.*, 1886, liv. 199.
VAN RYN. *Journ. de méd. de Bruxelles*, 1894, p. 152.
DAVIES. *Soc. roy. de méd. et de chir. de Londres*, fév. 1895.
CHAUFFARD, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1902, 21 fév.
DESTOT. *Lyon méd.*, 1905, p. 860-863.
BARTH. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 25 mai 1906.
ODDO. *Marseille méd.*, 1909, p. 709-711.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1914)

Rupture de l'uretère. — M. MONOD, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Legueu, rapporte l'observation d'un garçon de douze ans qui avait eu une pseudohydronéphrose traumatique. Il avait, en réalité, une déchirure du bassinet et une rupture incomplète de l'uretère. Le pronostic de ces blessures n'est pas toujours aussi grave qu'on pourrait le croire. Sur 27 cas qu'a pu rassembler M. Monod, il n'y a eu que deux décès. Tous les autres ont guéri avec ou sans intervention. La plupart de ces blessés ont, en effet, guéri sans intervention. Il ne faudrait donc pas conclure que la néphrectomie est toujours nécessaire. Toutefois, dans certains cas, comme, par exemple, dans celui de M. Legueu, alors que le bout inférieur de l'uretère est complètement oblitéré, la néphrectomie s'impose, mais quand il n'y a pas d'oblitération du bout de l'uretère, les choses peuvent s'arranger et les ponctions suffisent.

M. BONNET (de l'armée) communique un cas de rupture traumatique de l'uretère droit, guérie par la néphrectomie. Il s'agit d'un soldat qui reçut dans le flanc droit un coup de jarret de cheval. Le blessé eut des hématuries; le ventre était contracté; la température à 37°2; l'état général assez mauvais, le facies péritonéal; quelques heures après l'accident, l'état du blessé ne présentant aucune amélioration, M. Bonnet décide d'intervenir. Il fait une laparotomie latérale droite, constate une contusion du cæcum, pas de déchirure intestinale. Il y a du sang dans la cavité péritonéale. M. Bonnet ferme son incision latérale et fait une laparotomie médiane. Il ne trouve rien, assèche le péritoine et referme. Réunion

par première intention. Quelques jours après, la température monte à 38°8; il se fait un hématome suppuré; nouvelle incision et drainage de l'hématome. L'état général se relève.

On constate alors des signes de pseudohydronéphrose, M. Bonnet intervient par la voie lombaire. Il fait l'incision recto-curviligne de Guyon, trouve du pus dans la loge rénale, une rupture du bassinet, trois calices ouverts, l'uretère déchiré, étiré et ne tenant plus que par une petite lamelle très mince. Il procède alors à l'ablation du rein, mais le pédicule est très adhérent, ne peut être dissocié. M. Bonnet applique deux pinces hémostasiques sur le pédicule, les laisse à demeure et draine. Il referme la plaie; quarante-huit heures après il enlève les pinces, guérison parfaite.

Ce blessé a présenté d'abord un syndrome péritonéal, puis des signes d'infection qui ont conduit au drainage d'un hématome suppuré. Ses voies d'excrétion urinaires se sont trouvées prises à leur tour; il y avait une rupture presque complète de l'uretère. Il a fallu procéder à la néphrectomie qui a mis fin à tous les accidents. Dans ce cas, le mécanisme du traumatisme est très simple.

Plaies du cœur. — M. Riche rappelle l'observation de suture ventriculaire pour plaie du cœur qu'il a communiquée à la Société et qui a fait l'objet d'un rapport de M. Delorme en 1905. Il publia un second fait de plaie du ventricule gauche qu'il sutura et qui a été l'objet d'un rapport de M. Walther, en 1911. Il s'agissait ici d'une double plaie du ventricule gauche.

Au point de vue du diagnostic de ces plaies du cœur, M. Riche étudie successivement la valeur du siège de la plaie d'entrée, les signes d'hémorragie, les signes révélés par l'auscultation. A ce dernier point de vue, M. Riche insiste sur la nécessité de remuer le moins possible ces blessés du poumon ou du cœur. D'un autre côté, comme on ne saurait intervenir qu'en cas de quasi-certitude d'une plaie du cœur, il y a lieu de s'entourer de tous les documents possibles pour arriver à une certitude presque absolue du diagnostic. Or, le plus souvent, l'auscultation est insuffisante. Le pouls a une grande importance. Dans un premier cas, il battait à 112 et était très irrégulier, M. Riche insiste sur l'importance diagnostique de cette irrégularité qui, à elle seule, doit faire penser à une plaie du cœur.

Au point de vue de la technique opératoire, la thoracotomie doit être pratiquée suivant les indications fournies par la blessure. Il faut savoir plier sa technique aux circonstances.

M. Riche fait une incision exploratrice au niveau de la plaie d'entrée et taille un volet comprenant trois ou quatre côtes suivant les cas. Si la plèvre est ouverte; il n'y a plus de précautions à prendre et on va directement vers le péricarde qui doit être largement ouvert. Dans ses deux cas, M. Riche a dû tirer sur le cœur. On a critiqué cette manœuvre, mais elle est le plus souvent indispensable, d'abord pour pratiquer la suture et ensuite et surtout pour arrêter l'hémorragie qui peut être très gênante. La suture doit être faite aussi rapidement que possible. Quant au temps de la révolution cardiaque qu'il serait préférable de choisir pour passer l'aiguille de Reverdin, on fait comme on peut et il est même parfois bien difficile de distinguer ces temps.

Des deux cas qu'a présentés M. Riche, l'un a été suivi de guérison, l'autre de décès presque immédiatement après la suture.

M. Lenormant fait un rapport sur une observation de plaie du cœur adressée par M. Prat (de Nice). Il s'agit ici d'une plaie ventriculaire par balle de revolver traitée par la cardiographie, malheureusement sans succès.

Il s'agissait d'un tuberculeux avancé qui, par désespoir de se voir si malade, se tira un coup de revolver dans la région précordiale. Ce malheureux est resté dans une chambre d'hôtel, sans secours, pendant vingt-quatre heures. Il était tombé en syncope. Quand on le découvrit dans sa chambre on le transporta à l'hôpital où M. Prat le voit le lendemain de sa tentative de suicide. Il était dans un état très grave, pâle, froid, le pouls à 170, les bruits du cœur à peine perceptibles, irréguliers, dans un état de rythme anarchique. Il n'y a pas d'augmentation de la matité cardiaque; il y a une hémorragie dans la plèvre. M. Prat se décide à tenter l'intervention. Il fait sauter les troisième, quatrième et cinquième côtes, trouve du sang dans la plèvre, ouvre le péricarde, trouve une plaie sur la face antérieure du ventricule gauche qu'il suture à la volée par deux points, cherche un orifice de sortie, n'en trouve point et referme avec un drainage de la plèvre. Le pouls reste irrégulier et à 130; le blessé meurt quarante-huit heures après l'opération.

Ce qu'il y a de particulier c'est que ce malade est resté vingt-quatre heures sans soins avec une double plaie du cœur, car l'autopsie a montré qu'il y avait une plaie postérieure qui d'ailleurs n'avait pas saigné.

M. Prat avait constaté, chez ce malade, un ventre plat, tendu, contracté, qui lui avait fait craindre qu'il n'y eût une perforation du diaphragme. Il hésita même et se demanda s'il ne devait pas faire une laparotomie exploratrice. L'autopsie a montré qu'il n'y avait rien du côté du ventre.

Colectomie pour cancer. — M. Lenormant fait une communication sur la colectomie en un seul temps ou colectomie idéale pour un cancer de l'angle droit du côlon. Il s'agissait d'une femme de soixante-deux ans présentant une tumeur au niveau de l'angle colique droit sans aucun autre symptôme. M. Lenormant fit une incision latérale droite et put facilement pratiquer l'exérèse de la tumeur. Il ferma les deux bouts de l'intestin et fit une entéro-anastomose. La malade a succombé ultérieurement à une congestion pulmonaire.

Dans un second cas il s'agissait d'un homme de soixante ans qui présentait tous les signes d'un cancer de l'anse sigmoïde : hémorragies intestinales, pseudo-obstruction, etc. La radioscopie montra qu'un lavement bismuthé se trouvait bloqué au niveau de l'anse et qu'il ne passait pas une parcelle de bismuth. M. Lenormant fit une incision médiane, pratiqua facilement l'exérèse de la portion intestinale atteinte et sutura l'intestin bout à bout. Par mesure de prudence il fit un anus cæcal qui d'ailleurs n'a servi à rien et qu'il a fermé après quelques semaines par le procédé du cerclage. A l'avenir il ne fera plus, dans ces cas, d'anus cæcal. Ce malade avait bien guéri, il avait engraissé. Mais il y eut une récidive in situ et malgré une nouvelle entéro-anastomose il finit par succomber.

M. Savariaud rappelle que, dans un cas analogue, un malade qu'il a opéré a eu une survie de quatre ans. C'est un résultat appréciable en matière de cancer.

M. Duval fait observer que l'anus contre nature est, en effet, inutile. Ces opérations dites de sûreté ne servent à rien.

Orchidopexie. — M. Ombrédanne présente plusieurs garçons qu'il a opérés, par son procédé, d'ectopie testiculaire. Dans certains cas où le testicule se trouve très haut situé, est difficile à abaisser et à libérer suffisamment, M. Ombrédanne est arrivé à de très bons résultats en amenant le scrotum au-devant du testicule et en pratiquant ainsi l'opération habituelle consistant à faire passer le testicule de l'autre côté de la cloison vaginale. C'est celle-ci alors qui attire le testicule en bas et le résultat définitif se trouve ainsi très bon.

— Une discussion s'engage à laquelle prennent part, avec M. Ombrédanne, MM. Walther, Delbet, Routier sur quelques points de technique opératoire et aussi sur l'avenir de ces testicules ectopiés fixés dans les bouches.

M. Ombrédanne fait remarquer que sur un de ses petits malades le testicule fixé est plus gros que le testicule normal. M. Walther et M. Delbet considèrent ces testicules comme plus ou moins pathologiques.

Autoplastie. — M. MAUCLAIRE présente une malade qui était atteinte d'une cicatrice vicieuse du cou. Autoplastie avec très bon résultat.

Luxation du grand os et fracture du scaphoïde sans énucléation du semi-lunaire. — M. DELBET présente un malade qui lui avait été envoyé pour une fracture de l'extrémité inférieure du radius. Il s'agissait d'une luxation du grand os avec fracture du scaphoïde sans énucléation du semi-lunaire. Réduction, bon résultat.

Spiroscope. — M. LANCE présente un spiroscope.

Elections. — La Société procède à l'élection d'une commission chargée de désigner un sujet pour le prix Demarquay. Cette commission est composée de MM. Riche, Lenormant et Schwartz.

Prix de la Société de chirurgie. — *Questions proposées.* — PRIX LABORIE (1200 francs) à décerner en 1914. — Sujet : « Pronostic et traitement des fractures dites de Dupuytren vicieusement consolidées. » (D'après le libellé des conditions du prix, la Société en indique le sujet tous les six ans.)

Les manuscrits anonymes, pourvus d'une épigraphe reproduite sur une enveloppe qui renferme le nom, les titres et l'adresse des candidats, doivent être remis avant le 1er novembre 1914.

PRIX GERDY (2000 francs) à décerner en 1915. — Sujet : « Indications et résultats de la trépanation dans les lésions traumatiques anciennes du crâne et de l'encéphale. »

(Manuscrits à remettre, dans les conditions sus-énoncées, avant le 1er novembre 1915.)

PRIX DEMARQUAY (700 francs) à décerner en 1915. — Sujet : « Du traitement des hernies non étranglées du gros intestin. »

[Manuscrits à remettre, dans les conditions sus-énoncées, avant le 1er novembre 1915] (2).

PRATIQUE MÉDICALE

PRONOSTIC ET TRAITEMENT DE LA GRIPPE INFANTILE

Le pronostic de la grippe infantile n'est pas grave. Ainsi, pendant l'épidémie qui a sévi sur Paris en 1889-1890, tandis qu'il y avait autant d'enfants malades que d'adultes et de veillards, la mortalité infantile était à peine influencée par l'épidémie tandis que celle des adultes était triplée. Chez les adultes, on constatait des complications nombreuses et redoutables, chez les enfants il n'existait pas de complications. Il ne faut pas cependant considérer cette bénignité de la grippe infantile comme absolue, car on a montré que chez les enfants jeunes, hospitalisés, le microbe de la grippe pouvait déterminer une grave évolution morbide puisque, sur 10 cas observés, l'auteur signale 9 morts (1).

Le traitement de la grippe chez l'enfant sera cependant très simple. Il sera d'abord hygiénique et diététique. Repos au lit pendant sept à huit jours, usage de tisanes sudorifiques comme la bourrache, un léger vomitif ou purgatif, quelques prises de quinine (50 centigrammes en deux ou trois prises) suffiront dans les cas habituels. S'il y a des accès de toux violents et quinteux, on pourra utiliser le pantopon (sirop) à raison d'une à trois cuillerées à café dans les vingt-quatre heures. Contre la bronchite véritable, ou si l'on redoute une complication pulmonaire, on utilisera les ventouses sèches, les bains chauds à 36 et 38 degrés et l'on donnera le sirop Roche au thiocol à la dose d'une à quatre et cinq cuillerées à café par jour. Ce médicament est préférable aux potions gommeuses et au tolu parce qu'il agit sur l'infection bronchique directement et représente un excitant efficace des réactions défensives locales. Le docteur Alison vante le tannin à la dose de 40 à 60 centigrammes en cachets ou mieux en lavements, mais en pratique le sirop Roche est préférable parce qu'il est un assé-chant des bronches et un destructeur des microbes secondaires.

La présence habituelle de la pseudo-pharyngite commande un nettoyage soigné des fosses nasales et de la gorge pour éviter l'otite. On fera donc des pulvérisations boriquées, des badigeonnages résorcinés, des instillations d'huile mentholée à 1 p. 100.

Il faudra également chez l'enfant penser aux accidents nerveux fréquents et qui revêtent parfois des allures propres à dérouter le praticien. C'est en effet chez l'enfant que l'on observe les accidents pseudo-méningitiques (Sevestre) que l'on combattra au moyen de bains tièdes et par des applications de glace sur la tête.

G. P.

(1) H. MEUNIER. *Arch. de méd.*, 1897.

(2) Pour la liste complète des prix, voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 12, p. 187.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

ADÉNITES TUBERCULEUSES

Traitement local. — Ponction évacuatrice, suivie de l'injection d'un liquide modificateur (3 à 4 centimètres cubes d'huile créosotée et iodoformée).

Traitement général. — Huile de foie de morue l'hiver (2 à 4 cuillerées à soupe), sirop iodo-tannique phosphaté pendant les chaleurs. En même temps administrer la Vanadarsine, qui est pour l'organisme un véritable générateur d'oxygène (v à x gouttes dans un peu d'eau avant les deux principaux repas).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de coprologie clinique, par le docteur René GAULTIER, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris. Préface de M. Albert ROBIN. Deuxième édition entièrement refondue. Un vol. in-8 de 536 pages avec 97 fig. noires et coloriées. — Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les Limites du vol morbide, par P. JUQUELIER, médecin en chef des asiles de la Seine, et J. VINCHON, interne de la Clinique des maladies mentales et de l'encéphale. Préface du docteur A. VIGOUROUX. Un vol. in-16. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, F. Alcan.

Leçons de clinique médicale. — Thérapeutique. — Maladies du cœur, du docteur Henri DESPLATS, publiées par le docteur René DESPLATS. Un vol. de 368 pages. — Paris, Vigot frères; Lille, Giard.

La Cure solaire des tuberculoses chirurgicales, par le docteur Paul VIGNARD, chirurgien de la Charité de Lyon et le docteur P. JOUFFRAY, ex-interne des hôpitaux de Lyon, chirurgien à Cannes. Monographie n° 74 de l'*Œuvre médico-chirurgical*. Une broch. grand in-8, de 22 pages, avec fig. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

La Pratique de la médication ocytocique (*Consultations médicales françaises*, fasc. 59), par le docteur G. KEIM, ancien interne des hôpitaux. In-16 de 24 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco; abonnement annuel (12 fasc.) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.
PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 10 francs par an.
Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Galliard, Klippel, Lion, Letulle, Claisse, Méry, Alex. Renault, Lesné, Gouget, Hirtz, Marion, qui acceptent, et Roger, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

— Réforme du concours de l'internat. — Nous publions plus loin (p. 266) les nouvelles dispositions adoptées pour le concours de l'internat.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — M. le professeur agrégé Dupérié est nommé chef de laboratoire à l'hôpital des Enfants.

M. le professeur agrégé Réchou est nommé chef des travaux pratiques de physique.

— Lyon. — Le Conseil de la Faculté vient de désigner pour les deux chaires de clinique chirurgicale laissées vacantes par la mort de MM. les professeurs Poncet et Jaboulay.

En première ligne : MM. Léon Bérard et Tixier.

En deuxième ligne : MM. Eugène Villard et Gayet.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Amiens. — Un concours pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à l'Ecole de médecine d'Amiens aura lieu le 1er juin 1914.

Le registre d'inscription sera clos le 30 avril.

M. Moynier de Villepoix, professeur d'histoire naturelle, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1913-1914, des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.

GUERRE. — Le *Journal officiel* du 6 février publie une liste de mutations dans le corps de santé (réserve et territoriale).

— Ecole de Lyon. — M. le médecin-major de deuxième classe Fontanel est nommé répétiteur de physiologie, histologie et anatomie pathologique.

M. le médecin-major de deuxième classe Fourcade est nommé répétiteur de parasitologie, bactériologie, chimie et physique biologiques.

LE PROFESSEUR EHRLICH A PARIS. — Le professeur Ehrlich est arrivé la semaine dernière à Paris. Des réceptions ont été données en son honneur à l'Institut Pasteur et à l'hôpital Broca.

Dans cet établissement il a été reçu par M. le professeur Pozzi entouré de ses élèves et de nombreux médecins.

Des allocutions de bienvenue ont été prononcées par MM. Jeanselme et Hudelo qui ont exprimé leur admiration pour l'illustre inventeur du 606. M. le professeur Ehrlich a remercié en termes émus, affirmant que c'est à Paris que ses idées et sa méthode ont été le mieux comprises et appliquées.

LES ÉTALAGES ET L'HYGIÈNE PUBLIQUE. — La Société de médecine publique et de génie sanitaire vient d'adopter un vœu auquel nous ne saurions trop applaudir. Les idées qui l'inspirent ont été, en effet, exposées à différentes reprises et brillamment défendues par M. le professeur Blanchard, dans la *Gazette des hôpitaux*.

« Considérant :

1° Que le trottoir fait pour les piétons doit leur être exclusivement réservé, puisque le développement de la traction automobile leur interdit de plus en plus l'usage de la chaussée; par suite l'envahissement des trottoirs par les étalages compromet la sécurité du public;

2° Que la surveillance des comptoirs de vente disposés à l'extérieur expose les employés qui en sont chargés à toutes les rigueurs du climat et aux maladies provoquées par les intempéries;

3° Que les matières alimentaires placées dans les éventaires extérieurs aux boutiques reçoivent constamment les souillures des tapis, les poussières de la rue par temps sec et les projections de boue dès qu'il pleut, que des tapis s'échappent nombre de germes nocifs rejetés par les malades, que des chaussées et des trottoirs sur lesquels sont si régulièrement et si largement répandues les matières excrémentitielles des

animaux domestiques viennent, outre des microbes divers, des œufs de parasites dont quelques-uns s'acclimatent facilement chez l'homme.

Pour ces trois raisons et principalement pour les deux dernières, la Société de médecine publique et de génie sanitaire émet le vœu que la suppression des étalages sur le trottoir soit poursuivie d'une façon graduelle et inflexible et charge son bureau de transmettre ce vœu aux autorités compétentes. »

LES SOURDS ET LE RECRUTEMENT DE L'ARMÉE. — Le docteur Albert Maurice (de Paris) a apporté récemment à la Société médicale des praticiens des statistiques fournies par le ministère de la guerre et qui indiquent que 921 jeunes gens sont perdus tous les ans pour la défense nationale en raison de leur infirmité, la surdité. Cela fait, sous la loi de trois ans, 2763 hommes qui pourraient, sans cette affection, faire un beau corps de troupe. Donnant ensuite les résultats de son expérience, il montre que sur 2763 hommes on peut, par la rééducation, en améliorer ou en guérir 2276. Ceci est démontré par les statistiques fournies par les docteurs Granat (de Marseille), Roure (de Valence), Royet (de Montluçon), Humphris (de Londres), Bause (de Dresde) et par l'auteur lui-même qui accusent 86 p. 100 de résultats.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Pichevin, ancien chef des travaux de gynécologie aux cliniques de l'hôpital Necker et de l'Hôtel-Dieu, fondateur de la *Semaine gynécologique*, décédé à Paris à l'âge de cinquante-six ans. Pichevin avait longtemps collaboré à la *Gazette des hôpitaux*, et il en était resté le fidèle ami. C'est avec une vive peine que nous le voyons disparaître; — et celle de M. le médecin-major Momy, victime du devoir professionnel à Tebessa.

PLAINTE AU PARQUET. — Le docteur Leredde, 31, rue La Boëtie, nous prie d'informer nos lecteurs qu'il est complètement étranger à un affichage, relatif à sa Maison de santé, qui se fait dans les urinoirs de la voie publique, et qu'il a déposé une plainte au Parquet contre ses auteurs.

CONGRÈS

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE DE THALASSOTHÉRAPIE

Réunion de Cannes (1), *avril 1914.*

Les organisateurs de ce Congrès, dont l'importance au point de vue *français* ne saurait être trop soulignée, ont établi un programme d'excursions et de fête particulièrement réussi. En voici les grandes lignes :

PROGRAMME DES JOURNÉES DU CONGRÈS. — Les séances du Congrès de l'Association internationale de thalassothérapie se tiendront à Cannes les jeudi 16, vendredi 17, samedi 18 avril 1914.

Les Compagnies de chemins de fer consentent aux congressistes une réduction de 50 p. 100 depuis leur point de départ jusqu'à leur point d'arrivée, qui est Cannes. Toutes les excursions et visites (Hyères, Saint-Raphaël, Cannes, Nice, Monaco, Monte-Carlo, Menton) sont offertes gracieusement. La visite d'Hyères et Saint-Raphaël aura lieu les mardi 14 et mercredi 15, avant la réunion de Cannes. Le logement sera partout assuré dans les meilleures conditions.

Voici le détail des programmes dans les différentes stations.

I. *Réunion de Cannes.* — Mercredi 15 avril : concentration des congressistes et répartition dans les hôtels.

Jeudi 16 avril : dix heures : séance solennelle d'ouverture dans la salle du théâtre du casino. — Douze heures et demie : déjeuner offert par M. Capron, maire de Cannes et Mme Capron, à la villa Madrid. — Quatorze heures et demie : séance de travail. — Dix-sept heures : promenades dans la station (Californie, Cannet, Croix-des-Gardes, etc.).

(1) Voir *Gaz. des hôp.*, 1913, n° 144, p. 2281.

Vendredi 17 avril : Neuf heures : séance de travail. — Onze heures : visite aux établissements privés de thalasso-héliothérapie. — Quatorze heures : séance de travail. — Dix-sept heures : excursion aux îles de Lérins, offerte par la municipalité. — Le soir, représentation de gala au casino.

Samedi 18 avril : neuf heures : séance de travail. — Onze heures : suite de la visite aux établissements privés de thalasso-héliothérapie. — Quatorze heures : séance de travail. — Seize heures : excursion aux environs de Cannes (sources du Loup, captage des eaux de la ville de Cannes ; l'Estérel ; le cap d'Antibes). — Le soir, illumination de la rade et fête vénitienne.

II. *Excursions et réceptions à Hyères, Saint-Raphaël, Monaco-Monte-Carlo, Menton, Nice.* — Avant l'arrivée à Cannes, mardi 14 avril, visite à Hyères.

Mercredi 15 avril : visite à Saint-Raphaël.

MONACO-MONTE-CARLO. — Dimanche 19 avril : neuf heures : départ de Cannes pour la principauté, à bord du bateau « La France » (voyage offert par la Société des bains de mer). — Douze heures : arrivée dans le port de Monaco. Déjeuner offert par la principauté à l'hôtel de Paris, à Monte-Carlo. — Dans la journée : visite au palais de S. A. S. le prince de Monaco, président d'honneur du Congrès. Visite du musée océanographique. Le soir, représentation de gala au théâtre du casino de Monte-Carlo.

MENTON. — Lundi 20 avril : neuf heures : départ de Monaco-Monte-Carlo pour Menton, en automobile. Visite de Menton et du cap Martin. — Douze heures : lunch offert par la municipalité. — Treize heures : départ pour Nice, en auto-cars, par la route de la Grande-Corniche (voyage offert par la ville de Nice).

NICE. — Quinze heures : arrivée au cercle des médecins de Nice, villa Belge, place Sasserno. Une permanence y sera organisée ; on devra s'y adresser pour tous les renseignements concernant le séjour à Nice. — Seize heures trente : réception offerte par M. de Joly, préfet des Alpes-Maritimes, à la préfecture. — Le soir, entrée dans les différents théâtres.

Mardi 21 avril. — Matin : visite de la station climatique de Nice. — Douze heures trente : banquet de clôture du Congrès, offert par la municipalité, à la Jetée-Promenade. — Quinze heures : visite à la station météorologique centrale de Nice, dirigée par M. Vallot, directeur des observatoires du mont Blanc ; du Lycée ; des établissements médicaux. — Le soir, représentation de gala.

III. *Excursions facultatives à la suite du Congrès.* — Mercredi 22 avril. — Excursion aux sports d'hiver (pont du Gueydon, Péone, gorges de Daluis, Beuil, gorges de Cians, 110 kilomètres, altitude 1800 mètres). — Prix de l'excursion, tout compris, 25 francs.

Jeudi 23 avril : excursion au mont Mounier, 2818 mètres, point culminant de la région. — Prix de l'excursion, tout compris, 15 francs.

1° Les chemins de fer consentent une réduction de 50 p. 100 du point de départ au point d'arrivée, Cannes. Une note ultérieure fera connaître aux congressistes le mode de délivrance de leur carte de circulation.

2° Les hôtels consentent, sur les frais de chambres et de repas, une réduction qui ne sera, en aucun cas, inférieure à 25 p. 100. La liste de tous les hôtels et de leur prix (avec un plan indiquant leur situation) sera envoyée en temps utile aux congressistes. Ceux-ci voudront bien s'entendre directement, pour le choix de leur logement, avec les maîtres d'hôtel. Pour Nice, les demandes pourront être adressées au cercle des médecins, villa Belge, place Sasserno. En raison de l'affluence en cette saison, on sera prié de retenir les appartements avant le 1er avril.

3° La ville de Cannes, d'accord avec l'administration du collège municipal, veut bien mettre à la disposition d'un certain nombre de congressistes aux goûts simples les box de ses dortoirs modèles.

INFESTATION DU CUIR CHEVELU DE L'ADULTE

PAR LE PHTHIRIUS PUBIS

Par MM. J. BRAULT,
Professeur de clinique dermatologique à la Faculté de médecine d'Alger,
et J. MONTPELLIER,
Interne à l'hôpital de Mustapha.

L'un de nous donnait à la Société de dermatologie en 1906 [séance du 11 janvier (1)] l'observation d'une phthiriase vraie du cuir chevelu chez un jeune homme de dix-huit ans. Le cas valait d'être signalé. En effet, si les auteurs sont unanimes à admettre la localisation du morpion sur le cuir chevelu du jeune enfant, beaucoup sont encore à nier cette localisation anormale chez l'adulte.

Nous ne croyons donc pas superflu de rappeler d'abord très brièvement cette première observation qui, avec notre nouveau cas d'aujourd'hui, constitue les deux seuls cas de cette phthiriase anormale que nous ayons rencontrés (2).

Observation I (du 11 janvier 1906). — T. S..., israélite, entre à l'hôpital de Mustapha le 23 juillet 1905 pour prurit.

L'examen permet de découvrir de nombreux morpions dans les régions pubienne et axillaire, dans les cils et dans le cuir chevelu.

A ce niveau les parasites occupent trois zones nettement isolées les unes des autres présentant une coloration brune manifeste.

L'une de ces zones siège à la partie antérieure du cuir chevelu, au-dessus du front; une autre zone occupe la région rétro-auriculaire, et la troisième enfin se tient à la nuque.

Les caractères objectifs de ces trois localisations sont à peu près identiques.

Chacune d'elles représente une traînée brun grisâtre fort peu large, mais longue en revanche de plusieurs centimètres et formée par la réunion de très petites taches brunes.

Formant en quelque sorte bordure, elles n'occupent cependant pas l'extrême limite des cheveux, séparées qu'elles sont des parties glabres (front, etc.) par une bande étroite de cheveux où on ne découvre rien.

Au niveau des zones décrites, les lentes et les parasites (phthirius pubis) sont très nombreux, tantôt petits, tantôt énormes.

En dehors de ces diverses colonies, on ne découvre plus rien sur le cuir chevelu.

Le malade, qui porte les cheveux courts et dit être soigneux, est tout étonné quand on lui montre les parasites qui ne lui occasionnent d'ailleurs aucun prurit.

Sur la région de la nuque on remarque plusieurs taches ombrées.

Voici la seconde observation prise à l'hôpital de Mustapha parmi la clientèle si fréquemment pouilleuse, d'ailleurs, de nos indigènes. Il s'agit ici non pas seulement d'un adolescent mais d'un adulte.

Obs. II. — G... Ahmed, indigène des environs de Félix-Faure, âgé de quarante-cinq ans, entre à l'hôpital, le 16 décembre 1913, salle Hardy, pour démangeaisons extrêmement intenses et généralisées.

(1) J. Brault. Quelques cas de phthiriases anormales, *Soc. de dermat.*, 11 janv. 1906.

(2) On sait que Rona a également trouvé le phthirius pubis sur le cuir chevelu d'une jeune fille de vingt-deux ans.

L'aspect général du malade est celui des miséreux, qui, privés de tout, arrivent dans nos salles, dans un état de misère physiologique assez avancé.

On constate chez lui, en outre des lésions banales de grattage, la présence des trois variétés de poux (pediculi capitis et vestimenti et phtirius pubis).

Les morpions en particulier, d'une extrême abondance, ont envahi a peu près toute la surface cutanée, y compris les régions de la barbe, de la moustache, des cils, sourcils, et même du *cuir chevelu.*

La barbe et la moustache abritent une telle quantité de ces derniers parasites et de leurs lentes, qu'ils constituent, par endroits, de véritables amas.

Au *niveau du cuir chevelu* les phtirii pubis sont beaucoup moins nombreux. Cependant on en récolte, sans avoir à chercher, une bonne douzaine, disséminés indifféremment sur toute sa surface.

Absence complète de taches bleues, même aux régions de choix ; ou, tout au moins, impossibilité de les relever chez cet indigène à peau très pigmentée.

En revanche, mélanodernie abondante de la muqueuse buccale.

La voûte palatine, dans toute son étendue, est comme tigrée de macules irrégulières, déchiquetées, de couleur brunâtre. Sur la portion génienne de la muqueuse, les taches pigmentées se trouvent localisées assez exactement sur les lignes horizontales passant par les commissures labiales.

Le ton de la pigmentation est ici moins brun, plus ardoisé, avec des reflets bleutés.

Rien sur les muqueuses labiale, gingivale, pharyngienne et nasale; rien non plus sur les sclérotiques et sur le gland.

Les différents appareils de notre malade n'offrent rien de bien spécial. Cependant signalons un peu de diarrhée et une rate tuméfiée, débordant légèrement le gril costal.

La formule leucocytaire, faite à deux reprises, est normale. Les urines, également.

Il va sans dire que, même avec l'aide d'un interprète, il nous est impossible de tirer le moindre renseignement intéressant sur les antécédents de notre indigène.

Le malade quittait l'hôpital, le 25 décembre, parfaitement décapé par le traitement habituel ; et remonté par ces quelques jours de repos et de nourriture abondante.

Nous n'insisterons pas sur les détails de l'observation.

Nous noterons seulement l'impossibilité de relever les taches bleues symptomatiques de la phtiriase sur la peau bronzée, presque tannée de notre indigène.

Nous noterons aussi l'absence de ces taches ombrées au niveau du cuir chevelu qui, une fois rasé pour la commodité du traitement et de couleur claire, eût parfaitement permis de les déceler, si elles y avaient existé.

Enfin nous ajouterons que les morpions, cramponnés à la base des cheveux — comme ils le sont généralement à la base des poils du pubis — entourés de lentes, ne paraissaient pas être égarés comme par hasard sur ce cuir chevelu et avaient tout à fait l'aspect de parasites très bien acclimatés à ce gîte inaccoutumé.

D'autre part, la mélanodermie buccale relevée dans cette deuxième observation n'est pas sans un certain intérêt.

Mis en éveil par cette pigmentation, nous avons soigneusement examiné le malade dès que son approche a été plus facile. Nous n'avons pu, comme le montre l'observation, réunir aucun faisceau de

symptômes permettant de rattacher cette pigmentation à quelqu'une des affections où on l'observe ordinairement.

Cette pigmentation ne nous paraît pas non plus se rapprocher des cas déjà observés dans la pédiculose (Greenhow, Besnier, Thibierge, Danlos) [1]. Car dans des observations semblables, il s'agit de pouilleux habituels ayant des parasites, pour ainsi dire, en permanence à travers des années et présentant une mélanodermie des plus accentuées.

Il s'agit là bien plutôt d'un de ces cas de mélanodermie physiologique des muqueuses comme en a cité Sabaréanu chez les tziganes.

Nous nous promettons, d'ailleurs, de revenir sur ce sujet dès que nous aurons un nombre suffisant d'observations nous permettant d'émettre une opinion ferme sur la fréquence de ces pigmentations de la muqueuse buccale chez les indigènes algériens et sur la valeur exacte qu'on doit leur accorder en clinique (2).

(1) L'un de nous a également donné une observation semblable. (J. Brault. *Soc. de dermatol.*, janv. 1906.)

(2) Sur 20 malades indigènes de notre service, examinés dans ce sens, nous avons relevé 6 cas de mélanodermie buccale très prononcée.

ACTUALITÉS

LE TRAITEMENT DU CHARBON PAR LA PYOCYANÉINE

L'antagonisme microbien, c'est-à-dire « le pouvoir que possèdent certains microbes de rendre les milieux de culture, dans lesquels ils ont vécu, impropres à la vie d'autres micro-organismes » (de Freudenreich), a été découvert presque au début des études bactériologiques et des travaux de l'école pastorienne. C'est surtout avec le bacille pyocyanique que furent faites de nombreuses expériences; de Freudenreich montre que le bacille pyocyanique entrave, dans une notable mesure, la croissance des microbes, quand il ne l'empêche pas complètement; Charrin et Guignard constatent que les produits solubles d'un microbe peuvent être empêchants pour un autre microbe, que la bactéridie charbonneuse, par exemple, ensemencée dans la culture filtrée du bacille pyocyanique se transforme en filaments renflés, réduits par places à leur membrane ou fragmentés en granulations, et que la virulence des bactéridies ainsi altérées s'affaiblit graduellement. Bouchard, Woodhead et Wood observent que l'inoculation du bacille pyocyanique peut influencer le développement et l'évolution du charbon si on la pratique à un animal quelques heures après l'inoculation de la bactéridie charbonneuse. Puis Emmerich, traitant par l'alcool de vieilles cultures pyocyaniques dialysées et réduites par évaporation dans le vide, en a extrait une substance, la « pyocyanase », qui a la propriété de dissoudre, non seulement les bacilles charbonneux, mais un certain nombre d'autres microbes; la pyocyanase donna à Emmerich quelques résultats dans le traitement du charbon chez les animaux.

Depuis 1907, le docteur Louis Fortineau a repris cette étude de l'antagonisme du bacille charbonneux et du bacille pyocyanique; il a poursuivi, avec beaucoup de méthode, une série de recherches expérimentales qui l'ont conduit à préconiser le traitement du charbon par des substances extraites des cultures pyocyaniques. A ces substances, Fortineau avait conservé, dans ses premières publications, le nom de pyocyanase; mais la composition actuelle du milieu qu'il emploie différant beaucoup de la pyocyanase d'Emmerich, il les désigne du nom de « pyocyanéine » (1).

Pour obtenir la substance curative sécrétée par le bacille pyocyanique, Fortineau cultive le bacille dans un milieu minéral stérilisé à 70; contrairement à l'opinion d'Emmerich et Löw, cette substance active n'est probablement pas une enzyme; en effet, si elle possède certaines propriétés des diastases — adhérence au précipité de phosphate de chaux, destruction par le chauffage à 70 degrés en présence d'albumine — par contre elle peut s'extraire à l'aide de l'éther et se comporte par conséquent à la façon d'un lipoïde. Cette substance résiste en milieu minéral à une température de 110 degrés pendant une demi-heure, à celle de 100 degrés pendant une heure (2).

Nous ne relaterons pas dans tous leurs détails les multiples recherches biologiques de Fortineau sur les cultures stérilisées du bacille pyocyanique considérées comme moyens curatif et vaccinant contre le charbon; il suffira d'en indiquer les principaux résultats. Injectée au cobaye et au lapin, la pyocyanéine se montre peu toxique; une injection sous-cutanée de 20 centimètres cubes ne détermine chez le lapin aucune autre réaction qu'un peu de fièvre et un œdème assez abondant qui persiste pendant une quinzaine de jours; les souris blanches de 10 grammes supportent très bien un demi et un centimètre cube de pyocyanéine. Il ne semble pas que les injections répétées provoquent des phénomènes d'anaphylaxie; on peut impunément injecter à un lapin, à différentes reprises, de fortes doses de cultures pyocyaniques stérilisées sans voir apparaître aucun accident anaphylactique.

Le degré de concentration de la pyocyanéine, la durée de culture pour l'obtention d'une pyocyanéine active, la conservation du pouvoir curatif, la dose à injecter ont été précisés à la suite de nombreuses expériences sur les animaux. Avec cette pyocyanéine, on peut pratiquer la vaccination anticharbonneuse; on peut traiter le charbon de l'homme et des animaux.

Vaerst, Pane, d'Agata, Fortineau ont essayé de vacciner des animaux contre le charbon par un mélange de charbon et de milieux pyocyaniques stérilisés; mais ce procédé ne donne que des résultats très aléatoires et la méthode semble d'une application difficile, car si on emploie une culture charbonneuse insuffisamment atténuée les animaux sont infectés par l'inoculation et meurent charbonneux, tandis que, si on diminue la quantité de charbon, l'animal ne succombe pas du fait de l'inoculation primitive mais n'est pas vacciné contre le charbon.

Avec les cultures pyocyaniques stérilisées, Fortineau a réalisé la vaccination anticharbonneuse chez les lapins alors que les tentatives d'immunisation du cobaye sont restées négatives; il a pu constater que les lapins injectés avec une culture en milieu minéral de bacille pyocyanique devenaient réfractaires au charbon au bout d'un mois et qu'ils ne l'étaient plus au bout de six mois.

Pour ce qui est du traitement du charbon par la pyocyanéine, les résultats obtenus ont déjà beaucoup plus d'importance. Fortineau a commencé par faire des injections curatives de toxine pyocyanique aux animaux de laboratoire inoculés, les uns avec des cultures de charbon, les autres avec des produits charbonneux. Trois cobayes reçoivent sous la peau un demi-centimètre cube de culture de charbon; ils sont traités sept, vingt-quatre et trente heures après cette inoculation avec 2 centimètres cubes de toxine pyocyanique; ils résistent tous trois. Huit lapins traités sept heures après

(1) L. Fortineau. *Acad. des sc.*, 30 mai 1910; — *Ann. de l'Inst. Pasteur*, déc. 1910; — *Gaz. méd. de Nantes*, 1911, nos 8 et 12; — *Presse méd.*, 14 août 1912; — *Paris méd.*, 28 sept. 1912; — *Gaz. méd. de Nantes*, 1913, nos 19, 20, 32, 33.

(2) F. Marguery et L. Fortineau. *Gaz. méd. de Nantes*, 1913, nº 38.

l'inoculation de culture charbonneuse par de la toxine pyocyanique injectée au même point résistent tous ; mais deux lapins inoculés et traités en des points différents succombent au charbon. Quand l'inoculation est faite avec des produits charbonneux les effets curatifs de la toxine pyocyanique sont moins énergiques, car sur six cobayes deux seulement résistent, et sur sept lapins un seul ne succombe pas.

Après ces expériences sur les animaux de laboratoire, Fortineau a inoculé et traité des moutons. Un mouton est inoculé sous la peau avec un demi-centimètre cube de bouillon de culture charbonneux (dose mortelle pour un mouton témoin); il reçoit le lendemain et le surlendemain, au point d'inoculation, 10 centimètres cubes de toxine pyocyanique; l'animal ne succombe pas et présente seulement un œdème qui persiste quelque temps puis disparaît. D'autres moutons et brebis, traités par la toxine pyocyanique injectée six et vingt-quatre heures après l'inoculation et en un autre point que la région inoculée résistent aussi; l'œdème charbonneux reste stationnaire pendant trois ou quatre jours, décroît ensuite et finit par disparaître complètement.

Le traitement du charbon par la toxine pyocyanique fut alors essayé chez les bovidés. Dans une ferme aux environs de Redon, treize bovidés furent atteints de fièvre charbonneuse; cinq animaux ont été traités par la méthode de Fortineau et ont reçu 30 à 50 centimètres cubes de toxine pyocyanique; quatre ont guéri; le bœuf qui succomba avait été injecté alors qu'il était déjà dans un état extrêmement grave.

Chez l'homme, vingt et un cas de charbon ont été traités par la pyocyanéine; tous ont guéri et cependant, parmi ces cas, on compte huit œdèmes malins. L'œdème malin est d'ordinaire très grave puisque la mortalité, dans cette forme de la maladie, atteint 90 p. 100. Dans un cas soigné par le docteur Vignaud de Saint-Florent (1) une pustule maligne de la région cervicale avait déterminé de l'œdème de la glotte; l'état du malade était presque désespéré. Voici d'ailleurs le résumé de cette observation. Un mégissier de trente-neuf ans est examiné au quatrième jour de l'évolution d'une pustule maligne siégeant à la région antérieure du cou, à droite; on trouve de nombreux bacilles du charbon dans les préparations extemporanées; traitement : excision de la pustule au thermocautère, injection de solution iodo-iodurée, injection de 20 centimètres cubes de pyocyanéine sous la peau du flanc. Le lendemain l'œdème a considérablement augmenté. Le jour suivant, œdème énorme faisant le tour du cou, s'étendant en haut jusqu'à la région frontale, en bas jusqu'à la troisième côte; dyspnée et dysphagie intenses, très pénibles; quarante-quatre respirations à la minute; la situation semble désespérée; on pratique une nouvelle injection de 10 centimètres cubes de pyocyanéine. A partir de ce moment, l'œdème diminue peu à peu, le malade respire plus facilement; la température qui s'était élevée jusqu'à 39°9 s'abaisse progressivement, et, au bout d'une quinzaine de jours, le malade est complètement guéri.

Dans toutes les observations publiées, la dose de pyocyanéine injectée est de 10 ou 20 centimètres cubes ; dans beaucoup de cas une seule injection suffit, dans quelques-uns il a fallu faire une seconde injection. On observe souvent, autour du point où la pyocyanéine a été injectée, une rougeur douloureuse qui commence vingt-quatre heures environ après l'injection, augmente pendant un ou deux jours et disparaît totalement en cinq jours (Otto Kren, Fortineau).

La statistique des cas de charbon ainsi traités est donc très encourageante ; elle devra néanmoins, avant d'être absolument inattaquable, porter sur un plus grand nombre de malades (Fortineau). Mais certainement cette méthode mérite d'être connue, et déjà, dans les travaux les plus récents sur le traitement du charbon, elle est indiquée avec la sérothérapie anticharbonneuse, avec le traitement par l'arsenobenzol (1). Un traitement local énergique doit aussi toujours être pratiqué.

Notons encore que les cultures pyocyaniques ont été utilisées par plusieurs auteurs dans le traitement d'affections diverses. Rumpf a injecté à des typhiques des cultures pyocyaniques filtrées ; Emmerich et Löw ont essayé l'action de leur pyocyanase en pulvérisations dans la diphtérie, en instillations dans la grippe.

Fortineau (2) fait actuellement des travaux sur l'antagonisme du bacille pyocyanique et du vibrion cholérique qui avait été déjà signalé et étudié par Metchnikoff en 1894. Au cours de ses recherches sur le rôle de la flore gastro-intestinale dans la pathogénie du choléra humain, Metchnikoff a montré que certaines bactéries, telles que le bacille pyocyanique, possèdent, à l'inverse des microbes favorisants, la propriété d'entraver le développement du vibrion cholérique lorsqu'on les ensemence en même temps que lui sur des plaques de gélatine. Metchnikoff a également constaté que, si l'on fait absorber des cultures de ces « microbes empêchants » à des jeunes lapins, ceux-ci peuvent ensuite ingérer une culture de choléra sans jamais présenter les symptômes du choléra intestinal, alors que d'autres lapins succombent fatalement si on leur fait ingérer la même culture de vibrions cholériques associée aux microbes favorisants.

Echenoz a relaté dans sa thèse diverses expériences prouvant que l'on peut vacciner préventivement le cobaye contre la péritonite cholérique et contre le choléra intestinal par l'injection dans le premier cas, et l'ingestion dans le second, d'une culture pyocyanique en milieu minéral chauffée pendant une heure à 70 degrés.

Dans une deuxième série d'expériences, Echenoz montre que l'antagonisme du bacille pyocyanique et du vibrion cholérique peut être utilisé curativement dans le traitement de l'intoxication cholérique expérimentale du cobaye si l'on fait ingérer ou si l'on injecte à l'animal, en temps voulu, une dose déterminée de la même culture pyocyanique stérilisée.

La pyocyanéine se comporte donc de la même façon, aussi bien préventivement que curativement, vis-à-vis de la bactéridie charbonneuse et du vibrion cholérique. Par toutes ces recherches d'un grand intérêt théorique et pratique, le docteur Fortineau a remis en lumière des faits auxquels on n'avait peut-être pas attaché assez d'importance; il a donné à cette question de l'antagonisme microbien le développement qu'elle mérite ; l'avenir nous dira quelle en sera définitivement la valeur thérapeutique.

M. BRELET.

(1) VIGNAUD DE SAINT-FLORENT. *Presse méd.*, 14 août 1912.

(1) BOIDIN. A propos du traitement général du charbon, *Presse méd.*, 14 août 1912 ; — H. PIED. Le traitement de la pustule maligne, *Bull. méd.*, 27 déc. 1913. — Marcel GARNIER. Traitement du charbon, *Thérapeutique des maladies infectieuses* ; J.-B. Baillière et fils, 1913.

(2) L. FORTINEAU, C. FORTINEAU et M. ECHENOZ. Recherches expérimentales sur l'antagonisme du bacille pyocyanique et du vibrion cholérique, *Gaz. méd. de Nantes*, 1913, n° 37. — Maurice ECHENOZ. Th. de Paris, 1913.

FORMULAIRE

BOUILLON DE LÉGUMES

Excellent dans les cas d'entérite, d'entéro-colite et de gastro-entérite, ce bouillon ne fermente pas dans l'intestin :

Pommes de terre........	200 grammes.
Carottes................	50 —
Navets..................	40 —
Haricots rouges..........	1 cuillerée.
Pois....................	1 —

Ajouter un poireau et 2 litres et demi d'eau.

Faire bouillir quatre heures, dans un vase bien clos. Passer le tout à travers un tamis, saler. *Ne pas écraser les légumes.* (VAUCAIRE. *Revue internat. de méd. et de chir.*)

ANALYSES

MÉDECINE

Sur la pustule maligne. A propos de huit cas personnels. (Henri Pied, d'Argenteuil, *Bull. méd.*, 27 déc. 1913.) — Parmi les symptômes qui accompagnent l'évolution de la pustule maligne, l'auteur signale, dès le troisième ou quatrième jour, la pâleur du visage, la mollesse et la petitesse du pouls, la cyanose des extrémités surtout appréciable au niveau des lèvres, des ongles, du lobe de l'oreille; mais le symptôme sur lequel l'auteur insiste plus particulièrement c'est *l'insensibilisation de la zone malade*, symptôme constant et qui n'est cependant signalé dans aucune description; cette anesthésie est en quelque sorte élective; la sensibilité au tact est conservée, mais l'anesthésie à la douleur et à la chaleur est complète; cette thermo-anesthésie permet d'ailleurs au médecin la destruction ignée de la pustule sans que le malade proteste; le réveil de la sensibilité indique que l'on a franchi la zone la plus dangereuse. En ce qui concerne le traitement l'auteur formule les conclusions suivantes :

a. Pustule maligne au début, sans infection sanguine, sans réaction ganglionnaire : destruction ignée de la pustule et de l'aréole; *b.* pustule maligne avec réaction ganglionnaire sans infection sanguine : destruction au fer rouge, injection de pyocyanéine ou de sérum anticharbonneux; *c.* pustule maligne avec infection sanguine : destruction au fer rouge; en outre, injection intraveineuse massive de sérum anticharbonneux; *d.* pustule maligne, mais contrôle bactériologique impossible: destruction ignée précoce et étendue de la pustule et de l'aréole; injection précoce de sérum anticharbonneux, ou de pyocyanéine.

J. MILHIT.

L'insuffisance pluriglandulaire totale tardive. (Claude et Gougerot. *L'Encéphale*, 10 août 1913.) — A côté des syndromes uniglandulaires purs ou pauciglandulaires, tels que le myxœdème classique, l'acromégalie ou la maladie d'Addison, dans lesquels il y a atteinte prépondérante d'une glande endocrine avec, accessoirement, troubles d'une ou deux autres glandes, il existe des syndromes plus complexes qui résultent de dysfonctions pluriglandulaires simultanées. Depuis plusieurs années déjà les auteurs ont tenté d'établir cette importante notion, à la fois clinique et anatomopathologique.

Le type qu'ils décrivent ici sous le nom d'insuffisance pluriglandulaire totale tardive, est caractérisé par les troubles suivants, apparaissant chez des sujets presque toujours du sexe masculin, ayant eu jusqu'à la puberté toutes les apparences d'une constitution normale.

Sous des influences pathogènes diverses, infectieuses ou toxiques, ces sujets, dont l'activité génitale était normale, perdent en quelques semaines ou quelques mois leurs caractères morphologiques antérieurs, en particulier leurs caractères sexuels secondaires, accusent de la fatigue et de l'asthénie, présentent de l'embonpoint anormal avec, parfois, de l'œdème; l'appétit sexuel disparaît, les testicules et les organes génitaux externes s'atrophient, les téguments se pigmentent, les poils tombent, la tension baisse, ils prennent un aspect à la fois infantile et vieillot.

L'anatomie pathologique apporte confirmation en montrant des lésions généralisées des glandes endocrines : atrophie des testicules, atrophie et sclérose thyroïdienne, atrophie des capsules surrénales, de l'hypophyse, altérations du pancréas.

L'intérêt pratique est de montrer l'utilité de l'opothérapie glandulaire associée dans des cas où l'usage d'une seule glande serait insuffisant.

PAUL CAMUS.

MÉDECINE INFANTILE

Les notions récemment acquises sur l'étiologie et le traitement de la coqueluche. (Ribadeau-Dumas. *Paris méd.*, 20 déc. 1913.) — Pendant longtemps la coqueluche est restée obscure dans son essence; nombreux sont les auteurs qui ont successivement décrit divers microorganismes comme agents de la maladie (bacille d'Afanassiev, diplocoque de Ritter, coco-bacille de Cavasse, etc.), mais jamais on n'a réussi à provoquer, avec ces divers microbes, la maladie expérimentale, ni les lésions de la coqueluche. En raison de ces insuccès, certains auteurs comme Czerny, par exemple, regardent la coqueluche comme un complexus symptomatique dû à un catarrhe non spécifique, compliqué d'une infection psychique, en vertu de laquelle un enfant n'a de quintes que s'il en a déjà vues ou entendues.

C'est en 1900 que Bordet et Gengou découvrirent le microbe spécifique dans l'exsudat recueilli au moment de la première quinte, chez un enfant jouissant jusqu'alors d'une parfaite santé. Vu sur un frottis, coloré au bleu de Kühne, ce bacille se présente sous la forme d'une petite bactérie ovoïde : sa coloration, bleu pâle, est surtout marquée aux extrémités et aux contours. La réaction de Gram est négative, la culture doit être faite sur le milieu de Bordet et Gengou (gélose au bouillon de pommes de terre et au sang : 200 centimètres cubes d'eau glycérinée à 4 p. 100, 100 grammes de pommes de terre; à 50 centimètres cubes de ce mélange, ajoutez 150 centimètres cubes de sérum physiologique à 6 p. 1000 et 5 grammes de gélose, ajouter du sang en parties égales). Le développement des cultures est très lent, elles sont prospères au troisième jour, sous forme de colonies blanches. Le bacille agit surtout par intoxication, grâce à ses endotoxines. La spécificité de ce microbe est attestée par sa présence constante chez tous les coquelucheux à la période de début, par son agglutination par le sérum d'individus atteints de coqueluche, enfin et surtout par l'expérimentation. Klimenko a réussi l'inoculation sur 6 singes, et sur des chiens; Itsuyoshi Inaba a réussi lui aussi la transmission d'une coqueluche typique à un singe en badigeonnant la gorge avec des cultures du bacille de Bordet et Gengou.

La recherche de ce bacille peut rendre d'importants services en vue d'établir un diagnostic hésitant grâce au simple frottis de l'exsudat; on peut étudier aussi la séro-réaction, mais les résultats obtenus sont souvent peu démonstratifs. Plus précieuse est l'étude de la déviation du complément; Netter et Mathieu P. Weil ont montré que cette réaction devenait positive vers la deuxième semaine. Delcourt a trouvé également cette réaction positive au cours d'une épidémie chez des sujets qui cliniquement ne semblaient pas encore être atteints de coqueluche.

Les premiers essais sérothérapiques ont été tentés par Bordet et Gengou, par Duthoit. Klimenko a préparé également un sérum riche en endotoxines.

Les auteurs américains (Saunders-Johnson) ont tenté la vaccination anticoquelucheuse en inoculant aux malades des cultures tuées de bacilles de Bordet-Gengou. Nicolle et A. Conor ont également tenté la vaccinothérapie avec une émulsion de bacilles chauffés à 46 degrés, à la dose de 400 millions de microbes par 2 centimètres cubes; ces auteurs ont obtenu de bons résultats.

Parmi les médicaments employés, il suffit de rappeler la belladone, la grindelia robusta, la drosera. Triboulet emploie avec succès des doses faibles de morphine, surtout dans les formes graves, lorsqu'il n'y a pas albuminurie.

J. MILHIT.

Prophylaxie et traitement des cardiopathies fonctionnelles chez les enfants. (Nobécourt. *Journ. de méd. de Paris*, 20 déc. 1913.) — L'état de l'appareil cardio-vasculaire et la façon dont il se comporte chez l'enfant doivent attirer spécialement l'attention du médecin; le principe qui doit diriger les prescriptions thérapeutiqnes consiste à n'apporter aucune perturbation transitoire ou définitive au fonctionnement du cœur, à ne provoquer ou à n'entretenir aucune palpitation; on tiendra compte, chez l'enfant, de l'impossibilité, où il est, de

persister dans l'effort; c'est pourquoi l'on doit permettre les exercices actifs, mais empêcher toute gymnastique, ou tout mouvement basé sur le phénomène de l'effort prolongé. S'il existe un gros cœur on en cherchera d'abord la cause (reliquat d'une maladie infectieuse, ou troubles digestifs avec albuminurie orthostatique), puis on instituera un régime différent suivant les cas; dans le premier cas on laissera reprendre peu à peu la vie ordinaire de l'enfant, dans le second cas on instituera un régime alimentaire approprié; on combattra l'élément nerveux; si cela est possible on prescrira une cure à Royat, à Bourbon-Lancy.

S'il existe des troubles du rythme cardiaque, on vérifiera tout d'abord qu'il ne s'agit pas tout simplement d'un phénomène fonctionnel, fréquent chez les névropathes, et sans gravité.

En cas de tachycardie orthostatique on prescrira, parfois, l'injection de 1 à 2 milligrammes de sulfate d'atropine; s'il s'agit d'arythmie extrasystolique on donnera alternativement les préparations de valériane et de belladone.

Mais avant tout il importe de retenir que le traitement des cardiopathies fonctionnelles doit être surtout étiologique et pathogénique et que l'emploi des médicaments cardiaques ordinaires, digitale, strophantus, caféine, doit être interdit dans la plupart des cas, sauf dans certaines circonstances, quand le cœur est très dilaté et que des phénomènes subasystoliques apparaissent. J. MILHIT.

Traitement des troubles digestifs des nourrissons. (NOBÉCOURT. *La Clinique*, 26 déc. 1913.) — On peut schématiser de la manière suivante le traitement des diverses formes cliniques des troubles gastro-intestinaux du nourrisson; les troubles gastro-entériques légers, sans fièvre, n'exigent qu'une diète hydrique de quelques heures; on pourra faire prendre au malade un laxatif évacuateur et lui faire des lavages intestinaux; on le nourrira un à deux jours avec des bouillies au babeurre et, si les selles sont fétides, on donnera aussi du bouillon de légumes.

S'il s'agit d'affections digestives fébriles, la diète hydrique s'impose d'une façon impérieuse, aidée d'évacuations intestinales et de lavages de l'estomac; des bains chauds, des compresses chaudes seront employés pour calmer les souffrances; la réalimentation sera progressive, avec de l'eau de riz, du babeurre, du bouillon de légumes.

Les troubles digestifs à forme algide contre-indiquent l'emploi des purgatifs, il faut relever l'état général par les injections de sérum salé, glucosé, la balnéation chaude, l'huile camphrée, le thé léger.

Contre les troubles digestifs dysentériformes, on prescrira l'ipéca à petites doses et on supprimera le lait pendant longtemps.

Le traitement des troubles dyspeptiques chroniques varie à l'infini; si l'enfant est nourri au sein et qu'il vomisse, on fera prendre avant la tétée soit un peu d'eau de Vichy ou de Vals, soit de la solution de citrate de soude à 3 p. 100 ou de la présure; si les selles sont acides, on fera prendre une poudre alcaline; si l'enfant est constipé on prescrira du lait coupé d'orge, sucré avec du lactose; si la constipation est opiniâtre on recommandera les bouillies au babeurre, les bouillies maltosées. J. MILHIT.

CHIRURGIE

Traitement des brûlures par l'héliothérapie (1). [M. ŒCONOMOS. *Soc. des sc. méd. de Montpellier*, 12 déc. 1913.] — L'auteur rapporte le cas d'une brûlure qui, en octobre 1912, fut traitée et guérie par l'héliothérapie.

Il s'agit d'une épileptique, âgée de vingt-sept ans, qui a eu deux brûlures de la face. La première brûlure a lieu en septembre 1911; elle est traitée par des pansements secs et dure plus d'un an. La deuxième brûlure a lieu le 19 septembre 1912, intéresse toute la face, depuis la joue gauche jusqu'à la mastoïde droite, et en hauteur du bregma au menton, et guérit complètement après vingt-six séances d'héliothérapie directe, d'une durée oscillant entre deux et six heures, en laissant une cicatrisation satisfaisante.

L'auteur insiste :

1° Sur la rareté des observations de brûlure traitée par l'héliothérapie;

2° Sur les résultats tout à fait différents obtenus chez le même malade pour deux brûlures de la face, dont l'une a été traitée par les pansements secs et l'autre par l'héliothérapie;

3° Sur la facilité avec laquelle l'héliothérapie (jusqu'à six heures par jour) a été supportée par la malade;

4° Sur la supériorité de cette méthode par sa simplicité, sa facilité et ses résultats excellents. L. GAYARD.

(1) Cf. Traitement des brûlures par l'héliothérapie : AIMES. *Gaz. des hôpit.*, 1913, p. 1415; — MIRAMOND DE LAROQUETTE. *Gaz. des hôpit.*, 1913, p. 1517.

NEUROLOGIE

L'absence du réflexe oculo-cardiaque dans le tabes. (LŒPER et MOUGEOT. *Progrès médical*, 27 déc. 1913.) — Le réflexe oculo-cardiaque consiste essentiellement en ceci; la compression des globes oculaires après un temps perdu extrêmement court, de deux ou trois secondes au plus, amène un ralentissement du rythme cardiaque d'environ huit pulsations par minute; la compression terminée, la fréquence du pouls revient de suite à sa valeur initiale. La voie centripète de ce réflexe est le trijumeau, la voie centrifuge, le pneumogastrique. Chez 21 grands tabétiques examinés, l'abolition totale de ce réflexe a été constatée 19 fois.

L'abolition de ce réflexe s'observe également au cours de la maladie de Basedow; elle a été signalée chez un diabétique, chez un saturnin et même chez quelques individus normaux.

Pour les auteurs l'abolition de ce réflexe résulterait d'une lésion du trijumeau altéré dans ses racines, son noyau, ou ses filets et de la suppression de l'incitation qu'il transmet à son voisin très proche, le pneumogastrique; l'abolition du réflexe oculo-cardiaque est donc un signe du *tabes supérieur*; elle constitue un symptôme analogue au signe d'Argyll Robertson, témoignant de l'atteinte d'un étage sous-jacent du méso-céphale. J. MILHIT.

Des psychoses familiales. (Georges DEMAY. Th. de Paris, 1913.) — D'une très importante et intéressante étude, l'auteur tire les conclusions suivantes :

Il ne paraît pas exister de types familiaux de psychoses présentant des caractères spéciaux. Les psychoses similaires que l'on rencontre dans certaines familles sont des plus variées et rien dans leur symptomatologie ou dans leur évolution ne permet de les différencier des psychoses qui atteignent les individus isolés.

Le terme de psychoses familiales doit donc s'entendre, provisoirement tout au moins, dans le sens de maladies mentales similaires chez des individus d'une même famille et non pas comme groupement particulier.

Parmi les psychoses familiales ainsi entendues on peut distinguer deux catégories : des psychoses dans lesquelles intervient secondairement la contagion mentale ou l'influence du milieu familial (psychoses hallucinatoires et délires d'interprétation); des psychoses familiales proprement dites dont les plus fréquentes sont la manie-mélancolie et la démence précoce.

Le fait que la démence précoce revêt assez souvent le caractère familial plaide en faveur de la nature constitutionnelle de cette psychose.

La folie gémellaire n'existe pas en tant que maladie autonome; elle doit rentrer dans le groupe des psychoses familiales. P. CAMUS.

JURISPRUDENCE

MÉDECINS, PHARMACIENS ET SUBSTANCES VÉNÉNEUSES

Nous avons, en son temps, publié et commenté un jugement rendu par la dixième chambre du tribunal correctionnel de la Seine le 6 juillet 1912 (v. *Gaz. des hôp.*, n° 124, 29 oct. 1912, p. 1717) et qui avait condamné deux pharmaciens, fabricants de produits pharmaceutiques, à la suite des circonstances suivantes : MM. X... voyaient un jour arriver chez eux la domestique d'un docteur connu d'eux ; elle leur remettait une lettre faussement signée du docteur et demandant des ampoules de morphine. Elles lui furent livrées ; il en fut de même dans la suite, par deux fois, sur le seul vu de la boîte déjà délivrée. La domestique remit les ampoules à la femme du docteur, sa maîtresse, qui avait imité la signature de son mari, pour se procurer le poison. Cette dame, déjà morphinomane, dut subir un traitement long et dispendieux qui occasionna à son mari certaines dépenses. Le docteur porta plainte. Et ce fut sur cette plainte que fut rendu le jugement que nous avons longuement analysé.

Les pharmaciens interjetèrent appel de cette condamnation. A l'appui de leur appel, ils soutinrent qu'ils ne pouvaient être recherchés en vertu des dispositions de l'ordonnance du 29 octobre 1846 sur la vente des substances vénéneuses, et ils déclarèrent qu'ils pouvaient délivrer aux médecins eux-mêmes de la morphine (c'était là la substance vénéneuse du procès), que c'était un usage constant pour les commerçants en substances vénéneuses de les fournir aux médecins directement sans ordonnance.

Ce point droit nouveau a donné lieu à un arrêt intéressant rendu le 29 janvier 1914 par la neuvième chambre de la Cour d'appel de Paris.

« Considérant que les appelants font le commerce de substances vénéneuses et sont, comme tels, soumis aux prescriptions de l'ordonnance du 29 octobre 1846.

Considérant qu'ils ont, en juillet 1911, une première fois, remis de la morphine, substance vénéneuse, à une domestique, se disant envoyée par le docteur D..., et présentant une prétendue lettre missive, faussement signée de sa main ;

Considérant que peu importe que cette lettre ait ou n'ait pas eu la forme prescrite pour les ordonnances médicales, en ces matières, par l'article 5 de l'ordonnance précitée ; que si elle eût eu cette forme, il se serait alors agi de vente pour l'usage de la médecine, et elle n'eût pu être exécutée que par un pharmacien, conformément à l'article 5 ;

Considérant que les médecins ne figurent pas parmi les personnes auxquelles les commerçants en substances vénéneuses peuvent vendre ou livrer directement lesdites substances, et ce à bon droit, car la loi a voulu que toute ordonnance en ces matières fût exécutée par un pharmacien, présentant des garanties spéciales ;

Considérant que si peut-être l'usage s'est introduit chez les commerçants en substances vénéneuses de fournir aux médecins directement, sans ordonnance, ces substances, cet usage ne peut s'exercer qu'à leurs risques et périls ;

Considérant qu'après une première livraison, les prévenus ont continué à remettre à la domestique de Mme D... de nouvelles ampoules contenant de la morphine, sans nouvel écrit et sur la simple présentation de la boîte précédemment livrée ;

Considérant qu'ils ont ainsi, tant lors de la première vente que lors des suivantes, contrevenu à l'article 2 du titre premier de l'ordonnance du 29 octobre 1846, délit prévu par l'article premier de la loi du 19 juillet 1845...

Sur la prévention de blessures par imprudence :

Considérant qu'il est constant que les ampoules délivrées par les appelants ont été remises à la domestique de la demanderesse et que celle-ci, à des dates correspondantes à ces remises, a manifesté des symptômes d'intoxication qui ont nécessité des soins particuliers : qu'il en est résulté pour la partie civile un préjudice dont il est dû réparation. »

La Cour, on le voit, s'est donc refusée systématiquement à admettre la thèse des pharmaciens, qui consistait à une interprétation très large de l'article 2 de l'ordonnance de 1846 ainsi conçu : « Les substances auxquelles s'applique la présente ordonnance ne pourront être vendues ou livrées qu'aux commerçants, chimistes, fabricants ou manufacturiers qui auront fait la déclaration prescrite à l'article premier, ou aux pharmaciens. Lesdites substances ne devront être livrées que sur la demande écrite et signée de l'acheteur. »

En effet il résulte de l'article précité que les médecins ne figurent pas parmi les personnes auxquels les commerçants en gros de produits pharmaceutiques peuvent vendre des poisons directement. S'il existe un usage qui veut que les médecins soient compris parmi ces personnes, ce n'est qu'un usage non couvert par la loi, que les commerçants droguistes en gros suivent à leurs risques et périls.

En outre la Cour a signalé dans un de ses considérants que, si on prenait la fausse lettre présentée par la domestique comme revêtant les formes d'une ordonnance, les mêmes pharmaciens en gros auraient outrepassé les prescriptions de l'article 5 de la même ordonnance : « La vente des substances vénéneuses ne peut être faite, pour l'usage de la médecine, que *par les pharmaciens*, et sur la prescription d'un médecin, chirurgien, officier de santé, ou d'un vétérinaire breveté. Cette prescription doit être signée, datée et énoncer en toutes lettres la dose desdites substances, ainsi que le mode d'administration du médicament. »

Cet arrêt, qui interprète d'une façon très juridique et très complète l'ordonnance de 1846, a été, nous devons à la vérité de le signaler, frappé d'un pourvoi devant la Cour de cassation par les appelants.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

RÉFORME DU CONCOURS DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS

Le conseil de surveillance vient sur le rapport de M. Bonnaire d'approuver à l'unanimité le projet de réforme de l'internat ci-dessous.

La nouvelle réglementation sera applicable au prochain concours en 1914.

RÉGLEMENTATION NOUVELLE DU CONCOURS DE L'INTERNAT EN MÉDECINE

La nomination aux places vacantes d'internes en médecine fait l'objet d'un concours à deux degrés.

Les compétiteurs sont appelés à subir une première épreuve, dite de sélection. Cette épreuve a pour objet de restreindre le nombre des candidats admis à participer au concours définitif.

Chaque année, dans les premiers jours du mois de juillet, M. le directeur forme un jury composé de membres du corps médical des hôpitaux désignés par le sort et choisis parmi ceux ayant été nommés au cours de la pénultième et de l'antépénultième année.

Ce jury a pour mandat de noter, sous l'anonymat des candidats, une composition écrite portant sur l'anatomie. Il est constitué par 3 médecins, 2 chirurgiens et 1 accoucheur, ce dernier pouvant être remplacé par un oto-laryngologiste ou un ophtalmologiste.

Le sujet de la composition consiste en un questionnaire portant sur six sujets d'anatomie d'un caractère élémentaire. Les questions sont réparties en deux séries de trois : la première série a pour programme : l'ostéologie, l'arthrologie, la myologie, les vaisseaux et nerfs périphériques et les organes des sens. La seconde porte sur : la splanchnologie, le système nerveux central et l'appareil génito-urinaire.

Une heure est accordée pour cette composition.

Les candidats rédigent sur deux copies séparées les réponses aux deux séries de questions. Les copies ne sont pas signées, sur chacune d'elles le candidat inscrit ses noms et prénoms à l'angle supérieur de la première page. Il remet personnellement ses deux copies à l'un des bureaux constitués par un des membres du jury assisté d'un représentant de

l'Administration, en la forme déterminée d'après l'avis du Conseil de surveillance en date du 1er février 1906. Sous les yeux du candidat, les deux copies sont placées dans une enveloppe commune ne portant aucune suscription.

L'anonymat est établi de la façon suivante :

Sur les deux copies contenues dans chaque enveloppe, dans un premier temps, on masque le nom en rabattant et en scellant l'angle supérieur de la première page. Dans un second temps, les enveloppes contenant les copies rendues anonymes sont mélangées. Dans un troisième temps, chacune des deux copies reçoit un numéro d'ordre distinctif. Ce numéro est imprimé à l'aide d'un composteur sur l'angle inférieur de la première page, lequel est disposé de façon à pouvoir être rabattu et scellé comme l'angle supérieur. La note attribuée à chaque copie doit être inscrite ultérieurement à côté du numéro d'ordre.

Le jury se divise en deux sections pour juger les deux séries de copies, selon une notation de 0 à 15 pour chacune d'elles. L'une des sections, composée d'un médecin, d'un chirurgien et d'un accoucheur ou d'un spécialiste, juge les questions de la première série. L'autre section, composée de deux médecins et d'un chirurgien, note les copies de la seconde série.

Dans les deux sections, la lecture des copies est faite devant le jury par l'un de ses membres. Les séances du jury ne sont pas publiques.

Une fois la notation terminée, les deux sections du jury se réunissent et elles procèdent à la désignation des candidats admis à prendre part au concours définitif de l'internat. Le classement s'établit d'après la somme des points obtenus par les deux copies revêtues du même numéro d'ordre. Les résultats de cette épreuve, indiqués en points, ne devant pas compter dans le concours définitif, resteront ignorés. Il est retenu, d'après la notation, pour prendre part au concours définitif, un nombre de candidats fixés comme suit :

Le nombre des candidats appelés à participer au concours définitif est égal au quadruple de celui des places d'internes à pourvoir.

Les internes provisoires en exercice sont dispensés de l'épreuve de sélection et inscrits de droit, à condition qu'ils ne se soient en aucun cas récusés à l'occasion des remplacements pour lesquels ils ont pu être désignés. Il est, en conséquence, retranché du nombre des candidats à retenir d'après l'épreuve de sélection, celui des internes provisoires aptes à concourir.

Toutefois, lorsque le nombre des candidats ayant obtenu le point limite pour l'admissibilité comporte un excédent par rapport à la proportion du quadruple, ceux-ci sont tous compris dans la liste des admissibles.

Avant de dévoiler les noms cachés sur les copies sélectionnées, on fait disparaître les numéros d'ordre et la notation qui ont servi à la désignation des candidats. Ceux-ci sont classés et présentés par ordre alphabétique, sans qu'il soit possible de connaître le point obtenu par chacun d'eux.

CONCOURS D'ADMISSION A L'INTERNAT

Le jury du concours de l'internat en médecine se compose de douze membres dont six médecins, cinq chirurgiens et un accoucheur, désignés en la forme accoutumée.

Peuvent siéger dans le jury, un aliéniste au lieu et place d'un médecin et un ophtalmologiste ou un oto-rhino-laryngologiste au lieu et place d'un chirurgien.

Les juges désignés pour faire partie du jury de l'épreuve de sélection ne peuvent entrer dans le jury du concours définitif, même s'ils se sont récusés pour juger l'épreuve préalable.

Le concours comprend quatre épreuves, savoir :

1° Trois épreuves écrites anonymes;

2° Une épreuve orale.

Les trois compositions écrites sont rédigées en trois séances. Celles-ci se succèdent à court intervalle, de façon à être terminées, autant que possible, dans un laps maximum de trois jours.

Pour chacune des compositions, il est attribué une heure et demie aux candidats, dont une demi-heure pour la réflexion et une heure pour la rédaction. Aucune abréviation dans l'écriture n'est autorisée.

Au commencement de chaque séance, le choix des questions à proposer est arrêté par le jury réuni au complet.

La première composition porte sur l'anatomie, la seconde sur la pathologie interne, la troisième sur la pathologie externe ou les accouchements.

Pour la première question, le jury doit préciser si le sujet proposé comporte l'histologie et la physiologie.

Tout candidat n'ayant pas participé aux trois épreuves et remis trois copies est éliminé du concours.

Il en est de même lorsqu'une des trois copies reçoit la note zéro.

Le jury se divise en trois sections pour juger les trois ordres de compositions savoir :

Pour la composition d'anatomie : 1 médecin et 3 chirurgiens ;

Pour la composition de pathologie interne : 4 médecins ;

Pour la composition de pathologie externe ou d'accouchement : 2 chirurgiens, 1 médecin, 1 accoucheur ;

Pour la première composition, il est proposé trois questions portant sur l'anatomie ;

Pour la seconde, trois questions de pathologie interne;

Pour la troisième, deux questions de pathologie externe et une d'accouchement.

Pour chacune d'elles, le sujet à traiter est tiré au sort.

Après chaque épreuve, les copies sont rangées par ordre alphabétique ; les candidats inscrivent leurs nom et prénoms à l'angle supérieur de la première page.

A la fin de la troisième composition, les trois copies de chaque candidat sont placées sous enveloppe commune, et il est procédé à l'établissement de l'anonymat et au numérotage selon la technique déjà suivie pour l'épreuve de sélection.

Cette manutention est effectuée en présence de six candidats désignés par le sort.

Dans chacune des sections et à chaque séance, la lecture des copies anonymes est faite devant le jury par deux internes en exercice, en séance non publique. Le maximum des points à attribuer à chaque copie est de 15.

Une fois la notation terminée dans les trois sections, le jury se réunit pour désigner les candidats admis à subir l'épreuve orale. Le nombre des candidats à retenir est égal au triple des places d'interne vacantes.

Toutefois, lorsque le nombre des candidats ayant obtenu le point limite pour l'admissibilité comporte un excédent par rapport à cette proportion, ceux-ci sont tous compris dans la liste des admissibles.

Les candidats appelés à subir l'épreuve finale sont désignés par ordre alphabétique. Le point obtenu par chacun d'eux pour les trois épreuves écrites doit demeurer inconnu jusqu'à la fin du concours.

Dans le but d'assurer le secret, on soumet les copies retenues pour l'admissibilité à la triple manutention suivante :

Premier temps. Sur les trois copies portant même numéro d'ordre, on rabat et on scelle l'angle inférieur de la première page, de manière à cacher en même temps le numéro d'ordre et le point obtenu qui a été inscrit à côté de ce dernier. Les trois copies, privées à ce moment de tout signe distinctif, sont placées sous une enveloppe commune.

Deuxième temps. Les enveloppes sont mélangées.

Troisième temps. On extrait les trois copies de chaque enveloppe et on dévoile les noms.

Cette manutention des copies est effectuée en présence de trois, au moins, des membres du jury et de six candidats désignés par le sort.

ÉPREUVE ORALE

Pour juger l'épreuve orale, le jury se reconstitue par la réunion de ses trois sections.

L'épreuve orale consiste dans l'exposé de deux sujets portant l'un sur la pathologie interne et l'autre sur la pathologie externe ou les accouchements.

Il est accordé dix minutes à chaque candidat pour développer, après dix minutes de réflexion, l'ensemble des deux questions qui sont échues.

La notation de cette épreuve se fait de 0 à 20.

Après la dernière séance d'épreuve orale, le jury procède au classement des candidats par ordre de mérite. La notation tenue cachée sur les copies est dévoilée et les points obtenus

dans les épreuves écrites et à l'épreuve orale sont additionnés.

Au cas où le point le plus élevé est acquis par plusieurs candidats, ceux-ci sont appelés à subir devant le jury une épreuve orale supplémentaire.

CONDITIONS D'ACCESSION A L'ÉPREUVE DE SÉLECTION ET AU CONCOURS DÉFINITIF DE L'INTERNAT

Les élèves externes reçus au concours ont seuls le droit de se présenter pour les places d'interne en médecine.

Les externes des hôpitaux peuvent se présenter quatre fois au concours de l'internat. Ceux qui ont accompli une année de service militaire effectif au moins acquièrent le droit de prendre part à cinq concours.

Pour se présenter à l'épreuve de sélection, les candidats doivent être munis des pièces suivantes :

1° Un certificat constatant leurs services en qualité d'externe depuis le 1er mars précédent sans interruption;

2° Des certificats délivrés par les chefs de service et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont fait un service en qualité d'externe et attestant leur exactitude, leur subordination et leur bonne conduite;

3° Un premier certificat de scolarité délivré par la Faculté de médecine constatant qu'ils sont munis de onze inscriptions au moins prises en vue de l'obtention du diplôme d'Etat.

Les candidats désignés pour prendre part au concours de l'internat doivent, en outre, présenter avant le 1er octobre les pièces complémentaires suivantes :

1° Un second certificat délivré par les chefs de service et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont été attachés en qualité d'externe, attestant qu'ils ont rempli leurs fonctions avec exactitude, zèle et subordination depuis le 1er juillet précédent;

2° Un second certificat délivré par la Faculté de médecine établissant qu'ils sont munis, à ce moment, de leur douzième inscription.

DISPOSITION TRANSITOIRE CONCERNANT LE DROIT D'ACCESSION AU CONCOURS

Par mesure transitoire, la disposition limitant le nombre des concours autorisés pour chaque candidat ne sera pas appliquée aux élèves ayant déjà pris part jusqu'ici aux concours de l'internat, c'est-à-dire avant la mise en vigueur du nouveau règlement. Ceux-ci conserveront, en conséquence, le droit de concourir pendant les huit années qui suivent la prise de leur première inscription avant l'expiration de leur sixième année d'externat.

PRATIQUE MÉDICALE

L'ÉLÉMENT NERVEUX DANS LA GRIPPE

Dans toute manifestation grippale, le système nerveux est atteint. Sans décrire d'une façon spéciale la forme nerveuse de l'influenza, forme encéphalique ou médullaire, on peut dire que, chez tous les malades sans exception, la courbature, la céphalalgie, la rachialgie, les névralgies diverses sont des symptômes trahissant des réactions morbides du système nerveux.

On a constaté également, sous l'influence de la grippe, soit l'éclosion d'une maladie nerveuse jusque-là non existante ou simplement en puissance, telles que l'hystérie, la neurasthénie, ou le réveil d'affections névropathiques antérieures comme la chorée, la névralgie faciale. Enfin, l'insomnie fréquente, l'asthénie rapide indiquent une participation constante du système cérébro-spinal à l'infection. Ce qui est grave dans cette maladie, c'est la désorganisrtion cellulaire possible et qui amène des désordres nerveux de très longue durée. Autant que la syphilis, la grippe peut amener des lésions systématisées de la moelle et on a signalé assez souvent des cas de tabes dorsalis, d'origine grippale chez des individus absolument indemnes de syphilis.

Cette action néfaste de la grippe sur le système nerveux a frappé tous les observateurs et, dès 1837, Lombard (de Genève) écrivait : « La grippe est une maladie dont le caractère est essentiellement nerveux et qui paraît agir sur les fonctions cérébrales d'une manière identique à celle des poisons animaux qui constituent le germe du typhus et des autres fièvres graves. »

Un traitement antinervin s'impose donc et dès le début, puisque dès le début apparaissent les symptômes névropathiques. Il faut calmer l'excitation et la douleur et ramener le sommeil, car l'insomnie accentue l'asthénie. Le bromidia paraît, à ces divers points de vue, recommandable parce que, renfermant par cuillerée à café, un gramme de bromure de potassium et un gramme de chloral associé à un centigramme de chanvre indien et de jusquiame, il amène une sédation rapide des phénomènes algiques et, surtout, il procure un sommeil réparateur. Le mode d'emploi de ce remède doit varier suivant que dans la grippe on veut amener une sédation de l'excitation nerveuse chez des névropathes agités, et suivant qu'on veut lutter contre l'insomnie. Dans les premiers cas, deux demi-cuillerées à café de bromidia prises par jour suffiront et, dans le second cas, une seule cuillerée à café prise le soir vers neuf ou dix heures, dans un bol ou une tasse d'infusion calmante.

Il est bon de savoir cependant que les faibles doses prises régulièrement amènent aussi le sommeil par action antispasmodique générale. Lorsque la période aiguë de la grippe a disparu et que les troubles d'hyperexcitation n'existent plus, on peut cesser le remède qui n'a plus de raison d'être. On remarquera alors que les malades n'accusent pas la dépression habituelle et que l'asthénie est peu développée. Cela tient à ce fait que l'usage du bromure n'a pas été assez prolongé pour abattre l'organisme et que le retour régulier du sommeil a été, à lui seul, un sédatif physiologique et un tonique général. Aussi est-il tout à fait exceptionnel de voir se développer alors des névroses post-grippales telles que l'hystérie, la neurasthénie et les localisations bulbaires et névritiques.

Chez les grippés qui sont calmes ou bien ont un sommeil suffisant, l'usage du bromidia est inutile. Il pourra servir seulement contre les symptômes douloureux, mais dans tous les cas d'excitation nerveuse, et chez les névropathes, il paraît être le remède de choix antispasmodique et somnifère.

Il faut attirer l'attention sur les phénomènes nerveux qu'on observe souvent dans la grippe infantile et qui se manifestent par de l'agitation, de la céphalalgie, parfois des convulsions. Il faut les bien connaître, afin de ne pas porter à la légère le diagnostic de méningite. Dans ces cas de grippe nerveuse infantile, on donnera une demi-cuillerée du remède, par jour, étendue d'eau, de façon à pouvoir faire prendre au malade la dose totale en quatre fois, par exemple.

Nous avons observé quelques cas de grippe nerveuse à forme adynamique très prononcée. Il existait une sorte de sidération du système nerveux avec arrêt des sécrétions salivaire, sudorale, urinaire. Dans ce cas, rapidement mortel si l'on n'arrive à rétablir les fonctions éliminatrices disparues, il nous paraît contre-indiqué d'utiliser un antispasmodique, quel qu'il soit, il faudra employer le jaborandi ou la pilocarpine.

D'une façon générale, la grippe à forme nerveuse n'est vraiment grave que chez le neurasthénique, dont elle augmente très vite l'impuissance nerveuse et chez qui elle peut avoir de redoutables accidents. Il ne s'agit pas seulement de la dépression générale qui peut devenir suraiguë, mais de la désorganisation cellulaire par les toxines grippales. Dans ce cas, on devra joindre, aux effets sédatifs et hypnotiques du bromidia, l'action tonique et réparatrice du phosphore, de l'arsenic, de la strychnine et faire, par exemple, une injection journalière d'un centimètre cube de la solution suivante :

Phosphate de soude............	50 centigrammes
Cacodylate de soude...........	50 centigrammes
Sulfate de strychnine........10 à	20 milligrammes
Eau distillée.....................	10 cent. cubes

Le kola, la quinine seront aussi d'un réel secours, ainsi que plus tard, après que les injections indiquées auront été finies, le phosphure de zinc. Action sédative par le bromidia et puissamment reconstituante, tel est le traitement.

J. L. SAUGUES.

LIVRES NOUVEAUX

Précis d'Anatomie pathologique (1), par MM. HERMANN et MOREL.

Ce nouveau Précis est conçu d'une tout autre façon que les ouvrages classiques d'anatomie pathologique, de même d'ailleurs que beaucoup d'ouvrages similaires, récemment parus dans les diverses collections de Précis et Manuels médicaux. La tendance actuelle est de situer en quelque sorte l'anatomie pathologique, c'est-à-dire de montrer la façon dont se font les lésions, leur importance, leur signification, leur évolution, au lieu de s'attacher avant tout, comme le font presque tous les ouvrages plus anciens, à décrire les faits avec le plus de précision et de détails possible. Laquelle des deux méthodes est préférable? On reprochait aux livres classiques de faire de l'anatomie pathologique une science morte; il est évident qu'étudiants et praticiens liront avec plus d'attraits les Précis comme celui-ci, où leur est exposée la biologie pathologique des lésions. Mais les anatomo-pathologistes de carrière préféreront toujours, aux interprétations et aux théories, si versatiles, hélas! les faits et les détails qu'ils pourront contrôler au microscope. Les lecteurs de la première catégorie liront avec plaisir cet ouvrage clairement écrit et illustré de figures, dont beaucoup sont empruntées aux auteurs les plus divers. Ce détail témoigne de la vaste érudition des auteurs, et montre le soin avec lequel ils ont dû se documenter. L. ALQUIER.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales médico-psychologiques. — (N° 1, janv. 1914.) SÉGLAS : Quelques considérations cliniques sur les accès maniaques des débiles. — HAURY : L'expertise psychiatrique et l'engagement volontaire. — Victor PARANT (père) : Les moyens d'investigation de l'autorité judiciaire sur l'état et l'internement des aliénés. Les visites des magistrats dans les établissements d'aliénés. — Lucien LAGRIFFE : La limitation du nombre des débits de boissons comme facteur important de la lutte contre l'alcoolisme.

Archives d'électricité médicale, expérimentales et cliniques. — (N° 374, 25 janv. 1914.) P. MÉNÉTRIER et A. MONTHUS : Epithélioma radiologique des paupières. — H. CHÉRON et RUBENS-DUVAL : Valeur de la radiumthérapie des cancers utérins et vaginaux. — G. RÉCHOU : Quelques procédés nouveaux de la localisation des corps étrangers. — G. BUCKY : Moyen d'éliminer les rayons secondaires produits dans l'objet radiographié.

Archives de médecine des enfants. — (N° 2, fév. 1914.) J. COMBY : L'emphysème sous-cutané chez les enfants. — Vila ORTIZ : Nouveau signe de pronostic, la coloration des ventouses. — G. MILHIT : Dilatations bronchiques et hérédo-syphilis chez l'enfant. — Mathilde DE BIEHLER : Maladie de Heine-Medin. Considérations relatives à l'épidémie de 1911 en Pologne (*fin*). — J. COMBY : Sérothérapie de la pneumonie.

Archives urologiques de la clinique de Necker. — (Tome I, fasc. 3.) F. LEGUEU et L. MOREL : Valeur de l'éosinophilie dans le diagnostic des affections chirurgicales de la prostate. — F. FRANÇOIS : Le vaccin gonococcique dans les affections blennorragiques. — BERGERET : Cancers secondaires métastatiques des corps caverneux. — G. FARNARIER : Le traitement des cystites rebelles par l'enfumage iodé.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 3, 23 janv. 1914.) Lucien RIVET : Diagnostic et traitement de l'angine de Vincent. — (N° 4, 30 janv.) H. PATER : Traitement de la tuberculose rénale. Indications et résultats comparés des traitements médicaux et chirurgicaux.

Bulletin médical. — (N° 9, 31 janv. 1914.) A. MANQUAT : Utilisation des vaselines à l'intérieur et plus particulièrement dans le traitement de la constipation. — (N° 10, 4 fév.) JACOMET : Application d'un procédé nouveau d'hémostase pneumatique à l'extirpation spontanée d'un volumineux anévrisme artério-veineux des vaisseaux fémoraux dans le canal des adducteurs.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 5, 1er fév. 1914.) LAGRANGE : Sur un cas d'hémianopsie hétéronyme. — P. CARLES : Urocèle calculeuse balano-préputiale.

(1) 2 vol. de la Collection Testut, 718 et 812 pages, 442 figures. — Paris, O. Doin,

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 18. — JEUDI 12 FÉVRIER 1914. 87e ANNÉE. JEUDI 12 FÉVRIER 1914. — N° 18.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 10 francs par an. Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HOPITAUX. — *Composition écrite.* — Question donnée : « Œsophage cervical. — Corps étrangers des bronches. »

Candidats. — MM. Baldenweck, Blanluet, Halphen, Hautant, Le Mée, Paul-Boncour, Rouget.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Adda (d'Asnières), Allix (d'Avranches), André (de Marseille), Attias (de Paris), Barau (de Saint-Leu-Taverny), Baron (de Levallois), Barrandon (de Grandrieu), Bassuet (de Paris), Bazin (de Carrouges), Benichou (de Paris), Bert (d'Aurillac), Bongrand (de Paris), Bonnet (de Romans), Bordier (de Guéret), Bossu (de Vanves), Buquin (de la Flèche), Cantin (de Brie-Comte-Robert), Cazes (de Fontanes), Chapard (de Paris), Charier (d'Angers), Chaumet (de Paris), Chevalier (de Macau), Cohen (de Paris), Couffon (de Saint-Quentin-en-Mauges), Courtet (de Chatillon-en-Bazois), Courtillier (de Paris), Daday (de Privas), Daubois (de Valence), Degouy (d'Amiens), Degrais (de Paris), Delahousse (de Roubaix), Delestang et Delorme (de Paris), Demirleau (d'Alençon), Demonchy (de Paris), Dericq (de Bonneval), Desnozier (de Lucenay-les-Aix), Deville (de Toulon), Dreyfus (de Paris), Dufoix (de Nîmes), Durazzo (de Saulène), Duverger (d'Aixe-sur-Vienne), Erlanger (de Paris), Faguet (de Bordeaux), Flous (de Noaillon), Gadreau, Ganiayre et Gardette (de Paris), Gardin (d'Avesnes), Gargam (de Saintes), Gaussorgues (d'Anduze), Giraud (de Reims), Grenier de Cardenal (d'Argelès-Gazost), Grilhault des Fontaines (de Colombes), Guérin (de Paris), Guichard (de Marciac), Guyon (de Remiremont), Haller (de Vichy), Hérard (de Paris), Ihler (de Belfort), Juquelier (de Paris), Just (de Nice), Labbé (de Roubaix), Latteux d'Espagne (de Paris), Le Chevallier (de Locminé), Lecœur (de Paris), Ledrain (de Loué), Le Monnier (de Ploubalay), Lierre (de Toulouse), Malméjac (de Paris), Malphettes (d'Albi), Marcailhou d'Aymeric (de Toulouse), Mareschal et Margain (de Paris), Martial (de Montfermeil), Mas (de Lodève), Massart (de Honfleur), Millas (de Bois-Colombes), Miltas (de la Souterraine), Monard (de Sains-en-Amiennois), Morellet et Natier (de Paris), Ott (de Rouen), Ourradour (de Castelfranc), Oursel (d'Evreux), Pascal (de Villefranche-du-Périgord), Pédebidou (du Pré-Saint-Gervais), Penel (de Prayssac), Perier (de Puydaurens), Picard (de Paris), Pinel (de Rezé), Poueydebat (d'Aramits), Prédhomme (de la Capelle), Prévost (de Renwez), Raisonnier (de Paris), Roux (de Grenoble), Sallé (de Nevers), Savignac et Séquer (de Paris), Séran (de Toulouse), Solirène et Toupet (de Paris), Trinché (de Magalas), Tripier (d'Abbeville), Valençon (de Meulan), Verdelet (de Bordeaux), Vernet (de Castels-en-Dorthe), Vincent (de Paris), Vogt (de Montrouge), Ysambert (de Tours), Zacchiri (de Paris), Zalesky (d'Alais).

Officiers d'Académie. — M. les docteurs Appraille (de la Rochelle), Ayguebère (de Toulouse), Bajac (de Tonneins), Banteignie (de Berlaimont), Baron (de Trouillas), Beaussenat, médecin-major de première classe; Berretta (de Nice), Bertrand (de Rouen), Bibet, Blandin, Bonhoure, Bord (de Paris), Borriglione (de Nice), Boucard (de Bois-Colombes), Bouchet (de Creil), Bougue (de Bordeaux), Boulommier (de Paris), Bourgeois (de Chartres), Boussaguet (de Najac), Bouvier (de Bordeaux), Brun (de Briançon), Brun (de Châtellerault), Brunschwig (de Besançon), Cahuzac (de Troyes), Caire (de Forcalquier), Cambournac (de Salviac), Campuzan (de Marmont-Pachas), Carpanetti (de Guelma), Carret (de Paris), Carrez (de Saint-Quentin), Caudmont (de Lannoy), Cerise (de Paris), Chastang, médecin en chef de deuxième classe de la marine; Chavet (de Charolles), Chené, Chevais (de Paris), Colin (de Bourg), Conteneau (de Paris), Coullange (de Bollène), Couturier (de Boulogne-sur-Mer), Crépin (de Blanc-Mesnil), Cristau (de Bou-Saâda), Dargein (de Saint-Maur), Darras (de Cambrai), Dauger (de Miliana), Dauthuile (de Lille), Davéo (de Saorge), Daviau (de Troyes), Debenais (de la Roche-Chalais), Decoudier (de Coussac-Bonneval), Decourtieux (de Paris), Mme Delaunay (de Paris), MM. Descos (de Saint-Etienne), Deslandes (de Cherbourg), Détré (de Paris), Devaux (de Lille), Donnat (d'Avignon), Dorche (de Gap), Dourdet (de Souviat), Duco, médecin principal de deuxième classe; Dufaur (de Valence), Dupin (de Privas), Duval (de Saint-Omer), Eliot (de Paris), Faulong (d'Azay-sur-Indre), Favette (de Lyon), Favier (du Quesnoy-sur-Deule), Félice (de la Rochelle), Ferris (d'Hanoï), Filliozat (de Paris), Foucher (d'Amiens), Gallimard (de Duanne), Gastaud, Gaulier (de Paris), Gautherin (d'Aunay-sur-Serein), Gibert (de

Paris), Gillet (de Maisons-Alfort), Girard (de Nice), Girard (de Toulon), Glais (de Lorient), Glennie (de Clères), Gomma (d'Aix-les-Thermes), Gontier (de Toulon), Gosselin (de Lille), Goutenègre (de Prayssac), Grellety (de Paris), Guerbé (de Carignan), Guichot (de Ponson-Dessus), Guignard (de Paris), Guilloir (d'Aubervilliers), Guillou (de Montlhéry), Guintard (de Chatenais), Haney (de Saint-Just-Marseille), Houdard (de Paris), Huré (d'Abbeville), Jacquet (d'Haubourdin), Jouen (de Goderville), Joxe (de Fère-en-Tardenois), Julien (de Thouars), Laborie (de Tulle), Labouré (de Paris), Laffont (d'Alger), Larigaudy (de Montreuil), Larrivé (de Meysien), Lebreton (de Paris), Lecat (de Lormes), Lemaire (de Cosne), Le Moal (de Laignes), Lemoine (de Vitry), Lemoine (de Paris), Lestage (de Gradignan), Le Tellier (de Claville), Levadoux (des Martres-de-Veyre), Locard (de Lyon), Madaille (des Arcs), Maingot, Mallet (de Paris), Markuszewski (de Segré), Marque (de Lyon), Maruitte (de Caen), Massacré (de Romorantin), Ménard (de Longueville), Méténier (de Villejuif), Micheleau (de Bordeaux), Monier (de Cassaigne), Montillier (de Cosne-sur-l'Œil), Moyroud (de Montbrison), Nodet (de Bourg), Ohier (de Paris), Parisot (de Nancy), Paté (de Donnemarie-en-Montois), Pergola (de Mesnil-Esnard), Perreau (d'Ivry-sur-Seine), Petit (de Plomion), Petit (de Hellemmes), Petitjean (de Paris), Petitjean (de Vesoul), Pointin (d'Amiens), Pradel (de Chef-Boutonne), Prost (de Paris), Querneau (de Morlaix), Queyron (de Montlieu), Ramonet (de Sermaize-les-Bains), Réal (de Paris), Retout (de Mayenne), Reumaux-Eucher (de Paris), Ribet (de Perrégaux), Rigaud (de la Bazoge), Risacher, Rivière (de Paris), Rochatin (de la Chapelle-en-Vercors), Saint-Jean (de Bou-Hadjar), Sarvonat (de Lyon), Schamaun (de Pouzauges), Schmidt (de Bruyères), Séguin (de Nononcourt), Sérane (de Paris), Sicard (de Chateaupansac), Vaissade (d'Aix-en-Provence), Veyrat (de Montmélian), Volpelière (de Bourdeaux).

A PROPOS DE LA VACCINATION ANTITYPHOIDIQUE OBLIGATOIRE DANS L'ARMÉE. — Le Syndicat médical de Paris vient de voter l'ordre du jour suivant :

« Considérant :

D'une part, que la statistique médicale de l'armée établit que la morbidité et la mortalité typhoïdiques dans l'armée de l'intérieur diminuent constamment d'année en année, et que le chiffre des décès de cette origine est tombé à 0,31 p. 1000;

D'autre part, que c'est toujours dans les corps d'armée du Midi que les épidémies typhoïdiques se montrent, et du fait des défectuosités bien connues de l'hygiène urbaine des villes de garnison ;

Estime qu'il y a urgence, non pas à vacciner obligatoirement les troupes de France, mais de mettre les villes de garnison malsaines en demeure d'exécuter les travaux d'hygiène reconnus nécessaires, sous peine de voir retirer les troupes;

D'autre part, le Syndicat médical de Paris estime que si l'on rendait la vaccination obligatoire dans l'armée de l'intérieur cette mesure non justifiée présenterait les inconvénients suivants :

1° Elle permettrait aux municipalités d'ajourner sine die les améliorations de l'hygiène urbaine reconnues indispensables. L'immunisation individuelle remplacerait la prophylaxie générale qui seule empêche la naissance des épidémies. Ce serait un grave recul de l'hygiène.

2° L'Académie de médecine ayant demandé que la vaccination antityphoïdique dans l'armée soit faite simplement à titre facultatif, il est inadmissible que l'on impose à des médecins l'obligation de pratiquer cette opération. C'est un empiètement sur la conscience médicale, d'autant plus grave que cette vaccination comporte des contre-indications qui sont très difficiles à préciser à l'arrivée des recrues.

Il y a là de telles menaces pour l'indépendance professionnelle des médecins que le Syndicat médical de Paris décide d'en saisir l'Union des syndicats médicaux. »

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fêtes du Carnaval.* — A l'occasion des fêtes du Carnaval, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 19 février 1914, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 25 février, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES EXPERTS EN STOMATOLOGIE

L'inscription des chirurgiens-dentistes sur la liste des experts, contraire aux dispositions de la loi de 1892 qui exige le doctorat en médecine, ne semble plus pouvoir se défendre d'aucune façon. En effet, outre que des circulaires successives de la Chancellerie ont restreint de plus en plus le rôle de ceux qui s'y trouvent encore, un jugement récent de la septième chambre du tribunal civil de la Seine (17 nov. 1913) vient d'affirmer et d'établir d'une façon indiscutable ce principe que ne peut être commis pour une expertise concernant des docteurs en médecine stomatologistes que des docteurs en médecine également spécialisés.

On a voulu justifier, dans une certaine mesure, l'inscription de chirurgiens-dentistes en les considérant comme mécaniciens, fabricants d'appareils de prothèse : leur rôle se bornerait ainsi aux cas litigieux se rapportant à ces espèces; il y aurait en somme des experts en prothèse dentaire, comme il y en a en appareils de chirurgie.

Mais cette façon d'envisager les choses ne nous paraît pas correspondre à la réalité des faits. Il ne saurait, en effet, y avoir de rapprochement possible entre ces deux catégories d'experts.

Les fabricants d'appareils de chirurgie ont une double clientèle. D'une part, les médecins auxquels ils procurent les instruments qui leur sont indispensables pour leurs interventions, d'autre part, les malades qui peuvent avoir besoin d'instruments similaires, ou bien d'instruments ou d'appareils appropriés à leurs cas particuliers. Qu'il s'agisse du malade, ou du médecin ils traitent directement avec lui, sous leur propre responsabilité et ils se trouvent vis-à-vis d'un malade dans la même situation que le pharmacien exécutant une ordonnance.

Il n'en est point de même du fabricant d'appareils de prothèse dentaire. Tout d'abord, nombre de stomatologistes fabriquent leurs appareils, soit personnellement, soit au moyen de mécaniciens à leurs gages, ou d'ouvriers à façon. Mais quand ils s'adressent à des mécaniciens spécialistes en prothèse dentaire, travaillant pour le compte de plusieurs stomatologistes ou chirurgiens-dentistes, fabriquant des appareils suivant leurs indications et n'ayant aucun rapport avec les clients des spécialistes, ces mécaniciens ne peuvent avoir de responsabilité vis-à-vis du client qui n'a eu affaire qu'au stomatologiste.

Il semble donc bien qu'il ne saurait y avoir aucune analogie entre les mécaniciens fabricants d'appareils de prothèse et les mécaniciens fabricants d'appareils de chirurgie.

Cependant, dans certains cas, il peut se présenter des affaires litigieuses entre les stomatologistes ou chirurgiens-dentistes et leurs façonniers, donnant lieu à des expertises. Ce n'est que dans ces cas que peut se concevoir le choix, par le tribunal, de certains mécaniciens spécialisés, et ceux-ci pourraient alors être assimilés aux experts en appareils de chirurgie.

Mais, dans tous les cas où le litige se présente entre le praticien et son client, d'après les dispositions de la loi, et dans l'intérêt bien entendu des parties, les seuls experts admis sur la liste ne peuvent être désormais que des docteurs en médecine stomatologistes.

Et dans ces conditions il n'y aurait plus lieu de faire, dans la liste des experts, une classe spéciale, séparée de celle des médecins pour la stomatologie ; celle-ci devrait logiquement figurer comme sous-classe avec les autres spécialités médicales, au chapitre général de la médecine. A. HERPIN.

SÉMIOLOGIE
DE LA
DOULEUR OCULAIRE

Par M. V. MORAX (1),
Ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière.

Lorsqu'on recherche les motifs qui ont déterminé les malades à consulter l'oculiste, on constate que la douleur est aussi fréquemment invoquée que le trouble visuel. Il y a donc lieu de bien connaître les modalités de ce symptôme douleur et d'en pouvoir déterminer la signification. Je vais tâcher d'en exposer les caractères essentiellement variables suivant la lésion qui la provoque et la réaction du sujet, d'indiquer les moyens d'analyse dont nous disposons pour en préciser la nature et la cause et enfin je rappellerai les moyens thérapeutiques à notre disposition pour soulager le malade.

Je n'ai pas l'intention, en parlant de douleur oculaire, de restreindre la signification de ce mot à la douleur occupant le globe de l'œil. Un malade, en effet, qui souffre d'une névralgie de la cinquième paire se plaint de douleurs oculaires au même titre que le sujet porteur d'un orgelet. Nous comprendrons sous le terme douleur oculaire toute sensation douloureuse ou simplement gênante localisée dans une des parties de l'appareil visuel ou rattachée à une affection de l'œil ou de ses annexes.

Il ne serait pas inutile de rappeler les notions d'anatomie et de physiologie dont il faut faire état pour analyser les sensations douloureuses. Je me borne à faire remarquer que le nerf optique, cordon nerveux exclusivement composé de fibres sensorielles, ne comprend pas d'éléments sensitifs; c'est le nerf trijumeau qui assure toute la sensibilité de l'appareil visuel, surtout par sa branche ophtalmique; le nerf maxillaire supérieur innerve seulement la paupière inférieure par son rameau sous-orbitaire. Certaines dispositions anatomiques doivent fixer notre attention : c'est d'une part l'extrême abondance des fibres et des terminaisons nerveuses de la conjonctive et de la cornée, cette richesse nerveuse explique pourquoi la plus légère atteinte du tissu cornéen provoque une si violente douleur. D'autre part le trajet des nerfs ciliaires entre la sclérotique et la choroïde, dans la supra-choroïde jusqu'au pôle postérieur de l'œil, rend compte des phénomènes douloureux très particuliers dus à la compression de ces nerfs dans le cas d'hypertension des liquides oculaires.

Les notions physiologiques concernant la douleur oculaire sont infiniment moins précises. Nous savons que certaines actions traumatiques ou toxiques s'exerçant sur les terminaisons ou sur les rameaux sensitifs provoquent la sensation douloureuse, mais nous ignorons complètement le mécanisme intime de cette sensation; nous ne pouvons que faire des constatations cliniques. Je tiens à mentionner ceci : lorsque, sous l'influence de l'anesthésie cocaïnique, on sectionne la cornée, et, par conséquent, les nerfs sensibles qu'elle contient, il n'y a aucune sensation particulière tant que dure l'anesthésie; lorsqu'elle cesse, au bout de trente à soixante minutes, il existe une sensation de gêne, de piqûre, parfois procédant par petites crises. Cette *douleur traumatique* est de courte durée, elle n'existe que dans les douze heures qui suivent l'intervention et elle existe même si l'œil est immobilisé sous un pansement binoculaire. Lorsque l'opéré de cataracte souffre le lendemain ou le surlendemain de l'intervention, il ne s'agit plus de douleur traumatique mais de *douleur infectieuse* résultant de l'invasion de la plaie par certains microorganismes. Par quel mécanisme l'agent infectieux provoque-t-il la douleur? Est-ce par action directe des poisons microbiens sur les terminaisons nerveuses, est-ce par action indirecte résultant de l'infiltration cellulaire comprimant les fibres nerveuses? Le fait qu'une même infection, causée par le même agent pathogène, produit des variations extrêmes depuis l'indolence complète jusqu'à la douleur la plus vive paraît indiquer que l'action mécanique joue un rôle plus important que l'action toxique.

Fréquemment les douleurs de l'appareil visuel se compliquent d'irradiations dans le territoire du trijumeau; c'est ainsi qu'à une névralgie oculaire s'ajoute parfois une névralgie dentaire, de même d'ailleurs que cette dernière peut s'irradier et provoquer des phénomènes douloureux dans la région du globe oculaire.

On peut envisager trois états douloureux différents :

Dans le premier, l'agent infectieux, ou la cause toxique ou mécanique agit sur les terminaisons périphériques ou sur les rameaux superficiels. Ce sont les *douleurs superficielles*.

Dans le second cas, ces actions s'exercent sur le trajet des troncs nerveux et provoquent des *douleurs profondes* avec leurs caractères particuliers et paroxystiques.

Il existe une troisième catégorie de douleurs pour lesquelles on ne peut invoquer l'intervention d'une cause toxique ou mécanique. Ce sont les *algies* sans lésions organiques chez les nerveux, neurasthéniques, hystériques, etc.

D'une façon générale, on peut dire que les douleurs superficielles sont habituellement calmées par les topiques, la douleur profonde n'est calmée que par les antinervins, l'aspirine, la morphine; quant à l'algie, elle peut résister aux analgésiques et céder à la suggestion

I. Douleurs superficielles. — 1° Les *affections palpébrales et lacrymales* sont les premières à envisager. Je ne retiendrai pas l'attention sur les *lésions cutanées par traumatisme*, brûlures, déchirures qui s'accompagnent d'une douleur de courte durée; si celle-ci se prolonge, c'est que l'infection joue son rôle : on a alors une sensation de cuisson, de pression, accompagnée souvent de pulsations doulou-

(1) Leçon faite à l'hôpital Lariboisière, recueillie par le docteur J. Darrieux, et revue par l'auteur.

reuses, celles-ci accompagnent la lymphangite streptococcique ou l'abcès staphylococcique.

L'*orgelet* est une des infections palpébrales les plus pénibles; la douleur est fréquemment intolérable et, comme le furoncle palpébral disparaît parfois au milieu de l'œdème du bord libre, que la conjonctive bulbaire est œdématiée, on peut être enclin à penser à une affection grave de l'orbite. Pour faire le diagnostic il suffira de promener le doigt sur le bord palpébral en exerçant une légère pression; en un point limité, cette pression provoquera une vive protestation de la part du malade. C'est le siège du follicule pileux ou de la glande de Meibomius infectée. Pour calmer cette douleur, il conviendra d'injecter de la cocaïne dans la paupière puis de ponctionner avec le couteau de de Graefe ou la fine pointe de galvano au point d'infiltration.

Parfois le *furoncle* dissimulé sous les sourcils, s'accompagnant d'œdème, peut faire craindre une infection orbitaire; la pression révélera le siège et la nature de l'affection.

La *pustule maligne* s'accompagne d'œdème, de douleurs vives et aussi d'une petite escarre noire dont l'extension rapide incitera à faire l'examen microscopique qui lèvera tous les doutes en décelant la bactéridie charbonneuse.

L'inflammation aiguë du sac lacrymal (*dacryocystite*) ou du tissu prélacrymal (*péricystite*) due en général au streptocoque et compliquant un simple rétrécissement, ou bien survenant chez un sujet atteint de dacryocystite tuberculeuse ou syphilitique s'accompagne de douleur, d'un peu de fièvre, et l'œdème est parfois si étendu que l'on peut méconnaître le siège de la suppuration commençante. La douleur provoquée à la pression fixera encore le diagnostic. Les *lésions tuberculeuses* ou *sporotrichosiques* non compliquées d'infection à staphylocoques sont peu douloureuses.

Le gonflement palpébral, plus accusé du côté temporal, la sensation de pesanteur ou de gêne orbitaire avec douleur à la pression des glandes lacrymales révéleront une *dacryoadénite*, compliquant la blennorragie, les oreillons. La douleur est de courte durée et l'infection guérit spontanément et complètement en une dizaine de jours.

Rappelons enfin que certaines affections cutanées, notamment l'*eczéma*, s'accompagnent de sensations pénibles de coupure, de brûlure; il faut chercher dans l'eczéma commissural les petites fissures et les cautériser avec le nitrate d'argent, ainsi que les *petites ulcérations marginales* des paupières par folliculite, dont l'évolution est souvent très pénible.

2° Dans les *affections conjonctivales et cornéennes*, nous voyons que la douleur s'accompagne de cette « sensation de corps étranger » que tout le monde connaît pour l'avoir éprouvée : c'est une impression pénible de grain roulant entre la paupière et l'œil, qui diminue si les yeux sont fermés, qui s'exagère à chaque mouvement en provoquant un flux de larmes. Une instillation de cocaïne la calme, mais pendant deux heures seulement environ. La douleur peut être si vive qu'elle amène parfois l'insomnie et la syncope. Presque toujours elle s'accompagne de sensibilité douloureuse à la lumière, de photophobie.

Le premier soin sera d'examiner s'il n'y a pas de corps étranger en inspectant la cornée en s'aidant d'un éclairage latéral et en n'oubliant pas de retourner la paupière supérieure; c'est souvent sur la face tarsienne de la conjonctive qu'on trouve le fragment de charbon ou le grain de sable dont l'ablation supprime instantanément toute gêne. Si le corps étranger est fixé sur la cornée, la douleur a les mêmes caractères, ou bien elle est plus sourde, plus intermittente; des périodes de plusieurs heures sans gêne sont suivies de crises douloureuses avec irradiations vers l'orbite. Il ne faut pas omettre de pratiquer l'éclairage latéral en se servant d'une loupe, car on pourrait sans cela laisser passer le corps étranger souvent très petit.

De toutes les douleurs, l'une des plus pénibles est celle qui suit les traumatismes, même légers, lésant la surface épithéliale de la cornée : un coup d'ongle, le choc de la tranche d'un journal. La douleur succède au traumatisme; elle est si violente que le sujet ne trouve un peu de repos que les yeux fermés et dans l'obscurité complète et consiste en une sensation de gros gravier avec cuisson violente irradiée à l'orbite. Le diagnostic est facile si l'on a soin d'instiller une goutte de solution saturée de fluorescéine qui colore la perte de substance en vert. La cocaïne, la novocaïne calment la douleur, mais pas complètement; la contraction spasmodique du sphincter irien contribue à l'entretenir et nécessite l'instillation d'atropine qui, en paralysant le sphincter, calme les phénomènes douloureux. Si la lésion ne se complique pas, ce qui a lieu, en général, si l'on fait la toilette du sac conjonctival, si les collyres sont stériles, si les yeux sont immobilisés, la douleur s'atténue en vingt-quatre heures et disparaît le second jour. Si les phénomènes douloureux persistent c'est que, vraisemblablement, l'érosion se complique d'infection. On constate alors une légère teinte grise des bords indiquant l'infiltration des leucocytes entre les lames de la cornée et parfois dans la partie inférieure de la chambre antérieure une petite ligne blanchâtre indiquant la présence d'un exsudat cellulaire, d'un hypopyon. Dans ces cas, la réaction irienne produit une douleur périoculaire s'ajoutant à la douleur cornéenne. Il faudra instiller du nitrate d'argent à 1 p. 100 sur l'érosion ou approcher l'anse du galvanocautère, de manière à chauffer la surface érodée.

Chez certains sujets on peut voir, après une érosion traumatique de la cornée, des phénomènes douloureux très particuliers : le malade qui ne ressentait plus aucune gêne est réveillé la nuit ou le matin par une vive douleur à caractère névralgique irradiée autour de l'orbite, accompagnée de sensation de corps étranger et de larmoiement. La douleur diminue assez rapidement mais peut se reproduire plusieurs fois dans les semaines ou les mois suivants. On a donné à cette affection, en raison de ces caractères, le nom de *kératite vésiculeuse névralgique récidivante*.

Sous l'appellation de *kératite sphinctéralgique* on décrit les cas où à une ulcération cornéenne tenace correspond un spasme du sphincter irien avec névral-

gie périoculaire violente qu'on a comparée à la névralgie sphinctéralgique des fissures à l'anus. L'iridectomie, généralement indispensable, doit être faite sous chloroforme, l'hyperesthésie du tissu irien est telle que l'instillation de cocaïne ne produit pas un effet suffisant.

Il convient de signaler que les *conjonctivites aiguës*, surtout celles dues au pneumocoque, s'accompagnent de douleur superficielle avec sensation de corps étranger. Dans la *conjonctivite aiguë contagieuse* à bacille de Weeks, dans la *conjonctivite à gonocoques*, existe une violente impression d'ardeur des paupières ; dans la *conjonctivite à diplobacilles*, c'est une sensation de cuisson et de gêne plus marquée le soir. Les applications chaudes ou froides calment, en général, ces sensations. Parmi les autres affections conjonctivales mentionnons encore la *conjonctivite printanière* qui s'accompagne souvent d'une sensation prurigineuse pénible et la douleur particulière, sensation de pointe qu'on enfonce dans l'œil, suivie de sensation de corps étranger et de larmoiement qui coïncide avec l'apparition des bulles conjonctivales ou cornéennes dans le *pemphigus oculaire*.

Les *sclérites* et *épisclérites* s'accompagnent de douleur peu accusée d'une sensation de pesanteur. Mais ce qui donne à la sclérite son caractère particulier c'est la sensibilité assez vive et spéciale qu'on provoque en pressant légèrement sur la zone sclérale vascularisée.

3° *Douleurs dans les inflammations iriennes*. — Plus que toute autre affection, l'inflammation aiguë de l'iris provoque des phénomènes douloureux particulièrement pénibles ; au début c'est souvent une gêne oculaire avec trouble visuel, puis la douleur à caractère névralgique apparaît siégeant au pourtour orbitaire, empêchant tout travail. Ses caractères rappellent la douleur de la périostite alvéolo-dentaire. La photophobie est intense, le malade se cache sous ses couvertures pour éviter toute lumière, le sommeil le fuit, l'inappétence est complète. Cet état douloureux peut durer pendant des semaines.

Que l'iritis soit due à une localisation sur l'iris du tréponème, du gonocoque, du pneumocoque, ou d'autres agents infectieux non encore définis (l'iritis dite rhumatismale doit sans doute correspondre aux cas où l'infection microbienne n'est pas connue), la douleur peut être vive ou modérée, on ne peut rien conclure de son intensité au point de vue du diagnostic. Ce qu'on peut affirmer, c'est le caractère indolore de l'*iritis tuberculeuse*.

Les douleurs de l'iritis s'observent encore à la suite des plaies perforantes, des opérations sur le globe et, dans ce dernier cas, ce symptôme a une valeur séméiologique particulière pour l'opérateur. Si, la première journée écoulée, l'opéré ne ressent aucune sensibilité oculaire, c'est que la cicatrisation se fait rapidement et il est préférable de laisser le pansement en place trois ou quatre jours. Si des douleurs périoculaires ou céphaliques apparaissent, il vaut mieux enlever le pansement pour examiner l'œil et tâcher d'enrayer les complications infectieuses souvent, d'ailleurs, d'une gravité relative.

Les douleurs iriennes sont calmées dans une certaine mesure par l'aspirine, le salicylate de soude, les lavements d'antipyrine. Mais souvent leur intensité nécessite l'injection de morphine ou de pantopon.

4° *Douleurs dans les affections ciliaires*. — Il est fréquent d'observer l'inflammation simultanée du corps ciliaire et de l'iris; dans ces cas, les phénomènes douloureux ont les caractères de la douleur irienne. Mais lorsque le *corps ciliaire* est seul atteint, les malades se plaignent assez souvent d'une sensation de piqûre toujours légère et qu'accompagne un très faible degré de photophobie et de larmoiement. En pressant légèrement sur la région ciliaire on provoque en un point circonscrit, tout autour de la cornée, une douleur plus vive. Ces sensations méritent d'autant plus d'être notées que l'inflammation ciliaire peut ne se manifester que par de très petits précipités qu'il faut rechercher avec la loupe.

Il ne faut pas confondre ces sensations liées à l'inflammation de la région ciliaire avec celles qui résultent de l'*hypertension*, lorsque cet état complique la cyclite. Le cas est particulièrement important à préciser dans les *inflammations du segment antérieur*, comme on les observe si souvent chez les hérédo-syphilitiques atteints de kératite interstitielle. L'emploi du tonomètre de Schiœtz, en nous permettant de déterminer exactement s'il y a ou non hypertension, nous rend, dans ces cas, des services inappréciables.

II. Douleurs profondes. — 1° *La douleur liée à l'hypertension oculaire*. — Lorsque la tension des liquides intraoculaires augmente brusquement, qu'elle passe de 20 à 26 millimètres de mercure, qui est sa valeur normale, à 60, 80, 100 millimètres de mercure (*glaucome aigu*), des phénomènes douloureux violents se produisent constamment et occupent la première place dans le tableau clinique. Leur caractère principal contribue souvent à en faire méconnaître l'origine. En effet, la douleur ne siège pas toujours dans l'œil ni autour de l'œil, c'est surtout une douleur pariéto-occipitale accompagnée de vomissements. L'injection oculaire, le trouble visuel sont souvent négligés en raison du caractère extra-oculaire des douleurs; alors que, en ramenant la tension oculaire à son degré normal on ferait disparaître immédiatement la douleur, on cherche souvent par les moyens extra-oculaires à la modifier, mais sans succès. Il est indispensable, pour tout médecin, de connaître le caractère de cette douleur, car souvent, même avant l'intervention du spécialiste, il lui sera possible par l'instillation d'ésérine ou de pilocarpine, c'est-à-dire de médicaments hypotenseurs, de calmer dans une certaine mesure les phénomènes douloureux et même d'enrayer l'accès de glaucome aigu.

Lorsque la tension du globe s'élève lentement ou n'atteint qu'un faible degré (*glaucome subaigu ou chronique*), les sensations douloureuses peuvent manquer absolument ou se traduire par une sensation passagère de pesanteur frontale.

2° Dans les *inflammations suppuratives du globe* résultant d'une localisation infectieuse au cours d'une

pyohémie ou d'une septicémie ou succédant à une *plaie pénétrante*, à la *pénétration d'un corps étranger*, les phénomènes douloureux sont presque toujours très intenses et offrent à la fois les caractères de l'inflammation irienne et ceux de l'hypertension oculaire. Ce sont les seuls cas où une affection des membranes profondes s'accompagne de phénomènes douloureux : l'inflammation de la rétine, de la choroïde, les altérations vasculaires de ces membranes sont absolument indolores tant qu'elles ne se compliquent pas d'hypertension ou de participation de l'iris ou du corps ciliaire aux phénomènes inflammatoires qui les atteignent.

3° De même, les *inflammations du nerf optique* ne s'accompagnent jamais de douleur, le nerf optique lui-même n'ayant pas de sensibilité générale.

On observe cependant une douleur assez particulière dans certaines inflammations du nerf optique, atteignant la portion orbitaire du nerf (*névrite rétrobulbaire*). La douleur spontanée est presque nulle, mais si l'on fait diriger le regard à droite puis à gauche le malade indique une sensation orbitaire profonde de tiraillement douloureux qui ne s'observe que dans cette affection. Elle ne dure généralement que quelques jours, mais elle acquiert un intérêt diagnostique d'autant plus grand que, à l'époque où on doit la rechercher, les lésions objectives du nerf optique n'existent pas et que le trouble visuel est le seul signe manifeste de l'affection. La nature et la cause de cette sensibilité particulière n'ont pas encore été élucidées.

4° *Douleurs accompagnant les affections orbitaires.* — Parmi les affections des *parois orbitaires* qui s'accompagnent le plus habituellement de douleurs, il faut tout d'abord citer les *lésions syphilitiques*, *périostites* ou *ostéo-périostites*. Ces douleurs sont comparées à une sensation de poids, de pénétration de pointe dans l'orbite.

Dans les *périostites aiguës ou infectieuses*, la sensation douloureuse est extrêmement vive, la pression sur le bord orbitaire dans la région atteinte exaspère la douleur. Il y a presque toujours d'autres symptômes, par exemple l'exophtalmie, qui précisent l'origine des phénomènes douloureux. Souvent aussi l'origine de cette périostite suppurée doit être recherchée au niveau des sinus frontaux ou ethmoïdaux.

Des douleurs orbitaires plus ou moins vives peuvent être provoquées par le développement d'une *tumeur orbitaire* ou la *propagation orbitaire d'une tumeur* venant du sinus sphénoïdal, maxillaire ou frontal. Ce sont, en général, des épithéliomes qui compriment les nerfs sensitifs au sommet de l'orbite et donnent lieu à des névralgies de la cinquième paire dont le caractère symptomatique n'apparaîtra nettement que lorsqu'un autre symptôme, exophtalmie, ou atteinte du nerf optique complétera le tableau clinique.

5° *Douleurs produites par les affections du trijumeau ou du ganglion de Gasser.* — La *névralgie du trijumeau*, névralgie sus-orbitaire, névralgie de l'ophtalmique de Willis, est assez fréquente et diffère de la migraine ou de la céphalée ordinaire par sa limitation au territoire innervé par l'ophtalmique d'une part, d'autre part par l'existence de points douloureux à la pression sur le trajet du nerf. Elle s'étend sur la paupière, l'aile du nez et jusqu'à l'extrémité de la suture pariéto-occipitale. La douleur n'a pas une intensité continue, elle s'exagère par moments; même parfois dans l'intervalle des accès l'émergence de l'ophtalmique au niveau de la gouttière sus-orbitaire devient d'une sensibilité exquise à la moindre pression. Cette névralgie sus-orbitaire peut exister indépendamment de tout autre trouble et comme conséquence d'une inflammation du ganglion de Gasser. Elle succède souvent au zona ophtalmique et je l'ai vue persister pendant plusieurs années.

D'autres fois la névralgie du trijumeau peut faire partie d'un complexus symptomatique. J'ai, en 1900, observé un malade de quarante-neuf ans qui, à la suite d'une grippe, ressentit des douleurs rétrooculaires, puis sus-orbitaires et occipitales. Il avait remarqué, en outre, une baisse de la vision et il présentait une hémianopsie gauche nette avec intégrité de la vision binoculaire. La réaction hémianopsique existait faiblement : l'illumination latérale gauche était accompagnée d'une contraction plus vive que la droite. Le fond de l'œil montrait la présence d'une névrite optique (saillie papillaire, contour flou de la papille). Malgré l'absence d'antécédents syphilitiques, je prescrivis le traitement mercuriel et ioduré qui calma momentanément les douleurs, mais celles-ci reparurent accompagnées de dépression générale, d'apathie complète et d'aggravation des lésions papillaires. Dès lors s'imposait le diagnostic de tumeur cérébrale à évolution rapide et de siège basilaire. Le malade mourut quelques semaines plus tard.

On a donné le nom de *migraine ophtalmoplégique* à un syndrome assez particulier dans lequel il ne s'agit pas, comme ce terme semble l'indiquer, de céphalée du type migraine. La coexistence de la névralgie du trijumeau avec la paralysie de la troisième paire constitue en réalité ce syndrome qui débute dans le jeune âge ou pendant la puberté. La douleur est diffuse, siège au niveau du sourcil et se propage au front, aux tempes, à l'occiput. Elle s'accompagne de malaise et de photophobie. La paralysie totale de l'oculomoteur commun succède à la douleur après quelques heures ou quelques jours et dure toujours plus longtemps que la période douloureuse.

L'*anesthésie douloureuse* est un syndrome assez particulier dans lequel on constate, d'une part, une anesthésie complète dans tout le territoire nerveux envahi et d'autre part de vives douleurs subjectives. On explique ce syndrome en supposant une interruption complète dans la conductibilité des fibres nerveuses par une lésion qui détermine l'irritation du bout central ou du ganglion de Gasser.

Au *cours du tabes*, on observe parfois sur le trajet du nerf sus-orbitaire et dans tout son territoire d'innervation des phénomènes d'hyperesthésie avec ou sans douleur. Ces douleurs peuvent affecter le caractère fulgurant ou térébrant.

En somme, devant une névralgie du trijumeau, on est en présence souvent de difficultés de diagnostic relatives à l'étiologie de la névralgie. Celle-ci peut être la conséquence d'une lésion compressive sur le trajet de la branche ophtalmique, elle peut résulter de lésions inflammatoires atteignant la dure-mère qui enveloppe le ganglion de Gasser, elle peut aussi être la conséquence de la pression exercée par une tumeur sur le ganglion ou sur le nerf. Elle peut enfin, comme chez certains tabétiques, résulter d'une atteinte du système nerveux, relevant de la syphilis. Parmi les affections, causes de ces névralgies, il faudra penser à une affection des sinus et aux affections dentaires; dans certains cas, la névralgie de l'ophtalmique est l'irradiation d'une névralgie dont l'origine est à rechercher au niveau du maxillaire supérieur ou inférieur.

A côté de ces lésions organiques, on peut observer parfois ces névralgies chez des sujets hystériques. Ce n'est que par une analyse attentive des symptômes, par l'étude des commémoratifs qu'on réussira à établir le diagnostic.

III. Douleurs ressenties dans certains états névropathiques. — Nous avons envisagé jusqu'ici les phénomènes douloureux liés à des lésions ou à des anomalies de fonctionnement de l'appareil visuel. Par l'analyse des phénomènes qui accompagnent le symptôme douleur, il est toujours possible, dans ces cas-là, de remonter à la cause du trouble subjectif. Il n'en est plus de même, pour les troubles douloureux que nous allons étudier, qui constituent d'ailleurs le plus grand nombre des cas; ce sont les phénomènes douloureux des neurasthéniques et des phobiques oculaires. L'exposé de leurs doléances est toujours copieux et, pour le débutant, l'embarras est souvent extrême, lorsqu'il se trouve en présence d'un patient qui lui raconte les différentes sensations qu'il éprouve. Le plus souvent le malade s'est muni d'un aide-mémoire et n'admettra pas qu'on l'interrompe dans la description de son état maladif. Il est indispensable de savoir les écouter, si l'on veut après un examen approfondi qui démontre l'intégrité de leur appareil visuel, leur donner confiance dans le fonctionnement de leur organe et dans la médication anodine qu'on leur prescrira.

Le cas d'ailleurs peut être embarrassant. Je me suis parfois trouvé en présence de malades qui me décrivaient des accès douloureux avec irritation oculaire, ayant les caractères typiques des accès de glaucome aigu. Or on sait que dans l'intervalle de ces accès, l'œil semble parfaitement normal. Je devais donc pousser l'interrogatoire et me rendre compte de la mentalité de la malade pour me convaincre qu'il ne s'agissait que de sensations calquées sur le récit fait par une amie atteinte de ces accès douloureux.

IV. Il me reste encore pour achever cet exposé rapide des principales causes de douleurs oculaires, à signaler les sensations pénibles de certains sujets atteints de vices de réfraction non corrigés ou mal corrigés. C'est ce qu'on observe fréquemment chez les astigmates et les hypermétropes et presbytes. Les troubles douloureux consistent surtout en céphalées, en une sensation de pesanteur frontale, et aussi de gêne oculaire accompagnée d'une légère injection de la conjonctive. Ils sont d'autant plus marqués que le diaphragme pupillaire est moins resserré et l'amplitude accommodative moins grande, ils apparaissent donc si la lumière est peu abondante, surtout si le sujet a dépassé la trentaine et après un effort, un travail continu, pendant une heure au moins, donc le plus souvent à la fin de la journée. Cela est donc bien différent de ce qu'on observe chez certains nerveux qui, après cinq minutes de lecture, accusent déjà une douleur, les empêchant de continuer leur travail. Le repos oculaire fait cesser momentanément ces douleurs et le choix de verres appropriés les calme définitivement.

Il s'agit également d'une céphalée, de douleurs hémicraniennes, plutôt que d'une douleur oculaire dans la *migraine ophtalmique*. Cette forme de migraine amène chez l'oculiste de nombreux sujets, qui racontent qu'après une phase de dix à vingt minutes, pendant laquelle la vision des deux yeux est troublée par la présence de points brillants ou de zones obscures, la douleur pariéto-occipitale apparaît, durant une heure au plus. Parfois après l'accès, existe une sensation de pesanteur douloureuse sur les globes oculaires qui peut durer plus longtemps que l'accès.

Enfin, je tiens à terminer par un conseil pratique, celui d'avertir les malades des sensations douloureuses qui suivent les instillations des collyres de sulfate de zinc, en solution efficace au 1/40, de sulfate de cuivre, de nitrate d'argent prescrits dans un but thérapeutique. C'est une sensation de cuisson vive accompagnée de larmoiement, d'occlusion de la paupière et entraînant une incapacité de travail, de plus d'une heure pour le nitrate d'argent, d'une vingtaine de minutes pour le sulfate de zinc. Pour ce dernier, l'adjonction de cocaïne ou de novocaïne au collyre ou l'instillation de cocaïne faite cinq minutes auparavant, diminuera cette douleur sans la supprimer. Pour le nitrate d'argent, si l'on veut anesthésier la muqueuse, il faudra se servir de nitrate de cocaïne et non de chlorhydrate qui, précipitant avec le nitrate d'argent, donnerait du chlorure d'argent. L'instillation de sulfate de cuivre est plus pénible encore : pour diminuer la douleur, on limitera l'effet de ce collyre à la conjonctive tarsienne, en retournant la paupière, car ce qui rend la sensation douloureuse persistante, c'est l'irritation des filets nerveux cornéens.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

BRONCHITE GRIPPALE

Faire prendre, deux fois par jour, en mangeant, deux à quatre des capsules suivantes : Gouttes Livoniennes de Trouette-Perret.

Pris tout au début, ce médicament rend plus précoce le passage à la période de coction. Il doit être continué jusqu'à complète disparition de toute sécrétion, et même un peu après, pour lutter contre toute tendance à la chronicité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 2 FÉVRIER 1914)

Un nouveau type d'anaphylaxie. L'anaphylaxie indirecte (leucocytose et chloroforme). — M. Charles RICHET communique un travail, fait en collaboration avec M. P. LASSABLIÈRE, dont les conclusions sont les suivantes :

1° Les chiens chloroformés une première fois ne présentent jamais de leucocytose, soit pendant la chloroformisation, soit pendant les jours suivants.

2° Au contraire, quand ils sont chloroformés une deuxième fois, ils présentent une leucocytose intense qui commence le lendemain de la chloroformisation pour atteindre son maximum le huitième jour. L'intervalle entre les deux chloroformisations étant de trois semaines environ.

On ne peut expliquer ce phénomène que par l'hypothèse d'une anaphylaxie, mais d'une anaphylaxie d'un type inconnu à ce jour : l'anaphylaxie indirecte. En effet, dans ce cas, la préparation et le déchaînement des accidents anaphylactiques (en particulier, ici, de la leucocytose, accident initial) sont dus, non au chloroforme lui-même, mais à des albumines produites par l'altération du foie et du rein sous l'influence du chloroforme.

Il semble donc qu'il faut ranger les substances anaphylactisantes en deux groupes : 1° celles qui provoquent immédiatement l'anaphylaxie en quelques minutes, en passant directement dans le sang; 2° les substances qui provoquent tardivement l'anaphylaxie en amenant une démolition albuminoïde, une auto-intoxication, inoffensive la première fois et offensive la seconde, c'est l'anaphylaxie indirecte.

En pathologie, cette anaphylaxie indirecte peut jouer un rôle non moins important que l'anaphylaxie directe, la seule étudiée avant les expériences rapportées par MM. Ch. Richet et P. Lassablière.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1914)

Résultats d'une année de vaccination antityphoïdique (vaccin polyvalent de Vincent). — M. A. VIDAL, après la terrible épidémie de 1912, qui a frappé 225 hommes sur 1000 non vaccinés et en a fait périr 32 sur 1000, a pu vacciner, sans incident spécial, les anciens soldats non encore immunisés et les jeunes soldats récemment incorporés. Ses camarades d'Avignon ont suivi la même pratique. Au total il y a eu 2420 vaccinés, ce qui représente plus de 9000 inoculations. La réaction locale postvaccinale a été nulle ou presque nulle. Deux hommes seulement du 58e d'infanterie ont demandé un supplément de repos. Il n'y a eu aucune entrée à l'infirmerie ou à l'hôpital à la suite de ces inoculations.

Le résultat préventif est le suivant. Il n'y a pas eu, en 1913, un seul cas de fièvre typhoïde parmi les troupes de la garnison. Ce fait n'avait jamais été observé. De 1892 à 1912 (inclus), on avait compté 1263 cas et 118 décès dus à la dothiénentérie. Le nombre des journées de traitement avait été de 44 133. En 1913, tous ces chiffres ont été ramenés à zéro.

Quatre cents habitants, ayant reçu le vaccin de Vincent, ont également eu une immunité absolue.

La vente des substances médicamenteuses dangereuses. — M. LUCET fait, sur ce sujet, un rapport complémentaire qui sera discuté dans la prochaine séance.

Loi d'assistance des femmes enceintes. — M. GUÉNIOT à propos du rapport de M. Pinard fait observer que, en ce qui concerne le lait donné aux enfants privés du sein de leur mère, ce lait devrait être donné deux fois par jour.

M. BAR estime que la loi, à laquelle il donne le nom de loi Strauss, pour être appliquée dans toute sa rigueur, qui exige l'assistance pendant quatre semaines avant et quatre semaines après l'accouchement, nécessiterait pour les bénéficiaires des instructions plus sommaires ou plus simples encore que celles qui sont contenues dans le rapport de M. Pinard.

M. STRAUSS, après avoir remercié MM. Pinard et Bar de leur appréciation sur la loi du 19 juin 1913, rappelle la précieuse collaboration qu'il a trouvée, pour la proposition de cette loi, dans le concours de ses collègues et en particulier de M. Labbé. Etant admis le principe de la loi, les pouvoirs publics devaient demander à l'Académie d'en réglementer l'application. Le but est d'imposer le repos aux ouvrières bénéficiaires de la loi. C'est là le principe même de l'assistance. C'est la première fois que la loi intervient en faveur de la puériculture utérine, avant la naissance. En aucun cas, la période de repos obligatoire ne doit être amoindrie. Aussi acceptera-t-on tous les secours que pourra apporter l'initiative privée, afin que ce repos obligatoire, en cas d'erreur de la date de l'accouchement, soit rigoureusement observé.

Au point de vue de la surveillance de l'enfant après sa naissance, M. Strauss insiste pour que les instructions données aux bénéficiaires imposent l'usage de la balance. Enfin, M. Strauss fait ressortir tous les avantages que pourront fournir, en vue de l'application de cette loi, les consultations de nourrissons inaugurées par Budin, les Gouttes de lait et toutes les institutions du même genre.

M. MESUREUR fait connaître les instructions que, dès maintenant, l'Assistance publique fait remettre à toutes les femmes enceintes assistées.

— Après une discussion un peu confuse à laquelle prennent part MM. Pinard, Bar, Guéniot, Monod, Mesureur, le vote des conclusions du rapport de M. Pinard est renvoyé à une séance ultérieure.

Psychoses cocaïniques. — M. VALLON. L'abus de la cocaïne provoque des troubles cérébraux qui peuvent aboutir à une véritable psychose. Ils sont caractérisés par des illusions, des hallucinations de tous les sens, des troubles de la sensibilité générale, de la vue, de l'ouïe, puis par des idées délirantes, de persécution, de jalousie, etc. Le délire est donc hallucinatoire et non primitif.

L'intoxication cocaïnique se présente sous trois formes, la forme lente, la forme subaiguë, la forme aiguë. Les individus atteints de psychose cocaïnique arrivent à des réactions violentes qui peuvent devenir dangereuses.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1914)

Varices congénitales du membre supérieur avec dystrophies osseuses. — MM. Pierre LEREBOULLET et Louis PETIT présentent un malade de cinquante-deux ans, atteint de varices congénitales du membre supérieur gauche ayant progressivement augmenté pendant l'enfance et entraînant actuellement une déformation considérable du membre transformé en une vaste éponge sanguine, avec de nombreuses télangiectasies superficielles.

La tuméfaction est en partie réductible et diminue nettement sous l'influence de l'élévation du membre.

A cette dystrophie veineuse est associée une dystrophie de tous les os du squelette, qui est à la fois révélée par la mensuration du membre, raccourci dans ses divers segments

et par la radiographie qui montre les os plus minces que ceux du côté opposé. Cette fragilité osseuse a entraîné d'ailleurs, il y a quelques années, une fracture de l'avant-bras restée non consolidée.

Ce fait est à rapprocher de cas rares de varices congénitales du membre supérieur, groupés en 1880 par L.-H. Petit et comme pour ceux-ci on pourrait invoquer dans sa production une atrésie congénitale de la veine sous-clavière, les troubles circulatoires affectant exclusivement le domaine de celle-ci.

Comme dans quelques autres faits, il y avait, dans ce cas, des dystrophies osseuses marquées peut-être primitives, mais sans doute commandées par le trouble de nutrition lié à l'altération veineuse et à la gêne de la circulation de retour.

Accidents sériques graves et prolongés traités par le sérum de cheval. — M. Ch. Flandin a observé une malade de trente-cinq ans qui, treize jours après une injection unique de sérum antidiphtérique, bien tolérée sur le moment, fit des accidents graves : éruption ortiée et purpurique, arthralgies multiples, œdème des membres inférieurs. Déjà anormaux par leur intensité, ces accidents le furent bien plus encore par leur évolution ; disparaissant complètement par le repos au lit, ils récidivaient dès que la malade se levait. Pendant seize mois, la malade dut garder le lit, sous peine de voir réapparaître des poussées éruptives, arthralgiques, œdémateuses. Dans le service de M. Darier, tous les régimes, tous les traitements, y compris le chlorure de calcium et les injections de peptone, furent essayés sans résultat. Les accidents cessèrent, du jour au lendemain, à la suite de l'injection de un dixième de centimètre cube de sérum antidiphtérique. La malade a repris une vie active depuis un an et demi ; elle est seulement astreinte tous les trois ou quatre mois à se faire faire une injection de un ou deux dixièmes de centimètre cube de sérum de cheval.

Ce cas ne peut être attribué à l'anaphylaxie ; il n'y a eu qu'une injection de sérum étranger, les épreuves d'anaphylaxie passive sur le cobaye ont été négatives, ainsi que l'épreuve de la réaction locale sur la malade.

Par contre, M. Flandin a pu mettre en évidence chez cette malade une toxicité spéciale du sérum de cheval.

On peut donc supposer que, sous l'influence du sérum hétérogène, se sont développées des propriétés sérotoxiques chez la malade, lesquelles ont été neutralisées par la deuxième injection, agissant, en quelque sorte, comme un vaccin.

Il est possible que les accidents sériques, différents des accidents anaphylactiques, soient justiciables d'une homœothérapie.

Les réactions d'ordre anaphylactique dans l'urticaire. La crise hémoclasique initiale. — MM. F. Widal, P. Abrami, Et. Brissaud et Ed. Joltrain. Comme ils l'ont montré à propos de l'hémoglobinurie paroxystique, ce n'est pas en faisant l'examen du sang au moment où surviennent les symptômes appréciables en clinique que l'on peut révéler le rôle des phénomènes d'ordre anaphylactique dans la genèse de toute une série de phénomènes pathologiques. C'est immédiatement après l'intervention de la cause provocatrice que cet examen hématique doit être fait et poursuivi d'une manière systématique. Il peut révéler alors une série de troubles circulatoires et hématiques qui succèdent très rapidement à l'action du froid et sont identiques à ceux que provoquent les injections déchaînantes dans l'anaphylaxie proprement dite. Le fait est intéressant au point de vue de l'histoire de certaines dermatoses, et prouve qu'avant l'apparition de toute manifestation cutanée, et après l'intervention de la cause provocatrice, un trouble hématique apparaît en manière de prélude.

Les auteurs ont retrouvé ces troubles dans une maladie dont l'origine anaphylactique ne paraît pas douteuse : l'urticaire alimentaire.

Leur malade est atteint depuis six ans d'urticaire géante à type de maladie de Quincke. Cette urticaire est déclanchée uniquement par l'ingestion d'albumines d'origine animale et spécialement d'ovo-albumine. Or, l'absorption de ces albumines est suivie rapidement d'une série de troubles identiques à ceux qu'ils ont décrits dans l'hémoglobinurie paroxystique. Ces troubles sont constitués : par une leucopénie pouvant abaisser le chiffre des globules blancs de 16000 à 2000 ; par une chute de la pression artérielle chiffrée par 2,3 ou même 4 centimètres ; par une hypercoagulabilité du sang ; enfin, par une baisse souvent très considérable de l'indice réfractométrique du sérum sanguin correspondant à une diminution de 10 à 15 grammes d'albumine par litre. Cette dernière constatation, qui n'a pas encore été rapportée à leur connaissance, est d'autant plus frappante que chez des sujets normaux soumis aux mêmes repas que leur malade les variations d'ailleurs légères de l'indice réfractométrique ont été précisément inverses.

L'étude de leur malade leur a permis de constater que, comme dans l'hémoglobinurie paroxystique, cette crise sanguine est le phénomène initial ; elle précède ici de plusieurs heures l'apparition des premiers placards urticariens ; quand ceux-ci se montrent le sang a déjà retrouvé son équilibre normal. Dans certains cas même la crise vasculo-sanguine a été le seul témoin du passage dans la circulation d'albumines alimentaires, et sans l'examen du sang les manifestations d'anaphylaxie auraient en pareil cas passé inaperçues. Tout peut donc se réduire au choc hématique initial.

Les auteurs ont retrouvé constamment les mêmes troubles hématiques chez un malade atteint d'asthme typique qui leur avait été obligeamment adressé par M. Lermoyez. Chez lui également ces troubles suivaient de peu l'action de la cause provocatrice des accès et précédaient de beaucoup l'éclosion de l'attaque dyspnéique.

L'étude de cette crise hématique initiale si particulière présente donc un réel intérêt au cours des manifestations cliniques de l'anaphylaxie dont elle semble constituer un des attributs les plus constants et les plus fixes. Mais on ne saurait y voir le résultat d'une action de toxicité des albumines hétérogènes introduites dans le sang. Les auteurs ont montré son existence au cours de l'hémoglobinurie paroxystique où elle se développe sous l'action unique du froid ; elle se retrouve également à la suite de l'introduction dans les veines de substances non colloïdales. Si l'on observe cette crise au cours de l'anaphylaxie, c'est précisément, selon eux, parce que le choc anaphylactique est, lui aussi, l'expression du même déséquilibre survenu dans l'état physico-chimique du plasma. Il s'agit là d'un véritable choc hématique susceptible d'être provoqué, en dehors de l'anaphylaxie, par des causes diverses ; ils proposent de lui donner le nom de « crise hémoclasique ».

Cette crise dont la durée, l'intensité et les éléments varient suivant les cas, se déroule toujours avec le même rythme et présente un cycle qui lui est propre.

Un cas de linitis plastique. — MM. Babonneix et Vigot rapportent l'observation d'une femme qui mourut avec des symptômes de cancer gastrique, et à l'autopsie de laquelle on trouva une linitis, avec les lésions habituelles : épaississement et induration des parois stomacales, péritonite chronique de type inflammatoire. A l'examen histologique, cancer colloïde indiscutable. Ce cas se rapproche de la description classique en ce qu'il s'agissait, comme toujours, d'épithélioma ; il s'en éloigne par l'intensité et la diffusion de la dégénérescence colloïde.

La crise nitritoïde et l'apoplexie séreuse du salvarsan sont empêchées et guéries par l'adrénaline. — M. Milian. Les accidents nerveux (paralysies oculaires, faciale, auditive, lésions du nerf optique, etc.), qui surviennent après l'admi-

nistration du néosalvarsan relèvent non de l'intoxication, mais de récidives de syphilis. La meilleure preuve est qu'il suffit de continuer l'administration du salvarsan à dose élevée pour faire disparaître ces accidents.

Mais à côté de ces « neurorécidives », il reste deux catégories d'accidents qui relèvent de la médication elle-même et non de la syphilis : les crises nitritoïdes et l'apoplexie séreuse. M. Milian affirme qu'ils peuvent être prévenues ou guéries par l'administration d'adrénaline, et rapporte trois exemples à l'appui.

Un paralytique général est pris, après une injection de 60 centigrammes de néosalvarsan, de congestion violente du visage avec syncope secondaire (crise nitritoïde); à la suivante, injection de 75 centigrammes, les accidents sont tels que le médecin traitant ne veut plus continuer la médication. Il y a consécutivement fièvre, diarrhée, vomissements pendant plusieurs heures. Après injection, par M. Milian, de 1 milligramme d'adrénaline, le médecin veut bien injecter 90 centigrammes de néosalvarsan. Il y eut une légère rougeur des joues et ce fut tout. Pas de syncope. Pas de nausées, ni de vomissements, ni de diarrhée. Pas la moindre élévation de température.

Observation où l'adrénaline empêche les accidents comateux. Un malade fait, à 45 centigrammes de néosalvarsan, une violente réaction, vomissements, fièvre, douleurs abdominales, etc. A 60 centigrammes, réaction tellement violente que le malade dut rester au lit deux jours. A la troisième injection faite à titre expérimental, pour bien démontrer l'intolérance, M. Milian injecte 45 centigrammes, confiant dans l'adrénaline pour enrayer les accidents s'il en survenait. Le malade après des phénomènes réactionnels violents tombe dans le coma, la face contre terre, se blesse au front dans sa chute, fait sous lui. Revenu à lui, le malade reste brisé pendant trois jours, malgré cela l'auteur cinq jours après, injecte non pas 45 centigrammes, mais 60 centigrammes de néosalvarsan, après injection de 1 milligramme, dans la fesse, de suprarénine.

Le malade n'eut pas le moindre phénomène réactionnel. Il en fut de même aux deux injections suivantes de 75 et 90 centigrammes de néosalvarsan précédées de l'administration de 1mg5 à 2 milligrammes de suprarénine.

Observation où l'adrénaline guérit les accidents comateux. La malade tombée dans le coma, et dont M. Florand a rapporté l'histoire, a été traitée par M. Milian avec la suprarénine. Un milligramme de suprarénine sembla d'abord augmenter les accidents comateux; 1mg5 est administré sous la peau un quart d'heure après : la malade ouvrit presque immédiatement les yeux, le réflexe cornéen reparut, la mydriase succéda au myosis, puis la malade retomba dans le coma. Un quart d'heure après il fut réinjecté 1mg5 et immédiatement encore la malade ouvrit les yeux, suivit le doigt du regard au commandement, essaya de répondre aux questions, tandis que le trismus et la raideur de la nuque s'effaçaient.

Bref la malade sortit en quelques heures du coma et guérit.

A propos d'un cas de mort par le salvarsan. — M. Martin rapporte le cas d'un paralytique général qui tomba dans le coma à la suite d'une deuxième injection de salvarsan. La mort était due dans ce cas, comme le prouva l'autopsie qu'on put pratiquer, à une hémorragie avec ramollissement. Il ne s'agissait pas d'insuffisance surrénale et l'état antérieur du sujet atteint d'encéphalite a dû jouer un rôle dans la production des accidents.

M. Martin insiste sur le danger qu'il y a à pratiquer des injections dans les cas de lésions du système nerveux et, rapprochant les accidents de l'arsenobenzol de ceux de l'atoxyl, sur l'instabilité de ces médicaments.

M. Florand est heureux de dire que la malade, qui avait présenté des accidents graves (coma, convulsions épileptiformes) à la suite d'une seconde injection de néosalvarsan, est à l'heure actuelle complètement guérie. Dès le soir même M. Milian a bien voulu lui injecter 5 milligrammes de suprarénine, et c'est au cours de cette injection qu'elle a commencé à sortir de son coma.

M. Milian insiste sur le rôle de l'adrénaline pour prévenir les accidents graves. Quant aux accidents nerveux, il croit qu'ils sont toujours de nature syphilitique.

Syndrome tardif de la fièvre typhoïde. Transfusion sanguine. — M. Hayem fait quelques remarques à propos de la communication de MM. Braillon et Brax (d'Amiens) faite dans la précédente séance (voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 14, p. 220).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 7 février 1914)

Le réflexe oculo-cardiaque dans les tachycardies permanentes sans arythmie. — M. A. Mougeot (de Royat). La recherche du réflexe oculo-cardiaque dans les diverses formes de tachycardies démontre que l'insuffisance cardiaque à ses divers stades et aux divers degrés de gravité n'est pas une cause d'abolition du réflexe, non plus que l'origine endocrinienne dans ses diverses variétés.

Le réflexe oculo-cardiaque est absent lorsque la tachycardie est causée par une meïopragie souvent toxique ou une altération anatomique du centre cardio-modérateur du bulbe ou du nerf pneumogastrique. Sa recherche constitue un signe de grande valeur pour distinguer l'origine bulbo-vagale de l'origine myocardique d'une tachycardie.

Technique de la réaction de l'antigène. — MM. R. Debré et J. Paraf décrivent les modifications qu'ils ont apportées à la technique de la réaction de l'antigène.

On sait que la réaction de l'antigène a pour but de mettre en évidence dans un liquide donné la présence de l'antigène tuberculeux au moyen de la réaction de Bordet-Gengou.

Grâce à quelques modifications de technique qu'ils ont introduites (suppression du chauffage à 72 degrés), grâce au sérum antituberculeux dont ils disposent actuellement, sérum de chevaux immunisés par M. Vallée, sérum très riche en sensibilisatrices et sans action anticomplémentaire, la pratique de la réaction de l'antigène est devenue aisée.

La seule difficulté sérieuse résulte du pouvoir antihémolytique des urines.

En présence d'une pareille éventualité, les auteurs recommandent :

1° Si l'urine est purulente, dilution au 1/10 dans l'eau physiologique du culot de centrifugation;

2° En cas d'échec ou il s'agit d'une urine claire, titrage de l'action anticomplémentaire de cette urine.

Modifications des ganglions lymphatiques à la suite du jeûne. — M. J. Jolly. A des degrés divers, le jeûne atteint le tissu lymphoïde en général et provoque la raréfaction des cellules lymphatiques. Des trois groupes d'organes lymphoïdes, lympho-lymphatiques (ganglions), lympho-sanguins (rate et moelle osseuse), lympho-épithéliaux (bourse de Fabricius, thymus), ce sont, en général, les derniers qui sont les plus touchés et les premiers les moins atteints. L'ordre progressif est à peu près le suivant : ganglions périphériques, amygdale, ganglions mésentériques, moelle osseuse, appendice, rate, bourse de Fabricius, thymus. La bourse de Fabricius (thymus cloacal des oiseaux) et le thymus sont, sans aucun doute, les plus sensibles à cette influence. Il y en a probablement deux raisons : d'une part, leur structure spéciale, le support des lymphocytes étant ici surtout une charpente épithéliale; d'autre part, le fait que ce sont des organes

transitoires n'existant, actifs et bien développés, que chez le jeune animal.

Comparaison des divers modes d'immunisation pour la production de l'antiprésure. — M. A. Briot. Pour provoquer l'apparition d'antiprésure dans l'organisme, il n'est pas nécessaire d'inoculer la présure active, il suffit de s'adresser à cette même présure annihilée par de l'antiprésure ou détruite par la chaleur. Mais les résultats de ces derniers modes d'immunisation se sont montrés inférieurs à ceux que l'on obtient avec la présure intacte.

Contribution à l'étude du mécanisme de la stérilisation par les liquides anesthésiques (éthéro-exosmoses). — M. L. Camus. 1° Parmi les actions qui se produisent au sein des liquides anesthésiques employés à la stérilisation, il y a lieu de prendre en considération l'exosmose cellulaire.

2° Cette exosmose, au sein des liquides anesthésiques, peut être utilisée comme méthode générale d'étude; elle permet d'obtenir facilement des liquides actifs exempts de microbes, dont l'emploi ne nécessite ni filtration préalable, ni adjonction d'antiseptique.

MÉDECINE PRATIQUE

DE L'ADONIS VERNALIS COMME MÉDICAMENT CARDIAQUE

Roch (de Genève) a prétendu que l'adonis était un médicament infidèle, qui n'avait d'action qu'à des doses intolérables pour les voies digestives. M. Mollard, médecin des hôpitaux de Lyon, dès juillet 1912 s'est élevé contre cette opinion et a rapporté dans la *Revue de l'Enseignement médico-mutuel international* les résultats qu'il a obtenus en employant l'adonis.

Il convient tout d'abord de remarquer qu'il a utilisé l'infusion de la plante alors que Roch s'était servi de teinture d'adonis. Et tandis que ce dernier n'avait obtenu ni action cardiaque, ni diurèse, ni diminution de la dyspnée, M. Mollard a observé des résultats favorables constants et, à côté de cas où l'adonis a joué le rôle de « brillant second » de la digitale, il en a vu d'autres où, la digitale ayant échoué, l'adonis est devenu le médicament héroïque.

Pour appuyer ses conclusions, M. Mollard rapporte deux observations extrêmement intéressantes. Dans l'une, il s'agit d'un cardiopathe chronique ne pouvant vivre qu'avec l'aide continue d'un toni-cardiaque et chez lequel l'adonis, administré après des échecs répétés des préparations de digitale, amena un soulagement immédiat.

Dans l'autre, il s'agissait d'un cœur en état d'asystolie chronique, réagissant admirablement à tous les médicaments cardiaques, mais ne pouvant à aucun moment s'en passer. Parmi les médicaments employés, l'adonis s'est montré l'égal de la digitale et même à certains moments lui est devenu supérieur.

Ce sont là deux observations typiques; on pourrait en citer quantité d'autres qui n'en seraient que la reproduction. Il faut donc admettre à l'heure actuelle que l'adonis vernalis a des propriétés physiologiques et thérapeutiques très sensiblement analogues à celles de la digitale; qu'il a l'avantage sur cette dernière de ne pas s'accumuler; qu'enfin l'adonis vernalis est en même temps un diurétique puissant et qu'il est, à ces divers titres, appelé à rendre les plus éminents services dans le traitement des cardiopathies.

Les Phénomènes dits de matérialisation. Etudes expérimentales, par Juliette Alexandre-Bisson. Préface du docteur J. Maxwell. Un vol. in-8 avec pl. hors texte et fig. dans le texte. — Prix : 12 francs. — Paris, F. Alcan.

NOTE DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'HYPOSYSTOLIE

Un granule à 1/4 de milligramme de digitaline Nativelle ou XII gouttes de la solution au millième pendant 4 ou 5 jours. Interrompre 8 à 15 jours, puis reprendre. Les doses de 1/10 de milligramme poursuivies 10 jours et interrompues 10 jours sont encore préférables.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 18 février, à une heure. — Mlle Saffro. La bilharziose en Egypte. (MM. Blanchard, président; Gaucher, Desgrez et Gougerot.) — M. Tuloup. Eczéma, réaction de défense. Etude pathogénique de l'eczéma. (MM. Gaucher, président; Blanchard, Desgrez et Gougerot.) — M. Hartglas. Diaceturie dans l'appendicite. (MM. Desgrez, président; Blanchard, Gaucher et Gougerot.) — M. Thiébault. Contribution à l'étude des anévrismes de l'arcade palmaire superficielle. (MM. Reclus, président; A. Broca, Branca et Mulon.) — M. Mar. Interventions gynécologiques et psychopathies. (MM. Reclus, président; A. Broca, Branca et Mulon.) — M. Sieramski. Tumeur mixte de la parotide à forme d'angiosarcome chez un enfant de cinq mois. (MM. A. Broca, président; Reclus, Branca et Mulon.)

Jeudi 19 février, à une heure. — M. Nedeff. Contribution à l'étude pharmacologique des asclépiadées. Les calotropis. (MM. Pouchet, président; A. Robin, Richaud et Lecène.) — M. Lemoussu. Scoliose et méthode d'Abbott. (MM. A. Robin, président; Pouchet, Richaud et Lecène.) — M. Jacquemin. Le diagnostic en médecine. Sa genèse intellectuelle, ses fondements, sa critique. (MM. Chauffard, président; Widal, Achard et Nobécourt.) — M. Mekler. Contribution à l'étude des appendicites hématogènes. (MM. Widal, président; Chauffard, Achard et Nobécourt.) — M. Levy. Le bacille diphtérique dans l'organisme et dans la société. (MM. Widal, président; Chauffard, Achard et Nobécourt) — M. Desbouis. Insuffisance glycolitique et insuffisance pancréatique. (MM. Ac hd, président; Chauffard, Widal et Nobécourt.)

NOTES POUR L'INTERNAT

COMPLICATIONS RÉNALES ET SURRÉNALES DE LA SCARLATINE (1)

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic des néphrites scarlatineuses est aisé lorsqu'elles éclatent chez un scarlatineux dont l'affection a été reconnue. L'analyse quotidienne des urines, l'étude quotidienne de la tension artérielle, l'auscultation du cœur, les variations brusques du poids du sujet, l'apparition du syndrome infectieux tardif, une légère bouffissure des paupières, des malléoles, orienteront aussitôt le clinicien vers le diagnostic de néphrite et feront instituer précocement le traitement approprié.

Le diagnostic est difficile quand il s'agit de néphrite aiguë

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 12, p. 191, et n° 15, p. 237.

éclatant brusquement chez un sujet dont la scarlatine a été méconnue. Parfois le diagnostic s'impose, s'il y a de l'anasarque, des urines bouillon sale, etc. Mais on peut méconnaître la néphrite, l'urémie, s'il s'agit d'une forme comateuse, épileptique et surtout d'une forme méningée. Une fois la néphrite aiguë reconnue, on s'efforcera de dépister une scarlatine méconnue. On recherchera la desquamation au niveau des mains, des pieds, de la langue; on s'informera si l'enfant n'a pas eu une angine rouge, avec vomissements et fièvre, s'il n'a pas été au contact de scarlatineux, etc. Parfois, c'est à l'occasion d'une hématurie, d'une crise d'anurie, qu'une scarlatine antérieure sera diagnostiquée.

Le diagnostic se complétera par l'estimation de la valeur fonctionnelle du rein après guérison apparente des accidents aigus; la tension artérielle, l'auscultation du cœur, la recherche de l'albuminurie, les épreuves de l'élimination provoquée (Vaquez), la chlorurie alimentaire, l'épreuve de l'urée (avec dosage dans le sang et le liquide céphalo-rachidien des chlorures et de l'urée), l'épreuve de l'ovalbumine, etc., serviront à discuter ce diagnostic toujours délicat, surtout lorsqu'il persiste une albuminurie résiduale, cicatricielle.

TRAITEMENT. — Le traitement est avant tout un traitement prophylactique; on soumettra le scarlatin au régime lacté exclusif pendant au moins quinze à vingt jours, puis au régime déchloruré et on surveillera régulièrement ses urines lors de la reprise de l'alimentation ordinaire; on veillera à ce qu'il ne s'expose pas au froid. Le régime lacté exclusif, le repos au lit, ou la diète hydrique avec purgatifs, suffisent pour parer aux petits accidents. En cas de néphrite aiguë on prescrira une saignée abondante, la diète hydrique, les enveloppements chauds, des injections d'huile camphrée, des lavements. En cas d'anurie persistante on tentera le cathétérisme des uretères, la décapsulation, la néphrostomie.

II. **Complications surrénales**. — C'est M. le professeur Hutinel qui, dès 1909, a insisté le premier sur la fréquence et l'importance des lésions surrénales au cours de la scarlatine; avant cet auteur, quelques cas isolés en avaient été signalés par Moizard à l'occasion d'une mort subite, par Sergent et Ribadeau-Dumas (1905) à l'autopsie d'une scarlatine maligne, mais c'est à M. Hutinel que revient le mérite d'avoir isolé un syndrome clinique très caractéristique, le *syndrome malin* fréquent dans la scarlatine et qui relève indiscutablement d'une lésion des surrénales.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — A l'autopsie des sujets emportés par des scarlatines hypertoxiques avec symptômes d'insuffisance surrénale, on peut trouver, soit de vieilles lésions latentes jusque-là et que l'infection scarlatineuse a subitement aggravées, soit de grosses lésions massives, hémorragies destructives, ou simples infiltrations sanguines, facilement constatables à l'œil nu. Parfois les altérations ne sont visibles qu'au microscope, elles ont été étudiées par Tixier et Troisier; elles consistent en la disparition de l'état spongiocytaire et de la graisse labile, ce qui pour Bernard et Bigart correspond à l'*hypoépinéphrie*; traitées par l'acide osmique, les cellules de la corticale se teintent vivement en noir, tandis que la médullaire reste claire; la graisse qui forme ces granulations diffère des lipoïdes normaux des surrénales qui se teintent en gris; les cellules semblent ratatinées, leur protoplasma est acidophile ou amphophile, les travées cellulaires sont bouleversées, la zone glomérulaire est plus mince qu'à l'état normal, la zone fasciculée ne présente plus de granulations soudanophiles. Il existe dans la glande de véritables nodules inflammatoires avec dilatation des vaisseaux et hémorragies entre la corticale et la médullaire; il y a donc à la fois des lésions dégénératives et hémorragiques qui aboutissent à la disparition des lipoïdes normaux; en même temps que ces lésions surrénales on trouve aussi des altérations graves du pancréas, de la thyroïde, de l'hypophyse, etc.

Symptômes attribués à la surrénalite scarlatineuse. — Dans les scarlatines malignes, hypertoxiques, il est facile de distinguer certains signes d'insuffisance surrénale tels qu'un accident brutal, un *collapsus*, la *mort subite*. Dans d'autres cas, c'est une scarlatine de moyenne intensité qui s'accompagne tout à coup d'asthénie, de troubles circulatoires, de vomissements inquiétants, d'hypotension artérielle; l'*asthénie* peut être aussi profonde que celle observée dans la maladie d'Addison; la *tension maxima* chez l'enfant peut tomber à 7, 6; la *tachycardie* est très accusée, 150, 200; elle s'accompagne d'*arythmie*, avec tendance aux syncopes qui font croire à de la myocardite; les extrémités sont froides, *cyanosées*, le foie hypertrophié, les urines rares; la *raie blanche de Sergent* s'observe d'une manière constante. On voit apparaître des *érythèmes morbilliformes*, purpuriques, donnant à l'infection un caractère malin; on relève fréquemment des *ulcérations nécrotiques* de la gorge, des amygdales, parfois des *douleurs abdominales*, lombaires, avec vomissements muqueux ou bilieux, des réactions méningées. Chauffard a signalé une hypocholestérinémie durable. Un fait domine la plupart de ces manifestations, c'est la présence chez ces malades, d'une *septicémie à streptocoques*.

C'est cette symptomatologie très souvent rencontrée dans la scarlatine qui représente le *syndrome malin* d'origine surrénale: ce syndrome est constitué d'abord par tous les symptômes que l'on attribue à l'*insuffisance surrénale aiguë* (asthénie, hypotension, tachycardie, arythmie, cyanose des extrémités, douleurs abdominales, vomissements, raie blanche); mais à côté de ces manifestations, il en est d'autres qui donnent au syndrome une allure très spéciale (suppuration du cavum, jetage, ulcérations nécrotiques du voile, des amygdales, des lèvres, modifications de l'éruption accompagnée de taches érythémateuses au niveau des coudes, des rotules, attestant l'existence d'une septicémie souvent démontrée par l'hémoculture). Parfois c'est l'asthénie qui domine, parfois ce sont les troubles circulatoires et l'hypotension, parfois les accidents infectieux septicémiques. Ce syndrome malin n'est pas exclusivement propre à la scarlatine, il se retrouve dans toutes les maladies infectieuses en général, spécialement diphtérie, fièvre typhoïde, érysipèle, infections intestinales, etc.

On peut aussi attribuer à des lésions des surrénales, certains cas de *mort subite* observés au cours de la scarlatine, ainsi qu'un certain nombre de scarlatines dites *malignes*, étudiées par Borsieri, Trousseau, Sanné et divisées en formes foudroyantes, formes ataxo-adynamiques, formes hémorragiques et formes gastro-intestinales, avec ulcérations laryngées, engorgement ganglionnaire. Il faut cependant se garder de généraliser: M. le professeur Hutinel s'élève tout le premier contre la tendance qui consiste à rapporter à des lésions surrénales tous les cas où le syndrome malin est observé au cours de la scarlatine: les troubles circulatoires peuvent en effet relever d'une myocardite, il peut exister d'ailleurs d'autres lésions très importantes qu'il ne faut pas négliger (*lésions hépatiques* [Teissier et Bénard], rénales, pancréatiques, thyroïdiennes, hypophysaires, etc.). L'action utile de l'adrénaline ne doit pas faire conclure non plus nécessairement à une lésion des surrénales. Il n'en est pas moins vrai que la constatation au cours de la scarlatine du syndrome malin, tel que nous venons de le décrire, doit faire songer tout d'abord à une lésion des surrénales et doit faire administrer aussitôt l'adrénaline, sauf à recourir à la digitale s'il s'agit de myocardite par exemple ou, en cas de lésions pluriglandulaires, à essayer diverses opothérapies.

BIBLIOGRAPHIE. — HUTINEL. *Traité des maladies des enfants*, t. I. — CASTAIGNE. *Manuel des maladies des reins*. — DIEULAFOY. *Manuel de pathologie*. — LEVADITI. La scarlatine expérimentale, *Biologie médicale*, janvier 1913. — TISSIER. Complications rénales de la scarlatine, Revue générale, *Gaz. des hôp.*, 1888. — NOBÉCOURT et DARRÉ. *Bull. soc. de pédiat.*, 1905. — GOUGET. Les séquelles de la scarlatine, *Gaz. des hôp.*, 1909. — NOBÉCOURT. *La Clinique*, mars 1910. — Mlle VASSEUR. *Les néphrites hémorragiques chez l'enfant*, Th. de Paris, 1910. — HUTINEL. La néphrite hématurique de la scarlatine, *Progrès médical*, 1913; — Septicémie et altérations glandulaires dans la scarlatine, *Arch. de méd. des enfants*, mars 1911. — L. TIXIER et J. TROISIER. La surrénalite et la pancréatite scarlatineuse, *Arch. de méd. des enfants*, mai 1912. — HUTINEL. La lésion des capsules surrénales dans la scarlatine, *Arch. f. Kinderheilkunde*, t. LX-LXI; — Le syndrome malin dans la scarlatine, *Bull. méd.*, mars 1913.

Le Directeur-gérant: Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **10** francs par an.
Étudiants étrangers, **15** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **5** fr. **50**. — 6 mois : **11** fr. — 1 an : **20** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Galliard, Klippel, Lion, Letulle, Claisse, Méry, Alex. Renault, Lesné, Gouget, Hirtz, Marion et Roger.

— CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HOPITAUX. — *Lecture.* — Séance du 11 février. — MM. Baldenweck, 29; Rouget, 26; Halphen, 27.

Les épreuves cliniques auront lieu à neuf heures du matin, le 16 février à l'hôpital Lariboisière, le 20 février à l'hôpital Laënnec et le 23 février à l'hôpital Saint-Antoine.

LA RÉFORME DU CONCOURS DE L'INTERNAT. — Au moment où disparaît l'ancien concours de l'internat, nous croyons intéressant, au point de vue statistique, de publier le tableau ci-dessous :

Ce tableau que nous avons déjà publié en 1913 (n° 65, p. 1067) avait été établi par les soins de l'administration de l'Assistance publique pour éclairer la commission de réforme du concours. Il est mis à jour pour 1913-1914.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le Conseil supérieur de l'instruction publique a terminé l'examen des projets relatifs à l'enseignement médical et les a adoptés. L'un de ces projets organise les enseignements complémentaires et de perfectionnement institués dans les facultés de médecine. Un autre crée un véritable statut des agrégés de médecine.

Le Conseil supérieur s'est également prononcé en faveur d'un projet d'arrêté relatif à l'organisation des concours d'agrégation dans les facultés de médecine et dans les facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

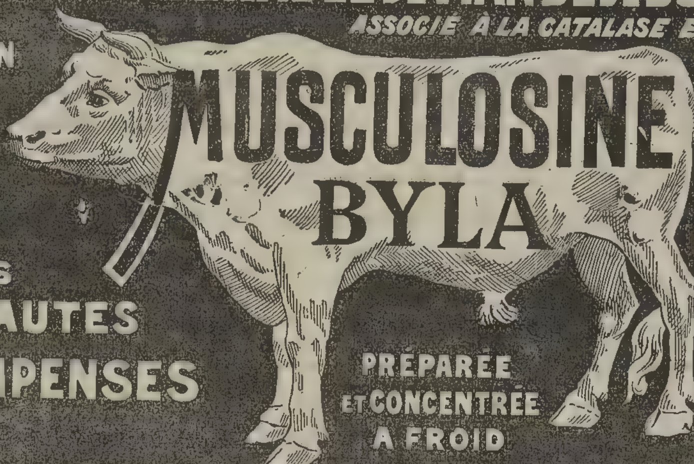
ÉCOLES DE MÉDECINE. — CAEN. — Un concours s'ouvrira, le 9 novembre 1914, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen.

— Un concours s'ouvrira, le 23 novembre 1914, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Le lundi 16 mars 1914, à une heure précise, il sera ouvert, à l'asile clinique, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Evrard, Villejuif, Maison-Blanche, Moisselles

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU CONCOURS DE L'INTERNAT EN MÉDECINE

ANNÉES.	NOMBRE de candidats inscrits.	NOMBRE de copies remises.	NOMBRE de candidats ayant lu l'anatomie.	NOMBRE de candidats ayant lu la pathologie.	NOMBRE de candidats ayant lu les deux copies.	NOMBRE de candidats ayant douze inscriptions et au-dessus.	NOMBRE de candidats ayant moins de douze inscriptions.	NOMBRE de candidats ayant plus de quatre concours.	NOMBRE de candidats nommés	
									titulaires.	provisoires.
1909........	672	463	219	265	206	442	230	45	65	80
1910........	718	504	329	295	277	471	247	77	66	89
1911........	706	558	304	324	282	440	266	76	67	101
1912........	752	627	361	403	336	471	281	83	67	105
1913........	748	592	377	358	323	475	273	82	67	99


TRAITEMENT DE L'ANÉMIE, NEURASTHÉNIE
ET DE TOUS LES ETATS CONSOMPTIFS
SUC PUR INALTÉRABLE DE VIANDE DE BŒUF CRUE
ASSOCIÉ À LA CATALASE ET AUX OXYDASES
OXYHÉMOGLOBINIQUES
LE FLACON ENTIER 8 FRANCS
MUSCULOSINE
BYLA
LE DEMI FLACON
4 Fr 50
LES PLUS HAUTES RÉCOMPENSES
DOSE MOYENNE
4 Cuillerées à soupe par Jour pour Adultes, 4 Cuillerées à dessert pour les enfants.
PRÉPARÉE ET CONCENTRÉE A FROID
ABSENCE TOTALE DE TOUS GERMES NOCIFS
LES ÉTABLISSEMENTS BYLA
GENTILLY (SEINE)

et l'infirmerie spéciale des aliénés à la préfecture de police).

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, service des aliénés, premier bureau annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à midi et de deux à cinq heures. Le registre d'inscription sera ouvert du samedi 14 au samedi 28 février 1914, inclusivement.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le professeur Pozzi est élevé à la dignité de grand officier de la Légion d'honneur.

— Sont nommés :

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Bouchereau (d'Oudjda), Gromier (de Rabat), Gueytat (du Maroc).

Au titre étranger :

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur Franciosi, conseiller d'Etat de la république de Saint-Marin.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle du 8 février 1914 :

Médecin principal de première classe. — M. Ruotte est nommé sous-directeur de l'école du service de santé et médecin chef de l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes à Lyon.

Médecins-majors de première classe. — MM. Roy passe à l'hôpital militaire Villemin à Paris; Faivre, à l'hôpital militaire de Sedan; Lehmann, à l'hôpital militaire Villemin à Paris; Galley, à l'hôpital militaire du camp de Châlons; Bizouard, à l'hôpital militaire de Grenoble; Trassagnac, au 104e d'infanterie.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Desse est maintenu au 16e escadron du train des équipages; Fischer passe au 168e d'infanterie; Gaimard, au 5e d'artillerie à pied; Donier, au 82e d'infanterie; Boulin, au 108e d'infanterie; Poirée, au 52e d'infanterie; Lemoine, aux troupes d'occupation du Maroc occidental; Egmann, au 35e d'infanterie; Carayon, à l'école militaire du génie à Versailles; Morisot est désigné pour l'Algérie; Scherrer passe au 6e chasseurs à cheval; Théobalt, au 141e d'infanterie.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Badie passe au 21e bataillon de chasseurs à pied; Maisonnet, au 5e escadron du train des équipages; Baur, au 11e d'artillerie de campagne; Labastie, au 167e d'infanterie; Blondel, aux troupes d'occupation du Maroc occidental; Bertret est désigné pour la Tunisie; Bouissou passe au 30e d'infanterie; Boissezon est mis hors cadres aux troupes d'occupation du Maroc occidental; Poursain passe au 59e d'artillerie.

Médecin aide-major de première classe de réserve. — M. Dufaure de Citres passe aux troupes d'occupation du Maroc occidental.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — COURS PRATIQUES D'ORTHOPÉDIE (4e année). — M. le docteur Denucé, professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédie, et M. le docteur Gourdon, directeur du service de massage et gymnastique orthopédique de l'hôpital des enfants, démonstrateur technique d'orthopédie à la Faculté, commenceront, le mardi 17 février, à quatre heures de l'après-midi, les cours pratiques d'orthopédie.

Ces cours auxquels sont admis les docteurs et les étudiants en médecine seront continués chaque mardi à la même heure.

L'ORCHESTRE MÉDICAL organise une grande soirée artistique, à la salle Gaveau, 47, rue de la Boétie, pour le jeudi 26 février 1914, au bénéfice de l'Œuvre du Preventorium de Tumiac.

Cette œuvre, patronnée par Mme Achille Fould et MM. les professeurs Guyon et Letulle, recueille des jeunes garçons de cinq à douze ans et reconstitue leur santé par un séjour au bord de la mer; l'établissement est situé dans la presqu'île de Rhuys (Morbihan).

L'Orchestre médical, qui s'est placé au rang des premières sociétés symphoniques, comprend 85 exécutants sous la direction de M. Büsser, chef d'orchestre à l'Opéra; il donnera ce huitième concert avec le concours de la Société chorale Guillot de Sainbris, de Mlle Laskine (harpiste) et de Mlle Adda Miguel (cantatrice).

Au programme : Symphonie (Jupiter), de Mozart; Divertissement des jeunes Ismaélites (Berlioz); Mélodies de Paul Vidal; Pièce de concert pour harpe de Büsser; Solitude (Sully Prud'homme), de G.-R. Simia; Scherzetto d'Albin Guillot; Pavane de *Patrie; Siegfried-Idyll* de R. Wagner; Marche héroïque de Saint-Saëns.

Prix des places : 2 francs, 3 francs, 4 francs, 5 francs, 10 francs. Quelques loges du prix de 150 francs.

Toute souscription d'une loge donne droit au séjour de trois mois, pour un enfant, au Preventorium.

On trouve des billets à la salle Gaveau.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 23 AU 28 FÉVRIER 1914

EXAMENS DE DOCTORAT

Mercredi 25 février, à une heure. — 1er fin d'année (anatomie, N. R.), *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

3e (oral, 1re partie).

5e (obstétrique, 1re partie), *Laënnec*.

5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

Jeudi 26 février, à une heure. — 1er fin d'année (anatomie, N. R.), *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

2e.

3e (oral, 1re partie, 1re, 2e, 3e et 4e séries).

Vendredi 27 février, à une heure. — 1er fin d'année (anatomie, N. R.), *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (oral, 1re partie, 1re et 2e séries).

3e (oral, 2e partie).

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

Samedi 28 février, à une heure. — 1er fin d'année (anatomie, N. R.), *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (oral, 1re partie, 1re et 2e séries).

3e (oral, 2e partie).

4e (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier*.

RENSEIGNEMENTS

501. — **ASILE DÉPARTEMENTAL D'ALIÉNÉS DE FAINS (MEUSE).** — On demande un interne à l'asile d'aliénés de Fains (Meuse); 800 francs par an, nourriture, logement, etc.; adresser les demandes avec certificat de scolarité au directeur de l'asile.

502. — **BONNE MASSEUSE**, diplômée, attachée à grand service de chir. des hôpit. de Paris. — POURTALÈS, 5, r. Flatters, Ve.

503. — **18, AVEVUE NIEL, 18** (quartier de l'Etoile), près avenue des Ternes, est à vendre à très bas prix, mais de suite, un luxueux et artistique mobilier. Conviendrait à Docteur. Objets d'art, bronzes, marbres, tableaux, pastels signés tous de noms connus et authentiques. Salle à manger, 2 chambres dont une unique avec armoire 5 portes. Un salon Aubusson et un autre doré. Bergère, très beaux tapis. Tapisseries. Ravissant bureau de dame. Colonnes marbre. Bahut panneaux vernis Martin. Vitrine collection Saxes, Sèvres. Miniatures appareils appliques et lampes électriques, etc.

Vu l'urgence, on recevra à toute heure. On vendra le tout, ou objet par objet.

REVUE GÉNÉRALE

LES OSTÉOPATHIES BLENNORRAGIQUES

Par P. BERTEIN,
Répétiteur à l'Ecole du service de santé militaire.

I

Définition. Historique. — Parmi les complications qui peuvent surgir au cours de la gonococcie, celles qui portent sur les synoviales articulaires et tendineuses sont bien connues ; leurs formes, tant anatomiques que cliniques, sont parfaitement étudiées et l'on fut longtemps à penser qu'au niveau des membres les synoviales étaient seules capables de réagir au gonocoque. Si Fournier, dès 1869, parle déjà de périostite et périostose, Mauriac, en 1883, dans ses leçons sur les maladies vénériennes, se contente de dire que « le catarrhe spécifique de l'urètre peut, dans quelques cas, produire des tuméfactions du périoste » ; et Audry, dans un de nos plus récents « Précis de vénéréologie », ajoute peu à cette vague affirmation en déclarant : « On a constaté, au cours de la chaudepisse, des périostites légères de la crête tibiale et du segment postérieur du calcanéum. »

A propos de la fameuse talalgie blennorragique, n'est-il pas curieux de constater que Swediaur parle déjà du calcanéum gonflé, alors qu'après lui tant d'hypothèses sont soulevées touchant cette complication, sans que de longtemps on songe à incriminer l'os comme point de départ habituel des phénomènes douloureux. C'est Jacquet, en 1892, qui établit nettement le rôle des altérations squelettiques dans les localisations gonococciques des membres. Les quelques observations publiées dans la suite forment le fond de la thèse de Philippet (1901).

En dehors des cas isolés, la plupart dus à Hirtz, nous citerons comme autre travail d'ensemble celui de Durand et Nicolas présenté à la Société de chirurgie de Lyon « sur l'ostéo-périostose blennorragique des os longs des membres » (1907).

Trois observations personnelles rapportées récemment devant la même société, par Gangolphe, nous ont incité à donner un aperçu général de ces complications méconnues de la blennorragie.

II

Anatomie pathologique. — Des documents radiographiques, quelques résultats d'intervention opératoire portant au niveau de la région talonnière, en particulier, voire un examen nécropsique (Debove), seront les éléments de cette étude anatomique.

Nous distinguerons, suivant la localisation prédominante des lésions, trois formes :

La périostite simple.
L'ostéo-périostite hypertrophique.
L'ostéo-myélite gonococcique.

Mais, nous avons hâte de faire remarquer ce qu'a d'artificiel cette division. La moelle, comme le dit Gangolphe, baigne l'os entier, elle en rend les diverses parties solidaires. Cette solidarité anatomique commande aussi la solidarité des réactions en pathologie. Quand la moelle s'enflamme, et c'est par elle que toute infection osseuse commence, c'est tout entière qu'elle réagit.

Dans la blennorragie, comme dans toute infection, il ne saurait donc y avoir, au point de vue anatomique strict, ni périostite, ni ostéite, ni médullite isolée ; les appellations précédentes dont nous sentons l'imperfection, n'indiquent que le siège prédominant des lésions.

I. Périostite simple. — Elle répond au premier degré des complications squelettiques. C'est la simple fluxion inflammatoire frappant un point osseux de façon passagère, ou ne constituant que la forme de début d'une des variétés suivantes. Elle a une existence surtout clinique et la radiographie ne la révèle pas. On peut cependant, et Fournier y a insisté, dans le cortège des douleurs susceptibles d'apparaître chez les blennorragiens, faire la part de celles qui dépendent de la congestion périostée. Nous y insisterons donc plutôt à propos de la symptomatologie.

Disons que cette forme est la plus fréquente des ostéopathies blennorragiques et on l'observerait plus souvent encore si, se rappelant les caractères cliniques que nous assignerons plus loin à ces périostites, l'on n'avait pas toujours tendance à rapporter les douleurs des blennorragiens à la réaction des seules parties molles.

Elles siègent surtout au niveau des *points proéminents du squelette*. Le calcanéum et les extrémités métacarpiennes ou métatarsiennes en sont de beaucoup les sièges d'élection, comme ils sont aussi ceux au niveau desquels nous verrons se localiser tout à l'heure la seconde forme. Au calcanéum la périostite simple sous ou rétrocalcanéenne est susceptible d'expliquer à elle seule la talalgie à son début qui, plus tard, se révélera sur l'écran radiographique par une exostose ; et point n'est besoin, pour expliquer ces talalgies d'apparence *sine materia*, d'invoquer la bursite achilléenne ou de Lenoir. Nous y reviendrons plus loin, mais nous dirons dès maintenant que, pour nous, la *talalgie gonococcique est dans tous les cas une complication osseuse* : simple périostite, tout d'abord, avec productions ostéistiques consécutivement.

Ces localisatious aux extrémités ne sont pas les seules. On a signalé ces accidents périostiques sur la crête tibiale, à l'épitrochlée, à la tête du cubitus, au grand trochanter, à la tête du péroné, à l'épine de l'omoplate ; plusieurs de ces localisations pouvant, au reste, coexister chez le même malade (Fournier).

II. Ostéo-périostite hypertrophique. — Elle fait suite à la périostite simple par des transitions, avons-nous dit, insensibles, en parlant de la talalgie. Un point mérite, de suite, d'être mis en relief : c'est la part respective qui revient au périoste et à l'os même dans l'hypertrophie du squelette. Fournier avait déjà insisté sur le rôle prépondérant du périoste dans la production des ostéopathies blennorragiques (périostoses). La radiographie montre, péremptoirement, le bien fondé de cette opinion.

La part de l'os dans l'hypertrophie des os longs blennorragiques est toujours minime. Avec Hirtz, nous insisterons sur la disproportion énorme existant entre le développement de l'os apprécié à la main et l'état du squelette étudié sur la plaque radiographique. Toujours, le squelette apparaît bien moins gros qu'on ne l'avait supposé. Il arrive même, comme l'ont observé Durand et Nicolas, Hirtz et nous-même, que l'on est fort surpris d'avoir apprécié énorme, au toucher, un os que les rayons X nous révèlent ensuite comparativement avec le côté opposé de dimensions normales ou à peu près.

Dans une observation de Hirtz et Delamare, tel était le volume cliniquement appréciable du fémur, que certains observateurs purent dans un concours faire le diagnostic de sarcome. Chez un de nos malades, l'os était assez gros pour que d'aucuns puissent penser à une ostéo-myélite prolongée du fémur.

Tout plaide en faveur de la nature surtout périostée de ces localisations blennorragiques. La part de l'os dans la production de l'hypertrophie ne s'accuse que dans quelques rares observations (Hirtz) par un léger épanouissement de l'ombre foncée de l'os même. Il s'agit surtout d'une infiltration plastique du périoste, à un degré avancé il aura pu fabriquer du tissu osseux nouveau, mais cette néoformation est rarement considérable, elle est formée de tissu jeune, et l'on s'explique que ces lésions qui donnent pourtant l'impression clinique de masse dure osseuse, soient ou bien absolument transparentes aux rayons X, ou bien ne donnent qu'une ombre légère, sorte de pénombre entourant l'ombre compacte de l'os, cette dernière ne s'élargissant que peu ou pas du tout. Nous ne saurions mieux comparer ces lésions qu'à celles de l'ostéome du coude au début, où l'on est toujours surpris, encore qu'on en soit prévenu, de trouver sur la plaque radiographique, là où le palper avait perçu un bloc résistant volumineux, une zone transparente, à peine tachetée de quelques ombres légères.

Ces réserves faites touchant la signification anatomique exacte de ces ostéo-périostites, précisons-en le siège et les variétés.

Elles s'observent aux extrémités, incomparablement plus souvent qu'au niveau des os longs des membres.

1° Ostéo-périostite des os longs. — Elle se localise dans la plupart des cas à la *région épiphysaire* ou paraépiphysaire, là où l'activité ostéo-génétique est la plus intense. Elle coexiste habituellement au reste avec l'infection de l'articulation adjacente.

Tantôt elle apparaît limitée, formant une tuméfaction implantée sur l'os, tantôt elle épaissit en masse ce dernier remontant plus ou moins haut le long de la diaphyse. C'est au membre inférieur qu'on l'observe de préférence : extrémité inférieure du fémur (Hirtz, Launois, Couteaud, Durand, Villard); extrémité supérieure (Claisse, Philippet) ou inférieure (Ozenne, Achard) du tibia.

Les ostéo-périostites du membre supérieur sont plus rares (Achard, Launois).

Le gonocoque peut au reste frapper à la fois plusieurs points du squelette.

A côté des faits précédents, nous pouvons signaler les deux localisations ci-après :

Sternum et bord externe du sacrum (Fournier);
Moitié interne de la clavicule gauche (Hirtz).

2° Ostéo-périostites des extrémités. — Nous retrouvons ici la disproportion des lésions périostées et osseuses proprement dites sur laquelle nous avons tout à l'heure insisté. Elle est toutefois moins accusée, et la radiographie donne des résultats plus fréquemment positifs que dans la variété précédente attestant la part plus considérable prise par l'os dans la production de la néoformation. Celle-ci se localise encore au niveau des zones épiphysaires. Le calcanéum lui-même n'échappe pas à cette règle et les lésions y prédominent dans la région d'union du noyau épiphysaire postérieur au noyau principal, là où s'implantent les tubérosités.

Nous étudierons ces ostéo-périostites *au pied* où on les observe surtout. Là elles frappent souvent concomitamment, comme chez un de nos malades, l'avant-pied et le calcanéum (pied blennorragique).

a. *Avant-pied.* — Ce sont les têtes métatarsiennes qui sont électivement frappées. Do Amaral a montré la fréquence de leurs altérations au cours de la polyarthrite déformante. On les rencontre de préférence au niveau des *premier et cinquième métatarsiens*, surtout du premier. Ce sont des épaississements en masse ou partiels des têtes osseuses, ou encore il s'agit de petites végétations ostéophytiques hérissant ces têtes. Ces altérations, en définitive, déforment l'articulation, d'autant que la base phalangienne correspondante peut aussi, bien que moins souvent, offrir semblables altérations. Il en résulte des déviations, des subluxations (au niveau du gros orteil un hallux valgus) à la production desquelles concourt encore la rétraction des parties fibreuses périphériques. A noter aussi l'*aspect clair* que présente parfois dans ce cas le tissu osseux phalangien et métatarsien. Il y a là un état atrophique de l'os que l'on a comparé à la raréfaction osseuse au voisinage des jointures atteintes de rhumatisme déformant. La radiographie décèle, au reste, cette raréfaction au niveau non seulement des extrémités dans la blennorragie, mais parfois au voisinage aussi des grosses articulations et Kienbock y a tout particulièrement insisté au niveau du poignet.

b. *Calcanéum.* — Celui-ci est susceptible de présenter des lésions d'ostéo-périostite, soit généralisées, hyperostoses, dirons-nous, soit localisées, ce sont alors des exostoses. L'hyperostose totale est connue depuis un certain temps, l'histoire des exostoses, en France du moins, ne date que d'hier.

Hyperostose calcanéenne. — Elle fut entrevue par Jacquet en 1892 et affirmée par lui en 1897 après vérification, à l'autopsie d'un malade de Debove, du diagnostic porté pendant la vie. C'est là, la seule pièce anatomique qui put être étudiée, d'ailleurs succinctement, concernant notre sujet, ce calcanéum était gros, il ne s'agissait pas seulement de périostite, mais d'une véritable « calcanéite ossifiante ».

Cette forme hyperostosante de la talalgie est au reste rare. Jacquet qui l'a décrite n'en possédait que 2 cas sur 13 talalgiques. Voisin en rapporte 1 sur 12 malades.

Exostoses calcanéennes. — L'histoire générale de ces exostoses date à l'étranger de 1895 (Painter), en France, de 1909 seulement (Reclus et Schwartz). Dans leur étiologie, il faut faire une part importante à la blennorragie.

Outre les preuves cliniques de cette origine, dans quelques cas la démonstration décisive de l'intervention possible du gonocoque dans la détermination de ces exostoses a été fournie par la bactériologie. Plusieurs auteurs, et Baer, le premier, ont réussi, malgré la difficulté, à cultiver le tissu de l'exostose et à identifier le diplocoque spécifique.

On en connaît classiquement deux variétés : sous et rétrocalcanéenne, cette dernière plus fréquente. Les exostoses sus-calcanéennes, décrites récemment par Mohr, sont discutables, et Scharf a montré que leurs aspects radiographiques ressemblaient à ceux fournis par l'os trigone plus ou moins détaché du corps astragalien.

Cette variété nouvelle demanderait donc confirmation. Leur origine blennorragique n'a, du reste, pas été signalée.

Les exostoses calcanéennes ont une *forme en éperon* ou épine attestée par la radiographie. Les interventions précisent ces données en montrant l'implantation de l'exostose sous-calcanéenne au *niveau de la tubérosité calcanéenne interne*. Toujours l'opérateur la découvre plus petite que ne l'avait montrée la radiographie. Elles sont toujours de dimensions modérées et habituellement bilatérales.

Sous l'exostose on trouve parfois une bourse séreuse enflammée. Cette bursite sous-calcanéenne fit longtemps à elle seule les frais de l'explication pathogénique de la talalgie. Elle n'est que secondaire au développement de l'exostose qui mérite alors de rentrer dans la catégorie des « exostosis bursata » (Rindfleisch).

La description qu'avait faite Lenoir d'une bourse séreuse normale sous-calcanéenne a été controuvée par nombre d'auteurs (Reclus, Labernardie). La bursite talonnière peut intervenir dans la production des douleurs mais n'en est pas le primum movens. Janowski s'étant contenté d'extirper un hygroma sous-calcanéen, les douleurs disparurent pour réapparaître bientôt, ne cédant qu'à une deuxième opération au cours de laquelle l'épine osseuse, cause de tout le mal, fut abrasée.

Brousse et Berthier, qui font jouer un rôle important chez les talalgiques à la bursite, trouvèrent, chez un de ces malades, dans l'épaisseur de la paroi de l'hygroma extirpé, un petit corps dur. Le malade guérit. Vue à la lumière des faits récents, nous interpréterions volontiers cette observation comme un cas d'exostosis bursata.

En arrière du calcanéum où existe, normalement, une bourse séreuse pré-achilléenne profonde, on peut voir fréquemment une exostose sous-jacente, par l'irritation chronique de sa paroi, amener l'inflammation de la bourse, mais celle-ci, à l'inverse de la bourse sous-calcanéenne, préexiste anatomiquement à l'exostose.

III. **Ostéo-myélite aiguë gonococcique.** — Nous avons trouvé, désignées sous cette appellation, deux observations probantes seulement, auxquelles nous pouvons ajouter un troisième cas, rapporté par nous et dû à Gangolphe.

Dans les faits d'Ullmann et de Cüpler, l'intervention opératoire permit de faire quelques constatations anatomiques, trop succinctes, malheureusement.

Dans le premier (Ullmann), il est dit que la trépanation en plusieurs points de l'épiphyse humérale inférieure, fit sortir, du canal de la moelle, du pus dans lequel les cultures décelèrent le diplocoque spécifique.

Dans le second (Cüpler) l'arthrotomie de l'épaule gauche révéla l'existence d'une tête humérale altérée offrant une cavité dans laquelle on curetta des petites parcelles osseuses nécrosées baignant dans le pus. Ici encore, l'examen bactériologique attesta la nature blennorragique de la suppuration osseuse.

III

Etude clinique. — Un fait doit au préalable être bien mis en lumière. Les ostéopathies blennorragiques apparaissent, ou bien isolément, c'est le cas le plus souvent des localisations calcanéennes, ou bien au niveau des os longs, surtout; ostéopathies et arthropathies coexistent. Nous essaierons de préciser plus loin leurs relations exactes.

I. **Périostite aiguë.** — Les signes physiques sont ici absents, avons-nous déjà vu à propos de l'anatomie pathologique : un seul symptôme fonctionnel existe, la *douleur*, dont Fournier a défini les caractères spéciaux.

Spontanément, et c'est le plus habituellement au niveau d'un point saillant du squelette, le malade éprouve une souffrance sourde. Au doigt, cette souffrance provoquée se circonscrit à un point très localisé sur une surface égale à une pièce de un ou deux francs, à peu près. En dehors de cette zone, aucune sensation douloureuse n'est réveillée à la pression.

Cette localisation aussi nette de la douleur est caractéristique et c'est sur elle que l'on s'appuiera pour affirmer la participation du périoste à l'infection.

Ces périostites ne déterminent pas pour leur compte de réaction générale. Les téguments superficiels sont intacts. Dans certains cas, il existe un état congestif de la peau.

Nous avons, depuis que notre attention est attirée sur ces complications blennorragiques, rencontré de temps à autre chez les malades ces douleurs à type périosté.

Elles sont habituellement fugaces : après huit ou quinze jours tout disparaît. D'autres fois les signes physiques, absents jusqu'alors, apparaissent et insensiblement s'installe la forme suivante.

II. **Ostéo-périostite hypertrophique.** — Les symptômes fonctionnels deviennent ici très marqués.

1° Os LONGS. — Tuméfaction limitée implantée sur un point squelettique; plus souvent épaississement

en masse d'une épiphyse remontant plus ou moins haut le long de la diaphyse ; tuméfaction dure, indolore, tenace, sans réaction inflammatotre ; voilà comment se présente cette variété d'ostéopathie.

Cliniquement, elle se rapproche des hyperostoses syphilitiques ; l'absence des douleurs nocturnes et les antécédents font la distinction.

Comment apparaît la tuméfaction ? Ou bien elle est progressive, précédée de quelques douleurs peu marquées. Il s'agit là véritablement d'une ostéo-périostite chronique ; ou bien voici comment les phénomènes se présentent, à la lecture de quelques observations.

Il s'agit alors d'un jeune adulte à blennorragie persistante, contractant, à un moment donné, une arthrite aiguë, généralement du genou. Celle-ci, amendée au bout d'un laps de temps toujours long, l'œdème des parties molles résorbé, l'observateur note, sous une couche musculaire amaigrie, une hypertrophie notable du fémur remontant, depuis l'articulation, plus ou moins haut sur la diaphyse, épaississant souvent aussi le chapiteau tibial.

Ici donc, c'est au décours de l'arthrite que la tuméfaction est remarquée, son mode de début a échappé, toute l'attention s'étant portée sur l'arthrite. Il s'agit alors, dit-on, d'une réaction ostéo-périostée au voisinage du foyer articulaire.

Mais, ne peut-on penser aussi que, dans certains cas du moins, l'arthrite a succédé à l'infection osseuse primitive et qu'une observation attentive décélerait parfois l'os comme le premier frappé. C'est ce diagnostic d'ostéo-myélite primitive qu'avait porté Gangolphe chez son malade ; c'est celui aussi auquel nous avions songé rétrospectivement chez celle de Villard. Ces ostéo-périostites hypertrophiques pourraient donc être envisagées parfois comme le reliquat d'anciennes poussées aiguës d'ostéo-myélite.

2° Ostéo-périostites des extrémités. — Elles se localisent, avons-nous vu, à la fois ou isolément à l'avant-pied et au calcanéum.

Avant-pied. La déformation succède à l'arthrite des petites articulations des doigts ou des orteils. Elle revêt deux aspects cliniques différents :

Ou bien toute tuméfaction des parties molles étant disparue, il persiste un aspect spécial des phalanges en fuseau (doigt en radis).

Ou bien c'est au niveau des têtes métatarsiennes que subsiste un certain degré d'épaississement au niveau du premier métatarsien principalement. Cet épaississement quand il n'est pas régulièrement réparti amène une déviation des orteils, et il existe un véritable *hallux valgus blennorragique* dont nous avons pu donner des radiographies probantes.

Calcanéum. — Les ostéo-périostites hypertrophiques du calcanéum bien plus fréquentes que les précédentes succèdent à la simple périostite du talon sans déformation : « Je n'hésite pas, dit Jacquet, à considérer la talalgie non déformante comme le premier degré de la talalgie hyperostosante. » Le point de passage de l'une à l'autre est impossible à définir cliniquement, et il n'est qu'un élément de diagnostic certain de ces ossifications : c'est la radiographie. Tout blennorragien souffrant depuis quelque temps des talons doit être radiographié.

Sauf dans les formes rares de calcanéite hyperostosante totale, où le talon apparaît à l'inspection et surtout au palper hypertrophié en masse, remplissant la main qui le palpe, habituellement dans les formes localisées, dans les exostoses calcanéennes proprement dites, l'exploration ne révèle qu'une douleur sourde sous ou rétrotalonnière exagérée dans la station debout et la marche.

Cette douleur recherchée à la pression du doigt est éveillée en un point précis toujours le même pour la variété sous-calcanéenne la plus fréquente. Elle est élective en une zone limitée à environ 2 centimètres du rebord postérieur du talon presque au centre, un peu plus près cependant du bord interne, dans une région qui répond à la partie antérieure de la tubérosité calcanéenne interne, point d'implantation ordinaire, avons-nous vu, de la végétation.

Quand celle-ci est volumineuse, elle soulèverait « en dos d'âne », dit Reclus, les parties molles talonnières, pourrait se percevoir au toucher, et, chez un malade dont nous avons publié l'observation, on percevait une résistance particulière au doigt ; mais il ne faut pas compter sur cette manifestation exceptionnelle. La talalgie, voilà l'unique symptôme de ces exostoses. La radiographie peut seule en attester la présence. Nous avons vu plus haut leur aspect en éperon aux rayons X.

III. **Ostéo-myélite aiguë**. — Trois observations en ont été publiées :

Dans la première (Ullmann), il s'agissait d'une ostéo-myélite du tiers inférieur de l'humérus gauche.

Dans la deuxième (Cupler), l'infection était localisée à l'épiphyse supérieure du même os.

Chez la malade de Gangolphe, c'était l'épiphyse fémorale inférieure qui était frappée.

Chez ces trois malades, blennorragiens avérés, les accidents évoluèrent à la façon des accidents ostéomyélitiques en général : symptômes d'infection générale, fièvre élevée ; symptômes locaux, douleurs vives, aspect phlegmoneux du membre.

L'intervention effectuée dans les deux premiers cas attesta la présence de pus blennorragique dans la moelle et le microscope y décela le gonocoque.

Chez le malade de Cupler, l'articulation de l'épaule était envahie. Ullmann signale chez le sien que l'articulation du coude ne contenait pas de pus. La guérison cependant survint par ankylose.

Nous ne pouvons insister davantage sur cette forme d'ostéopathie gonococcienne. Chez les jeunes sujets atteints d'ostéo-myélite, des examens attentifs, le microscope décèleraient peut-être plus souvent cette variété étiologique des infections osseuses.

IV

Diagnostic. — Les osthéopathies gonococciennes seraient plus souvent reconnues, si l'on n'avait l'habitude de rapporter les phénomènes douloureux accusés par les blennorragiens exclusivement à l'infection des parties molles synoviales. Un fait est à mettre en lumière aussitôt, et nous y insistons dans

le chapitre étiologie : seule la blennorragie grave peut frapper le système osseux.

I. **Périostite.** — C'est la *localisation précise et tenace* de la douleur à la pression au niveau d'un *point du squelette, saillant* en général, qui fera différencier dans la blennorragie la douleur due à la fluxion périostée et celle plus diffuse en rapport avec l'infection d'une bourse séreuse ou d'une synoviale articulaire ou tendineuse. La notion des commémoratifs fera distinguer la périostite blennorragique des autres périostites infectieuses et des douleurs de croissance. Hardivollier a décrit ces dernières au niveau du calcanéum où elles peuvent simuler la talalgie blennorragique mais, outre l'étude des antécédents, elles apparaissent vers l'âge de dix ans, plus tôt par conséquent que les manifestations squelettiques gonococciques.

II. **Ostéo-périostite hypertrophique.** — 1° Os longs. — Il est aisé de rapporter à l'infection vénérienne les tuméfactions squelettiques apparaissant au voisinage d'un foyer d'arthrite blennorragique. Il importe cependant de ne pas confondre ces épaississements osseux avec les œdèmes, durs parfois, qui diffusent plus ou moins à distance des articulations infectées.

Dans une autre variété d'ostéo-périostite des os longs, dans celle qui évolue indépendamment d'une localisation articulaire, lentement et sans douleur, la confusion est possible avec des productions analogues tuberculeuses ou syphilitiques.

Outre la recherche des anamnestiques, la *tuberculose osseuse* se reconnaîtra à son évolution vers la suppuration, l'ouverture et la fistulisation.

La *syphilis* sera plus malaisée à différencier. Fournier y a tout particulièrement insisté ; les douleurs ostéocopes à exaspération nocturne, les stigmates, au besoin le traitement d'épreuve caractériseront les « périostoses syphilitiques ».

La *radiographie* nous fournit aujourd'hui un autre élément de distinction. L'aspect sur la plaque de ces os syphilitiques, taches claires centrales entourées d'un manchon réactionnel de tissu compact à bord irrégulièrement crénelé, est tout différent de celui des ostéo-périostites blennorragiques.

2° Os courts. — Les épaississements osseux au voisinage des petites articulations des mains et des pieds se reconnaîtront de la même façon que nous avons dite pour les os longs. Il sera intéressant parfois de rapporter rétrospectivement à la blennorragie certains *hallux valgus* que nous avons dit pouvoir se constituer au cours de l'évolution d'une blennorragie compliquée.

Au *calcanéum*, l'hyperostose blennorragique, rare du reste, se différenciera, comme nous avons dit plus haut, des ostéo-périostites tuberculeuses ou syphilitiques d'apparition exceptionnelle au talon.

Les *exostoses calcanéennes* ne sauraient être affirmées qu'avec le concours de la radiographie. La palpation ne les révèle pas. On pourra seulement les soupçonner chez un blennorragien talalgique. L'aspect radiographie de ces exostoses n'a rien de caractéristique, et seule la notion de l'apparition des douleurs et de la végétation osseuse au cours d'une blennorragie grave autorisera le diagnostic de la nature gonococcienne de l'exostose, la différenciant des autres variétés infectieuses ou de celles dues au tiraillement des tubérosités d'insertion de l'aponévrose plantaire, en particulier, dans le pied plat.

La *preuve bactériologique* (Baer, Jaeger) pourra être recherchée après intervention, sur les coupes du tissu de l'exostose, ou par culture.

III. **Ostéo-myélite aiguë.** — Elle est sans doute moins rare qu'il n'apparaît. Chez un blennorragien, la nature gonococcique d'une ostéo-myélite pourra être soupçonnée, et affirmée après opération par examen du pus.

V

Etiologie. — **Fréquence.** — Il s'agit de manifestations rares de l'infection blennorragique, moins rares cependant qu'il n'apparaît au simple décompte des faits rapportés ; et nous pensons que ces complications seraient bien plus souvent observées si l'attention était éveillée davantage sur la possibilité de leur apparition. La radiographie, utilisée plus couramment, permettrait en outre de les déceler dans un certain nombre de cas, et c'est toute l'histoire des exostoses calcanéennes qui ne date que de l'avènement des rayons X qui plaide en faveur de cette affirmation. A quelle période de la blennorragie s'installent ces manifestations ? Tardivement, en général, alors que l'écoulement est presque tari, ou bien c'est après toute une série de réinfections successives du canal que les accidents éclosent. Il faut pour créer ces complications une *infection longue, tenace et récidivante.*

Age. — Elles apparaissent, cela va sans dire, à l'âge où l'on contracte la blennorragie, c'est-à-dire chez les *jeunes gens* et les adultes, chez lesquels, en outre, les régions épiphysaires des os sont encore en pleine activité ostéogénétique et localisent plus facilement les infections.

Sexe. — Les *hommes* y sont manifestement plus prédisposés que les femmes.

En ce qui concerne spécialement les ostéopathies calcanéennes, elles sont, peut-on dire, l'apanage presque exclusif de l'homme. Jacquet sur 16 malades ne compte pas une seule femme. Voisin sur 12 cas en mentionne seulement un chez une femme.

Certains individus que la profession oblige à la station debout ou à des marches prolongées semblent plus aptes à fixer l'infection osseuse au niveau de la région talonnière. Sans doute, faut-il faire intervenir ici les tractions exercées par les muscles plantaires sur leurs tubérosités d'insertion, pour favoriser la néoformation osseuse.

Cependant, il est à remarquer que les soldats, chez qui la blennorragie est pourtant fréquente, présentent rarement de la talalgie malgré les longues stations ou marches auxquelles ils sont exposés.

VI

Pathogénie. — Celle-ci paraît s'éclaircir au fur et à mesure que la doctrine de la blennorragie, infection générale, tend à s'accréditer. On se rappelle les nombreuses discussions que suscitèrent les premières observations d'accidents à distance, articulaires principalement, apparus comme complications de la blennorragie, considérée alors comme infection urétrale. A l'heure qu'il est, le gonocoque trouvé à maintes reprises dans le sang est considéré comme susceptible par lui-même et non plus en préparant la voie à d'autres germes de frapper, pour son compte, tous les tissus de l'organisme, tissu osseux y compris. Sans doute, n'a-t-on pas souvent, comme dans les arthropathies, décelé le gonocoque au niveau des os ; les localisations osseuses rares n'en ont pas fourni fréquemment l'occasion, mais, raisonnant par analogie, nous admettrons que le microbe de la blennorragie est capable de frapper l'os comme il frappe la jointure adjacente : n'avons-nous pas vu qu'ostéopathies et arthropathies s'associaient volontiers. Pour rares qu'ils soient, au reste, la découverte, dans quelques cas, du gonocoque dans les foyers osseux apporte la preuve catégorique de l'origine spécifique de ces ostéopathies. Mais il est une opinion intéressante défendue brillamment par Jacquet ; c'est celle de l'*origine nerveuse* de certaines de ces déformations osseuses siégeant aux extrémités dont la pathogénie serait ainsi distincte de celle que nous venons de dire. « Il est frappant, dit Jacquet, de voir coexister avec les déformations osseuses et articulaires du pied des troubles nerveux variés : atrophie musculaire, névralgie sciatique, exagération des réflexes, trépidation épileptoïde, dans quelques cas, troubles trophiques cutanés. Ne pourrait-on penser à l'origine névropathique de ces lésions, peut-être par action sur les centres nerveux d'un poison, d'une toxine fabriquée par les organismes urétraux. » Il y aurait même, d'après Jacquet, chez les sujets atteints de ces lésions osseuses une sorte de prédisposition spéciale : « Chez tous ceux que j'ai observés, dit-il, et étudiés d'une manière complète, des phénomènes nerveux variés accompagnaient la talalgie, et le terrain organique était merveilleusement préparé pour l'éclosion de ce que j'étudierai sous le nom de forme myélopathique du blennorhumatisme. »

Jeanselme partage la même opinion qui s'appuie encore sur le fait de la bilatéralité fréquente des localisations osseuses aux extrémités.

Nous ne croyons pas, toutefois, qu'il y ait lieu de tirer des conclusions aussi catégoriques de la coexistence, dans certains cas, d'accidents médullaires et des ostéo-arthropathies. Celles-ci sont, en réalité, primitives et dues au gonocoque. Plus tard, par voie ascendante nerveuse, nous pourrons voir les cornes antérieures médullaires être touchées par l'infection et, par voie réflexe, apparaître le cortège des manifestations de l'irritation médullaire. Mais ces phénomènes sont secondaires.

VII

Traitement. — La thérapeutique sera essentiellement variable suivant la forme, suivant aussi la localisation de la lésion osseuse. Les ostéo-périostites des os courts ressortiront seules, dirons-nous, de l'intervention chirurgicale.

I. A la *périostite simple* ne sauraient convenir que le repos, l'immobilisation et la révulsion.

On s'abstiendra, également, dans les *ostéo-périostites hypertrophiques des os longs*. Ce que nous avons dit de ces tuméfactions diaphysaires indolentes, peu gênantes, appuie cette opinion. Le blennorragien est impotent par le fait de son ancienne arthrite qui lui a laissé, généralement, une certaine gêne fonctionnelle ; l'hypertrophie osseuse juxta-articulaire n'augmente pas sensiblement cette gêne.

II. L'*ostéo-myélite aiguë* gonococcique supposée reconnue faudra-t-il intervenir comme l'ont fait Cupler et Ullmann ? Nous ne le pensons pas non plus. M. Gangolphe s'est abstenu chez sa malade, et les phénomènes aigus ont disparu. Encore que les examens anatomiques manquent, il semble que la sérosité louche qui infiltre les espaces médullaires ne doit pas déterminer grand dégât et réclamer l'évacuation immédiate. Les épaississements ostéo-périostiques qui pourront, au reste, résulter de la poussée ostéo-myélitique ne sont pas, avons-nous vu, gênants par eux-mêmes et sont susceptibles de disparaître à la longue.

Le gonocoque, dirons-nous, n'aime pas le bistouri et nous mettrons en œuvre, en présence de ces ostéo-myélites, les principes thérapeutiques en application pour les arthrites, principes conservateurs, que n'ont encore pu ébranler les tentatives de certains interventionnistes à outrance.

III. Nous réserverons les interventions chirurgicales aux *ostéo-périostites des extrémités ;* on fera des résections des têtes métatarsiennes hérissées d'ostéophytes pour amener le redressement des orteils déviés (hallux valgus) ; par un large volet plantaire encadrant la convexité talonnière et rabattu en avant, on excisera les parties molles fibreuses enflammées et on gougera l'exostose calcanéenne reconnue au doigt.

Ce sont là les seules indications opératoires de ces ostéopathies, encore ne s'étonnera-t-on pas de voir parfois survenir des récidives postopératoires ; la qualité inflammatoire de ces exostoses ou végétations, la persistance de la cause infectante expliquent ces nouvelles édifications osseuses.

Il est évident que dans tous les cas, outre cette thérapeutique variable de la complication osseuse que nous venons d'esquisser, il sera toujours indiqué de traiter l'affection causale. Peut-être les atteintes osseuses, attestant une particulière virulence du microbe, la vaccination spécifique trouverait-elle ici une heureuse application.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD. Un cas de rhumatisme infectieux d'origine blennorragique, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1896, t. XIII, p. 608.
AMARAL. *De la Polyarthrite blennorragique noueuse déformante*, Th. de Paris, 1891.

Baer. Gonorrh. exostosis of the calcis, *Surg., gyn. a. obst.*, 1906, vol. II, p. 168.
Barker. Bilateral exostoses of the inf. surf. of the calcis gonorrheal in origin, *John Hopkins hosp. Bull.*, 1905, p. 384.
Bertein. Trois observations d'ostéopathies blennorragiques. Présentation de Gangolphe, *Soc. de chir. de Lyon*, 1913, in *Lyon chir.*, 1913, p. 403.
Brousse et Berthier. Talalgie blennorragique. Extirpation de la bourse de Lenoir, *Revue de chir.*, 1895, p. 681.
Claisse. Ostéopathie blennorragique, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1897, t. XIV, p. 1261.
Couteaud. Hyperostose blennorragique du membre inférieur, *Gaz. des hôpit.*, 1904, p. 1077.
Cüpler. Note on the gonorrh. osteomyelitis, *Ann. of surg.*, 1907, t. XLVI, p. 121.
Decerf. Etat actuel des travaux sur la pathogénie et le traitement des exostoses du calcanéum, *Congrès espagnol de chir.*, 9 au 13 mai 1910.
Davidson. Gonorrh. exostoses of the calcis, *Med. Record*, 1908, p. 570.
Ducuing. Périostite blennorragique du tibia, *Province méd.*, 1911, p. 123.
Durand et Nicolas. L'ostéopathie blennorragique des os longs des membres, *Bull. de la Soc. de chir. de Lyon*, août 1907.
Fontaine. *Les Achillodynies par exostose rétro-calcanéenne*, Th. de Paris, 1911-1912.
Fournier. *Bull. de la Soc. de dermat.*, 1892, p. 298, et *Ann. de dermat.*, 1869, p. 289.
Hardiviller. *L'Ostéite apophysaire de la croissance*, Th. de Paris, 1906-1907.
Hirtz. Ostéopathie blennorragique, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1900, p. 913; — Ostéopathie blennorragique de la clavicule, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1912, p. 443.
Hirtz et Combier. De l'ostéo-périostose hypertrophiante blennorragique de la diaphyse fémorale, *Bull. méd.*, 1907, no 7, p. 69.
Jacquet. De la talalgie blennorragique, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1897, t. XIV, p. 739, et *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1892, p. 681.
Jaeger. Gonorrh. exostoses of the calcis, *Amer. Journ. of orthop. surg.*, 1908, p. 304.
Jaugeas. *Précis de radiodiagnostic*, p. 296.
Kienbock. Knochenveranderungen bei Gonorrh. arthritis, *Centralbl. f. Chir.*, 1902, p. 1257.
Launois. Arthropathies multiples récidivantes blennorragiques, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1899, t. XVI, p. 736.
Murat. Th. de Bordeaux, 1895-1896.
Mohr. Calcan. exostose mit ungewöhnlichem sitz, *Münch. med. Woch.*, 1911, t. II, no 40, p. 2226.
Ozenne. Périostite et synovite blennorragique, *Ann. de dermat.*, 1891, p. 1222.
Philippet. *Les Ostéopathies blennorragiques*, Th. de Paris, 1900-1901, no 523.
Reclus et Schwartz. Les exostoses du calcanéum, *Revue de chir.*, 1909, t. I, p. 1052.
Scharf. Ueber exostosen an der oberen fläche des Kalkaneus, *Münch. med. Woch.*, 1912, p. 930.
Sarrazin. Beitr. zur Entstehung u. Behandlung der Kalk. spornes, *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1909, Bd CII.
Voisin. *La Talalgie blennorragique*, Th. de Paris, 1898-1899.
Ullmann. Gonorr. osteomyelitis, *Wiener med. Presse*, 1900, t. XLI, p. 2225.

Erratum. — Dans le numéro 16, Revue générale sur les dextrocardies par attraction, p. 248, au lieu de : « Fig. 2. Position oblique postérieure droite à 40 degrés », lire : « Fig. 2. Position oblique antérieure droite à 60 degrés » ; — et p. 249, au lieu de : « Fig. 3. Position oblique postérieure gauche à 60 degrés », lire : « Fig. 3. Position oblique antérieure gauche à 40 degrés ».

FAITS CLINIQUES

FIÈVRE TYPHOIDE TRAITÉE PAR LE VACCIN DE CHANTEMESSE. GUÉRISON

Par le docteur Paul HENRY (du Havre).

Bien qu'ayant, depuis mars dernier, pratiqué 217 vaccinations préventives, sans incident, je n'avais pas encore utilisé les propriétés curatives du vaccin antityphoïde dilué (de Chantemesse), en cours de fièvre typhoïde.

Un malade vient de me fournir l'occasion de l'expérimenter et d'en contrôler les effets.

M. A..., vingt-quatre ans, présentait, dès le 27 décembre, tous les symptômes de la fièvre typhoïde (et pas de bacilles de Koch), lorsque je fis la *déclaration de maladie contagieuse* et que je prélevai le sang nécessaire au *séro-diagnostic*. M. le docteur Borel me fournit un flacon de l'émulsion vaccinale diluée et sans attendre le résultat du séro-diagnostic (qui ne me fut communiqué que le lendemain : *séro-diagnostic positif*), je fis, le 28 décembre, avec les précautions habituelles, la première injection : 1 centimètre cube de l'émulsion vaccinale diluée = 60 millions de bacilles stérilisés.

Consultation, le 29 décembre, du docteur Frottier qui confirma le diagnostic de fièvre typhoïde.

Le 2 janvier 1914 : deuxième injection, un demi-centimètre cube = 30 millions de bacilles stérilisés.

Le 7 janvier : troisième injection, un quart de centimètre cube = 15 millions de bacilles stérilisés.

Le docteur Borel, ce jour-là, visite le malade.

Les 8 et 9 janvier, les docteurs Frottier et Quiban voient le malade et sont surpris de trouver, au quinzième jour, un typhique qui n'a pas le facies, ni l'état typhoïdes, mais au contraire la face rosée et la langue humide ; qui s'intéresse à la vie extérieure et boit six litres de lait.

Remarques. — Les injections ont donné lieu à des réactions locales insignifiantes (douleur, chaleur, rougeur).

Je n'ai observé, comme réaction générale, qu'une élévation de température de 1°3, le soir de la première injection.

Par contre, la température, au lieu de s'élever, a baissé *légèrement* à la deuxième injection, et *brusquement* de 1°2 à la troisième. Ce fait particulièrement remarqué par les parents du malade (le père a eu la fièvre typhoïde) les a beaucoup frappés.

Parce que la première injection fut faite de bonne heure, la température n'atteignit que deux fois 39 degrés, et la phase des oscillations stationnaires s'établit entre 39 et 38 degrés, au lieu d'osciller au-dessus de 39 degrés.

De plus, contrairement à ce que j'ai vu lors d'épidémies antérieures, la température fut pendant trois jours (du 3 au 6 janvier) plus élevée le matin que le soir, comme dans les fièvres paludéennes.

Tous les *autres symptômes* ont subi des modifications très profondes et rapides sous l'influence de l'injection.

La *céphalalgie* très violente a diminué et disparu le 4 janvier.

La *diarrhée* a diminué de fréquence et, dès le 7 janvier, les selles commençaient à être « moulées ».

Le malade est en pleine *convalescence*, ou plutôt n'aura pas de convalescence. Sous l'influence de la nouvelle méthode, j'ai constaté à partir du 2 janvier, des *phénomènes critiques* extrêmement marqués: des sueurs profuses tous les jours du 2 au 8 janvier et une diurèse abondante, un litre et demi, deux litres et plus par jour.

La fièvre typhoïde soignée par la vaccination *n'est plus reconnaissable*. Car, ces résultats remarquables ne sont pas dus à un traitement concomitant : je n'ai, en effet, prescrit *aucun médicament* au malade depuis le 30 décembre.

Ils sont dus à la vaccination antityphoïde, *seule*.

Aujourd'hui, 20 janvier, le malade est complètement guéri.

C'est la première fois, au Havre, que la vaccination est employée *au cours* de la fièvre typhoïde.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1914)

Plaies du cœur. — M. ROUVILLOIS apporte un cas de plaie du cœur par coup de baïonnette. Il s'agissait d'un soldat qui, dans une rixe, reçut un coup de baïonnette entre la quatrième et la cinquième côtes, avec orifice de sortie en arrière au niveau du moignon du poumon gauche. Il fut transporté à l'hôpital de Casablanca où M. Rouvillois crut devoir intervenir. Le diagnostic de plaie du cœur s'imposait par ce fait qu'en tirant une ligne droite du trou d'entrée au trou de sortie cette ligne devait fatalement passer par le cœur. Il fit un volet à charnière externe, réséqua les quatrième, cinquième et sixième côtes. La baïonnette avait traversé la plèvre qui contenait du sang. M. Rouvillois la décolla, arriva sur le péricarde qu'il incisa, donna issue à du sang noir, assécha la plaie. Le cœur battait avec violence; il y avait une plaie à la partie moyenne du ventricule droit. M. Rouvillois pinça le cœur à la volée et plaça un point de suture sur la plaie, qui portait sur la coronaire, referma le péricarde et la plaie extérieure. Le blessé resta dans un état assez grave et cracha du sang. On fit quelques ponctions et le blessé succomba le huitième jour.

A l'autopsie, on trouva le péricarde adhérent, le cœur gros. La suture tenait bien. Il y avait une lésion du poumon gauche ainsi d'ailleurs que l'avait indiqué l'hémorragie pulmonaire. Mais l'état du blessé avait semblé trop grave pour qu'on recourût à une seconde intervention, et M. Rouvillois se contenta de faire des ponctions, espérant que cette plaie pulmonaire se cicatriserait.

Dans ce cas, le diagnostic de plaie du cœur était facile. M. Rouvillois eut recours à la technique classique. Le mécanisme de la lésion, dans ce cas, s'explique facilement. Le blessé a dû reculer et la baïonnette a atteint alors secondairement le poumon. Il a succombé à la coexistence d'une plaie cardiaque et d'une plaie pulmonaire. Dans ce cas, la ligature de la coronaire n'a pas eu d'inconvénients.

M. OMBRÉDANNE ne croit pas que la ligature de la coronaire soit indifférente. Il rapporte l'observation d'une fillette qui, en tombant sur une pelotte entourant une aiguille, s'enfonça celle-ci dans la région cardiaque. La radioscopie indiquait le siège de l'aiguille. Toutefois M. Ombrédanne attendit deux jours. Mais l'enfant devenait pâle, avec un pouls petit, irrégulier, il se décida à opérer. L'opération fut très simple; il trouva l'aiguille et dut la pousser d'arrière en avant pour l'avoir. Dans son passage elle traversa la coronaire inférieure. M. Ombrédanne dut la lier. L'enfant a succombé après trois ou quatre jours, et c'est à la ligature de la coronaire que M. Ombrédanne attribue la mort.

M. TUFFIER, dans les nombreuses expériences qu'il a faites sur les animaux, a toujours vu la ligature de la coronaire être suivie de mort. Cela dépend d'ailleurs du niveau de l'artère où porte la ligature. Si elle porte sur une des branches, il peut ne pas y avoir d'accidents.

M. L. PICQUÉ rappelle que la discussion actuelle a amené à la tribune douze cas nouveaux de plaies du cœur.

En ce qui concerne le diagnostic des plaies du cœur, nos collègues ont montré de grandes divergences.

Lenormant, invoquant le danger de la pratique du lambeau explorateur, insiste particulièrement sur la nécessité des examens cliniques.

Il reconnaît le peu de valeur des signes objectifs, les erreurs auxquelles peuvent donner lieu les signes objectifs.

Pour lui il faut surtout attacher de l'importance à l'aggravation des signes subjectifs et spécialement des troubles circulatoires.

M. Picqué rappelle cependant les bons résultats obtenus par les opérateurs qui ont eu recours au lambeau, et insiste, d'autre part, sur les dangers de la temporisation.

D'ailleurs, Robineau et Riche mettent en relief quelques signes cliniques importants : le premier la discordance entre les symptômes généraux et l'absence d'hémorragies; le deuxième, l'irrégularité portant sur le rythme et l'amplitude du pouls.

La pâleur extrême de la face est d'autre part signalée dans beaucoup d'observations.

Au point de vue de l'intervention, les opinions diffèrent également.

Lenormant rejette le lambeau. Pour lui il suffit d'agrandir le trajet en réséquant les côtes avoisinantes.

Pour lui cette voie d'accès est moins dangereuse.

Morestin rejette la ponction du péricarde et propose un moyen terme entre la ponction et la thoracotomie exploratrices.

Pour la thoracotomie elle-même, la plupart des chirurgiens pensent qu'il ne faut pas accepter de pratique uniforme.

Parfois l'ablation d'une seule côte (cas de Robineau) suffit à donner un jour très suffisant.

Au point de vue de la suture du cœur, M. Picqué discute l'opinion de Morestin qui a signalé les dangers de l'empoignement; or, c'est une pratique qui rend plus facile, plus rapide et plus sûre la suture des plaies du cœur.

Mais cette manœuvre comporte des précautions que M. Picqué rappelle.

Pour le moment de la révolution du cœur qu'il faut choisir pour placer les fils, la question paraît jugée.

Tous les auteurs pensent qu'il faut suturer sans se préoccuper de la systole. Le fil ne coupe le myocarde « que lorsque celui-ci est gros et friable », a dit Lenormant.

La question du drainage du péricarde est également jugée. Tous les auteurs ferment d'emblée le péricarde.

Cancer urétro-vaginal inopérable guéri par le radium. — M. LEGUEU rapporte une observation très instructive et très intéressante. Il s'agit d'une jeune femme de vingt-six ans qui, en 1910, se présenta avec un cancer urétro-vaginal inopérable. Elle avait été soignée à Valenciennes puis à Lille. Après une biopsie positive au point de vue du cancer, les chirurgiens de Lille estimèrent qu'il n'y avait pas d'intervention possible et envoyèrent la malade à M. Legueu. Celui-ci la vit pour la première fois en octobre 1910. La malade était dans un état cachectique, pâle, maigre, souffrant beaucoup et portant une énorme tumeur autour de l'urètre, tumeur dure,

saignante, suintante, s'étendant autour de l'urètre, sans adénopathie. Une biopsie conclut à un épithélioma pavimenteux, à point de départ vaginal. Aucune opération n'était possible. D'accord avec M. Chéron, M. Legueu décida d'essayer la radiumthérapie. Une première série d'applications extérieures ne donna aucun résultat. Le 25 octobre 1910, sous anesthésie, M. Legueu fit introduire deux tubes de radium à droite et à gauche de l'urètre, tubes contenant 5 centigrammes de sulfate de radium qui furent laissés vingt-deux heures en place. Dès cette application, il se fit une profonde modification dans la tumeur. Quelques jours après, nouvelle application, dans l'urètre même, d'un tube de 5 centigrammes qui fut laissé en place vingt-quatre heures. Il y eut une défervescence nette et régulière, une amélioration très considérable. Six mois après la malade était transformée, mais il y avait une petite récidive dans l'urètre. Nouvelle application de vingt-deux heures qui, cette fois, détermina une radiodermite et une élimination presque totale de la muqueuse urétrale. Un an après le cancer avait totalement disparu; la malade avait augmenté de 10 kilogrammes et avait bon teint. Il se passa ainsi une période de trente mois avec une guérison clinique complète.

En juillet 1913, hantée par l'infirmité qui lui était restée, l'incontinence d'urine, cette jeune femme demanda à M. Legueu de l'en débarrasser. Une seule opération était possible : l'implantation des deux uretères dans l'intestin. M. Legueu pratiqua cette opération en fin juillet dernier. Les choses allèrent très bien du côté gauche, mais du côté droit il y eut des difficultés. Il en résulta de la suppuration et la malade succomba.

A l'autopsie on procéda à un examen anatomique et histologique des plus complets. Il n'y avait pas trace de cancer. C'était une guérison absolue et complète.

Le hoquet postopératoire chez les urinaires. — M. MARION ne veut parler ici que du hoquet qui succède souvent aux interventions sur les voies urinaires et non du hoquet de la péritonite.

Il rapporte plusieurs faits : chez un prostatique atteint d'une lésion aortique, il intervint en deux temps, cystostomie, puis secondairement prostatectomie. Après cette seconde opération, le malade fut pris d'un hoquet incoercible qui dura quatre jours; comme il lui semblait que le fait de manger diminuait un peu son hoquet, le malade continua à manger. Il succomba en quelques jours à des accidents urémiques.

Un autre malade, après une prostatectomie, fut pris également de hoquet; mais il resta à la diète et guérit. Chez un troisième malade, même hoquet après une prostatectomie, diète, guérison. Après plusieurs observations du même genre, M. Marion fait connaître le résultat de l'examen du sang de ces malades; il constata qu'en même temps que le hoquet il y avait toujours de l'azotémie. Un de ces malades prostatectomisés eut un hoquet qui dura quinze jours et une azotémie allant jusqu'à 4 grammes d'urée dans le sang. Il fut soumis à une diète absolue et guérit. Quand le hoquet commença à disparaître, l'azotémie tomba à 0g60.

Un ouvrier en couleurs d'aniline était atteint d'épithélioma vésical. M. Marion lui fit d'abord une double néphrostomie et se proposa ensuite de faire la cystectomie totale; après la néphrostomie, ce malade eut le hoquet et de l'azotémie. Le hoquet disparut, l'azotémie tomba et M. Marion put faire ensuite la cystectomie. Le hoquet reparut, avec 1g25 d'urée dans le sang, diète, guérison.

Chez tous ces malades, l'azotémie s'est toujours manifestée en même temps que le hoquet.

M. LEGUEU confirme les conclusions de M. Marion sur la coexistence de l'azotémie et du hoquet postopératoire chez les urinaires. Toutefois l'intensité du hoquet n'est pas toujours proportionnelle au degré de l'azotémie. M. Legueu a vu un malade avoir le hoquet pendant quarante-cinq jours et une azotémie moyenne.

Cette azotémie particulière aux malades urinaires atteints de hoquet postopératoire n'est pas comparable à l'azotémie décrite par les médecins et qui coïncide avec une grande diminution de la sécrétion aqueuse.

M. BAZY a vu, chez un malade, le hoquet persister pendant huit jours.

M. MARION se déclare de l'avis de M. Legueu sur la distinction à établir entre cette azotémie spéciale aux opérés urinaires et l'azotémie décrite par les médecins.

— Suivent une série de présentations :

Fractures. — M. OMBRÉDANNE présente un jeune garçon qui avait eu un arrachement de l'épithroclée qui était venue se loger dans l'interligne articulaire. Extraction, guérison avec un résultat fonctionnel satisfaisant.

Autre enfant. Fracture de l'extrémité supérieure du radius, ankylose complète du coude. Le morceau fracturé se détache complètement. M. Ombrédanne le réimplante en bonne place, guérison parfaite.

M. SAVARIAUD cite un cas analogue.

Orchidopexie. — M. JACOB présente deux soldats qu'il a opérés d'ectopie testiculaire par le procédé de Walther. Bon résultat, mais le testicule abaissé n'a pas augmenté de volume.

Plaie du cœur. — M. DESSOMBES présente une jeune femme chez laquelle il a suturé une plaie du cœur.

Corps étranger intrabronchique. — M. TUFFIER présente une femme qui depuis trois ans portait une aiguille dans la bronche droite. Toutes les tentatives d'extraction par les voies naturelles étaient restées sans résultats. M. Tuffier fit une incision sans résection costale et une petite boutonnière, mais, au moment où il saisissait l'aiguille, celle-ci se mit à fuir et il ne put l'avoir.

Quelques jours après, la malade eut une hémoptysie et rendit l'aiguille.

M. SÉBILEAU, à propos de ce cas, fait observer qu'il n'est pas admissible qu'on ait laissé ce corps étranger dans les bronches pendant trois ans sans avoir songé à chercher à l'extraire après trachéotomie préalable. Rien n'est plus dangereux que d'aller chercher directement ces corps étrangers par une bronchotomie, rien n'est plus simple que de les extraire par les voies naturelles après trachéotomie quand on n'a pas pu y arriver à l'aide de la bronchoscopie.

Calculs biliaires. — M. GOSSET montre des radiographies indiquant la présence de calculs dans la vésicule biliaire.

Néphrectomie d'un rein unique, malformation utérine. — M. ROUTIER présente des pièces intéressantes :

Il s'agissait d'une hydronéphrose d'un rein unique, séparation des urines indiquant un bon fonctionnement rénal, cathétérisme des uretères rendu impossible d'un côté, par la présence de végétations vésicales; bonne néphropexie, accidents ultérieurs graves, néphrectomie, plus une goutte d'urine, mort, autopsie montrant que ce rein était unique et une malformation particulière de l'utérus et des annexes.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'APEPSIE

Chez les apeptiques, le képhir rend les plus grands services en excitant d'une façon très active la sécrétion gastrique.

On donne un verre de « Képhir Salières », toutes les deux heures, dans les embarras gastriques longs à guérir et chez les cancéreux devenus très anorexiques.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXIX, n° 25, 18 déc. 1913.) — Séance commémorative : Reginald Heber Fitz. — W. W. Keen : Services rendus par le docteur Fitz à la chirurgie. — W. T. Councilman : Le rôle joué par le docteur Fitz en pathologie. — W. S. Thayes : Le docteur Fitz professeur. — Henry P. Walcott : Le nom du docteur Fitz associé à celui du Massachussetts general Hospital. — Charles W. Eliot : Services rendus par le docteur Fitz à l'éducation médicale. — S. L. Strong : Une enquête sur la déclaration et le contrôle des maladies vénériennes. — (N° 26, 25 déc.) Quelques aspects médicaux et sociaux des maladies mentales dues à l'alcool : notes de la conférence tenue à l'hôpital psychopatique, Boston, Massachussets, devant la commission législative de l'alcoolisme. — Walter Channing : Remarques préliminaires. — Michael J. Murray : Travail de la commission législative de l'alcoolisme du Massachusetts. — Herman M. Adler : Compte rendu d'une démonstration clinique des maladies mentales causées par l'alcool. — George E. Eversole : Le trouble de réaction myotique à la lumière bleue qu'on observe dans certains cas d'alcoolisme. — A. Waren Steams : Démence alcoolique. — A. Waren Steams : Note sur les soins ultérieurs et la persuasion morale qui conviennent aux alcooliques. — E. E. Southard : Sur les institutions nécessaires pour les maladies mentales aiguës alcooliques dans le district métropolitain du Massachusetts.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 5, 1er fév. 1914.) Creyx : Syndrome labyrinthique et syndrome cérébelleux. — Ch. Lafon : Hémorragies sous-conjonctivales d'origine musculaire consécutives à l'arrêt brusque des règles.

Journal de médecine interne. — (N° 3, 30 janv. 1914.) Sébastian Recassens Girol : L'homoorganothérapie dans le traitement de quelques gynécopathies. — Enriquez : Des injections massives de sucre dans le sang (sérum glycosé à 300 p. 1000) dans les états infectieux et toxiques graves, dans les états d'inanition prolongée et dans les oliguries de cause mécanique.

Lyon chirurgical. — (N° 2, 1er fév. 1914.) X. Delore et P. Santy : Gastrectomie dans le cancer de l'estomac. — Michel Gangolphe et Lucien Plisson : Des subluxations congénitales larvées de la hanche chez l'adulte (12 fig.). — R. Leriche : Des crises gastriques en dehors du tabes et de leur traitement chirurgical.

Lyon médical. — (N° 5, 1er fév. 1914.) J. Froment et O. Monod : La rééducation des aphasiques moteurs (*suite*).

Marseille médical. — (N° 2, 16 janv. 1914.) V. Aubert : Un anus terminal continent. — Guérin-Valmale et Vayssière : Malformation des quatre membres chez un nouveauné. — Louge : Note sur le traitement du cancer par le sulfure de carbone.

Medical Record. — (Vol. LXXXIV, n° 25, 20 déc. 1913.) J. W Held : Aortite syphilitique. — Channing W. Barrett : La question du cancer envisagée par rapport à l'utérus. — B. Davidson : 33 cas de maladies du corps thyroïde. — S. Josephine Bather : L'inspection médicale des écoles à New-York. — Walter Strongh-Davis : Une comparaison des méthodes de diagnostic de la tuberculose par l'examen des crachats. — Arthur K. Petery : Quelques signes précoces des troubles mentaux. — Paul Luttinger : Vaccinothérapie de la coqueluche. — Edwin A. Griffin : Résection des cornets. — (N° 26, 27 déc.) Wiliam Muhlberg : Quelques observations pratiques suggérées par 8000 examens d'urine. — John Aulde : Pour éclaircir le mystère du mal de Bright. — Henry A. Craig : Le traitement de la pneumonie par les vaccins bactériens. — Gustav F. Boehme : La détermination des différences dans les sensations douloureuses. — Stephen J. Maher : La descendance du bacille tuberculeux. — George S. Foster : Affection appendiculaire avec abcès ; l'appendice doit-il être enlevé dès la première opération. — Frank Sorgatz et Rex Bolend : L'action de l'acide acétique sur la couleur du sang syphilitique. — E. H. Mullan : L'inspection médicale des immigrants à Ellis Island. — L. Edwin Barnes : L'effort oculaire.

Nourrisson. — (N° 1, janvier 1914.) Marfan, Dorlencourt et Saint-Girons : Les pertes minérales par les selles chez un nourrisson athrepsique. — Lagane : Le Kala-azar infantile. — Stephen Chauvet : La mortalité dans la rougeole particulièrement dans la première enfance.

Paris médical. — (N° 9, 31 janv. 1914.) Hirtz et Gauchery : Vingt cas de fièvre typhoïde traités par le vaccin sensibilisé de Besredka. — Blechmann : Technique des injections par les veines jugulaires et épicraniennes chez les nourrissons. — Biscons : Un cas de septicémie à diplococcus crassus avec localisation méningée cérébro-spinale. — Lévy-Valensi : Un cas d'hémiatrophie congénitale.

Presse médicale. — (N° 9, 31 janv. 1914.) Guisez : De l'intubation caoutchoutée œsophagienne. — Christian Champy : Résultats de la méthode de culture des tissus en dehors de l'organisme. — Alfred Martinet : Le syndrome d'hyperperméabilité rénale. — (N° 10, 4 fév.) Alexandre Pilcz : Le traitement moderne de la paralysie générale progressive selon la méthode de V. Wagner. — P. Desfosses : Quelques travaux récents sur la scoliose.

Progrès médical. — (N° 5, 31 janv. 1914.) Chifoliau et Marchak : Les plaies des oreillettes. — Loeper et Mougeot : Le réflexe oculo-cardiaque dans le diagnostic de la nature des bradycardies. — J. Roux : La tuberculose et les défaillances enzymatiques.

Province médicale. — (N° 5, 31 janv. 1914.) Maurice Perrin, Jean Benech et Joseph Etienne (de Nancy) : Un cas d'anévrisme latent de l'aorte abdominale.

Revue de psychiatrie et de psychologie expérimentale. — (N° 12, déc. 1913.) Dominici, Marchand, Chéron et Petit : Essai de traitement des psychoses aiguës par le bromure de radium et par des sérums radioactifs. — Marcel Clerc : Les aliénés à bord des navires.

Revue de psychothérapie. — (N° 6, déc. 1913.) Bonnet-Lemaire : Méthode de Hahnemann et suggestion. — Bérillon : Considérations sur l'auto-stigmasée de Bussus-Bussuel; — Psychologie des alcooliques. Valeur et mode d'emploi dans la cure de l'alcoolisme. — Guelpa : Le rôle social et psychologique du médecin d'aujourd'hui et de demain.

Revue générale d'ophtalmologie. — (N° 1, 31 janv. 1914.) Bussy : L'œil osseux.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 5, 31 janv. 1914.) De Cazeneuve : Essai d'évaluation des incapacités permanentes partielles chez les accidentés du travail en oto-rhino-laryngologie.

Semaine médicale. — (N° 5, 4 fév. 1914.) Loeper et Oppenheim : La dyspepsie tabétique.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.


Sirop Roche
Sirop Roche
Ch. Weiss
PARIS
Prix 4f
Cachets Roche de Thiocol
Comprimés Roche
ROCHE

N° 20. — MARDI 17 FÉVRIER 1914. 87e ANNÉE MARDI 17 FÉVRIER 1914. — N° 20.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, **10** francs par an. Étudiants étrangers, **15** francs par an.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **5** fr. **50**. — 6 mois : **11** fr. — 1 an : **20** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Sont nommés chefs de service : MM. les docteurs Jousset, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, à l'institution Sainte-Périne et aux fondations Chardon-Lagache et Rossini; Guillain, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, à l'hospice Debrousse; Dujarier, chirurgien des hôpitaux, à l'hospice de Bicêtre.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hopitaux. — *Lecture.* — Séance du 14 février. — MM. Blanluet, 27; Hautant, 29; Le Mée, 27; Paul-Boncour, 24.

— Les étudiants étrangers et l'internat des hôpitaux. — La question des étudiants étrangers vient de se poser à nouveau d'une façon bien inattendue.

Trois étudiants étrangers, inscrits en vue du *diplôme d'Université*, prennent part au dernier concours de l'internat. Ils obtiennent des notes qui leur permettent d'être nommés internes provisoires. La liste paraît, ils ne figurent pas à leur rang de classement. L'administration agissant suivant les instructions du ministre de l'intérieur se refuse à nommer internes provisoires des étudiants n'ayant pas d'inscriptions en vue du *diplôme d'Etat*.

Les étudiants lésés vont se pourvoir devant le conseil d'Etat; en attendant ils font entendre des protestations qui ont déjà trouvé un écho à la *Société médicale des hôpitaux*.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant de cette question importante au point de vue professionnel, au point de vue juridique et surtout au point de vue de la simple équité.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Nantes. — M. le docteur Pélissier, directeur médecin de l'asile public d'aliénés de La Roche-sur-Yon, a été nommé médecin en chef du quartier des aliénés de l'hospice général.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — M. Dufour, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, est nommé professeur de physique médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger.

— Nancy. — M. Coulet, chargé des fonctions de chef de clinique d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de médecine de Nancy (emploi rétribué sur fonds d'université), est chargé des fonctions d'aide de clinique d'oto-rhino-laryngologie à ladite Facullé (emploi nouveau rétribué sur fonds d'Etat), à partir du 1er janvier 1914.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Alliot (de Fougères), Charvilhat (de Clermont-Ferrand), Dubief (de Paris), Lemesle (de Loches), Veyrat (de Chambéry).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Crémieux (de Cette), Garnier (de Moulins-la-Marche), Hertoles (de Montpellier), Molinié (de la Garenne-Colombes), Petit (d'Arras), Thiry (de Nancy), Thomas (de la Houssière, par Varennes), Treille (de Lavaveix-les-Mines), Zalta (de Joinville-le-Pont).

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT. — Le docteur Tuffier fera le jeudi 26 février 1914, à cinq heures et demie très précises, au siège de la Société, 12, rue de Seine, une conférence sur « La chirurgie en Amérique, son parallèle avec la chirurgie française ».

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la cinquième semaine, 1159 décès au lieu de 1111 pendant la semaine précédente, et au lieu de 1048, moyenne ordinaire de la saison.

L'augmentation de la mortalité est due surtout aux maladies de l'appareil respiratoire, notamment chez les vieillards.

LES VEUVES ET ORPHELINS DES MÉDECINS MILITAIRES VICTIMES DU DEVOIR PROFESSIONNEL. — Sur la proposition du docteur Peyroux, de MM. Leblond et Denais, députés, la Chambre des députés a adopté la proposition de loi suivante :

Article premier. — Les veuves et orphelins des médecins et infirmiers du corps de santé de la guerre, de la marine et des colonies, succombant par suite d'une maladie épidémique ou contagieuse, contractée en service commandé, soit auprès des malades dont ils assurent le traitement, soit en procédant

à des examens de laboratoire, soit à l'hôpital ou à l'ambulance, auront droit aux mêmes pensions et secours que si la mort avait été causée par des événements de guerre.

ART. 2. — Les circonstances du décès devront faire l'objet de justifications spéciales à fournir dans les formes et les délais qui seront déterminés par un règlement d'administration publique.

JURISPRUDENCE

CONTRATS DE COLLABORATION MÉDICALE ET BRUSQUE CONGÉDIEMENT

Le caractère libéral de la profession médicale n'oblige pas le médecin à ne travailler que seul. La Cour de cassation lui a reconnu le droit de s'associer des collaborateurs (Cass., 5 mai 1884, *Sirey*, 1886, 1,469), et les conventions de l'espèce peuvent revêtir des formes nombreuses. Certaines ont donné lieu à des décisions de jurisprudence; les plus récentes ont été rendues par la première Chambre du tribunal civil de la Seine les 12 décembre 1913 et 15 janvier 1914.

Voici les faits : deux médecins attachés à une grande clinique, l'un comme chef de clinique, l'autre comme médecin traitant et consultant, se virent congédiés par le directeur, lui-même médecin. Ils l'assignèrent devant la juridiction civile en lui demandant des dommages-intérêts pour renvoi injustifié et brusque congédiement; mais ils furent déboutés par les motifs suivants :

« Attendu, précise le premier jugement, que le salarié brusquement congédié par le patron auquel le liait un contrat de louage de services, fait sans détermination de durée, ne peut obtenir de dommages-intérêts qu'à la charge d'établir qu'il a été renvoyé sans délai-congé, contrairement à l'usage de sa profession, auquel cas il a droit à une indemnité forfaitaire et de prouver en même temps que le préjudice qui lui a été causé résulte de la faute que le patron aurait commise en abusant du droit qui lui appartenait de résilier le contrat par sa seule volonté;

Attendu que le docteur B... ne justifie pas de l'existence de l'usage auquel il se réfère, et qui, au surplus, ne se comprendrait pas s'agissant d'un médecin qui a conservé sa clientèle personnelle, et par suite ne peut être assimilé à un employé que son brusque renvoi prive subitement de toute situation;

Attendu, d'autre part, qu'il ne précise pas la faute que le docteur D... aurait commise en renonçant à sa collaboration...

Attendu, confirme le deuxième jugement, que le docteur M... ne peut justifier d'un usage qui obligerait un médecin qui dans une clinique s'adjoint un autre médecin comme collaborateur d'observer à l'égard de ce dernier un délai de congé; que d'ailleurs un médecin qui à certaines heures de la journée seulement donne son concours à la marche d'une clinique située tout près de son domicile, et qui peut ainsi conserver sa clientèle particulière, ne saurait être assimilé à un employé que le congédiement prive de toute situation et qui par cela même peut exiger l'observation d'un délai-congé. »

La lecture de ces attendus fait ressortir deux principes bien distincts. Tout d'abord, c'est que le contrat qui est intervenu entre le directeur de la maison de santé et le médecin n'est pas un contrat commercial régi par l'article 631 du Code de commerce, mais un contrat de louage de services régi par l'article 1780 du Code civil. Il a été déjà jugé, en effet, que la convention par laquelle un médecin directeur d'un asile privé d'aliénés s'attache le concours technique d'un autre médecin, moyennant l'engagement de lui payer un tant pour cent sur les bénéfices de la maison, avec stipulation d'une somme minima à titre d'honoraires, est un acte purement civil à l'égard de toutes les parties, et échappe, comme tel, à la compétence du tribunal consulaire; — et ce, sans qu'on ait à rechercher si le premier médecin ne doit pas être considéré comme un commerçant à raison de l'exploitation industrielle de la maison de santé qu'il dirige (Cour de Bordeaux, 21 avril 1902, *Mém. de Bordeaux*, 1902, 1, 141; v. Trib. de Remiremont, 8 déc. 1904, *Pand. franç.*, 1905, 2, 303).

Ensuite le tribunal a estimé que, s'il n'était pas douteux qu'il y avait contrat de louage à durée indéterminée, ce contrat était d'une nature toute spéciale. Il semble même qu'il ait voulu appliquer en l'espèce la jurisprudence relative au congédiement des rédacteurs de journaux. En effet, en principe, le propriétaire d'un journal est maître absolu de sa rédaction et a le droit de congédier ses rédacteurs *ad nutum* sans justifier des motifs qui l'ont déterminé (Cour de Besançon, 30 déc. 1896, *D. P.*, 1898, 2, 86) : c'est aux rédacteurs congédiés à faire la preuve de la faute qu'ils imputent au directeur du journal et du dommage qu'ils ont subi par suite de cette faute (Paris, 7 déc. 1899, *D. P.*, 1900, 2, 167).

Le Tribunal a déclaré, d'autre part, que le médecin ne pouvait être considéré comme un employé ordinaire; il peut, en effet, non seulement conserver sa clientèle propre, mais encore l'augmenter, du fait de sa collaboration à la clinique : il ne peut donc éprouver nécessairement de préjudice.

En outre, il a été posé en principe qu'il n'existait pas un usage d'après lequel un médecin, qui, dans une clinique, s'adjoint un autre médecin, est obligé d'observer à son égard un délai de congé.

Ce point de droit médical était intéressant à signaler. Pour éviter des inconvénients de ce genre, le médecin pourra, dans son contrat de louage de services, insérer une clause relative à son congédiement; s'il y a des difficultés à ce sujet, la clause pénale jouera, et, si des dommages-intérêts ont été prévus, le tribunal ne pourra que les lui accorder, la convention faisant la loi des parties.

D'ailleurs la première décision a été frappée d'appel; c'est donc la Cour de Paris qui statuera sur cette importante question de collaboration professionnelle.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 23 AU 28 FÉVRIER 1914

THÈSES

Mercredi 25 février, à une heure. — M. CASARES PEREZ. Contribution à l'étude de la bactériologie des lochies, chez les femmes à suites de couches physiologiques. (MM. Pinard, président; Marfan, Letulle et Gougerot.) — M. ROUSTAN. Origine syphilitique de la chorée de Sydenham. (MM. Marfan, président; Pinard, Letulle et Gougerot.) — Mlle LAYE. La question de la crémation. (MM. Letulle, président; Pinard, Marfan et Gougerot.) — M. MOURE. L'étude des greffes vasculaires et particulièrement de leurs applications chirurgicales au rétablissement de la continuité des vaisseaux et des conduits mouvants membraneux. (MM. Reclus, président; A. Broca, Ombrédanne et Desmarest.) — M. FRANÇOIS. L'ostéomyélite aiguë du maxillaire supérieur chez le nourrisson. (MM. A. Broca, président; Reclus, Ombrédanne et Desmarest.)

Jeudi 26 février, à une heure. — M. MONTET. Etude sur les hématémèses et les entérorragies de l'appendicite; leur pathogénie. (MM. Hutinel, président; Bar, Nobécourt et Tanon.) — M. DELHOUME. L'érysipèle du nouveau-né. (MM. Bar, président; Hutinel, Nobécourt et Tanon.) — M. MARQUESTE. Les lésions traumatiques du rein devant la loi sur les accidents du travail. (MM. Thoinot, président; Gilbert Ballet, Widal et Ribierre.) — M. POYER. Contribution à la pathologie du sommeil : le sommeil automatique. (MM. Gilbert Ballet, président; Thoinot, Widal et Ribierre.) — M. MICHALOVSKI. Pneumonie à forme typhoïde. (MM. Widal, président; Thoinot, Gilbert Ballet et Ribierre.) — M. CRUET. De la meilleure technique opératoire applicable à la méthode d'extériorisation dans l'extirpation des cancers colique. (MM. Quénu, président; Lejars, Okinczyc et Mocquot.) — M. SORREL. La stase intestinale chronique. (MM. Lejars, président; Quénu, Okinczyc et Mocquot.)

DE L'ÉVIDEMENT PÉTRO-MASTOIDIEN

TECHNIQUE OPÉRATOIRE ET PANSEMENTS CONSÉCUTIFS

Par M. E.-J. MOURE,
Professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

On est appelé à intervenir sur l'apophyse mastoïde, soit pour traiter une complication survenant au cours d'une otite moyenne aiguë suppurée, soit pour guérir une suppuration chronique de la caisse et de ses annexes.

Dans le premier cas, on se borne à pratiquer l'antrotomie simple, c'est-à-dire le drainage de l'oreille moyenne par l'antre. Dans le second cas, on doit faire l'opération plus complexe désignée sous le nom « d'évidement pétro-mastoïdien ». Je désire, dans cet article, m'occuper exclusivement de cette intervention.

Depuis longtemps déjà, Bergman, Kuster et Stacke, en vue de guérir les vieilles suppurations d'oreilles, eurent, les premiers, l'idée de mettre en communication large l'intérieur de la mastoïde avec la caisse, en supprimant tout le tissu osseux qui sépare l'une de l'autre ces deux cavités.

La technique opératoire des promoteurs de cette méthode fut bientôt modifiée. En Allemagne, Zaufal et Schwartze conseillèrent de creuser d'abord dans l'apophyse mastoïde un puits assez profond pour aller à la recherche de l'antre mastoïdien, puis de pénétrer dans la caisse, en faisant sauter à la gouge le mur mitoyen qui les sépare.

En 1895, Broca et Lubet-Barbon fixent la technique de ce procédé dans leur *Traité*, actuellement classique, sur la suppuration des cavités mastoïdiennes et leur traitement (Paris 1895, p. 143).

Pour ma part, j'ai adopté, *depuis l'année 1914*, c'est-à-dire presque depuis le début où se vulgarisa l'opération idéale appelée avec raison « cure radicale de l'otorrhée », la technique opératoire que je vais décrire (1).

Je me bornerai à rappeler que les indications opératoires, déjà établies depuis longtemps, sont : 1° la persistance d'une suppuration d'oreille, malgré les traitements les mieux conduits, y compris l'ablation des osselets; 2° l'existence d'un séquestre ou d'un cholestéatome dans la région attique ou dans l'apophyse mastoïde; 3° la présence des troubles labyrinthiques indiquant que l'ostéite gagne les parties profondes de l'oreille; 4° enfin, une otorrhée réchauffée donnant naissance à des complications plus ou moins graves : phlébite du sinus, abcès extraduraux, paralysie faciale, etc.

A. Technique opératoire. — En 1877, époque où il n'était nullement question de la cure radicale ni même d'opérations sur le rocher, Wolff avait conseillé, pour aller à la recherche des osselets *sur le cadavre* une fois le pavillon décollé, d'enlever la paroi postéro-supérieure du conduit auditif, par copeaux jusqu'au niveau de la caisse, ce qui permettait de mettre à nu la région des osselets, et, par conséquent, de faire l'autopsie facile de cette région.

Je dois avouer, du reste, que lorsque je mis en usage la méthode que je vais décrire, je n'avais nullement connaissance du procédé employé par Wolff. Du reste, l'opération que je préconise ne ressemble que de loin à celle de cet auteur; elle en diffère même essentiellement par le but qu'elle poursuit : découvrir à la fois les cavités auriculaires (attique), antrale et mastoïdienne.

On sait que la grande cellule mastoïdienne varie de forme, de volume et surtout de siège. Aussi le procédé qui consiste à aller directement vers un inconnu, sans savoir ni dans quelle direction, ni à quelle profondeur il faut le chercher, n'est pas un procédé sûr. Il expose à ouvrir le sinus ou les méninges bien avant d'avoir trouvé l'antre. Si, par hasard, au cours de l'opération, le sinus est ouvert, l'opérateur, gêné par le sang qui s'écoule, éprouve de grosses difficultés pour se repérer et compléter son évidement pétro-mastoïdien.

Au contraire, en faisant usage de la méthode que je préconise, il est absolument impossible de ne pas arriver dans l'antre, si minime soit-il, et quelle que soit sa situation. Voici la technique que je conseille :

1° Tracez exactement dans le sillon auriculaire une incision occupant toute sa longueur (voir fig. 1) et

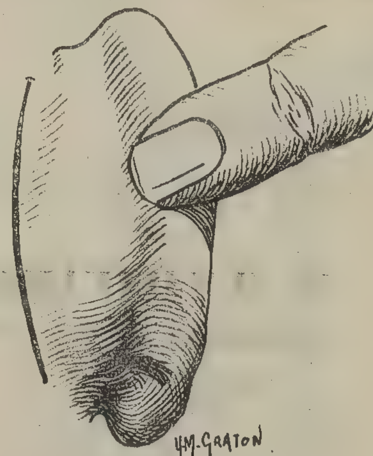


Fig. 1. — Tracé de l'incision rétro-auriculaire dans le sillon et sur toute sa longueur seulement.

allant jusqu'au périoste compris. Détachez à l'aide d'une rugine les tissus qui recouvrent l'os à ce niveau, placez des pinces à forci-pressure pour faire l'hémostase.

2° Décollez le pavillon et le conduit membraneux à l'aide d'une rugine spéciale, de manière à pouvoir récliner l'un et l'autre en avant et les maintenir à l'aide d'un écarteur, afin d'avoir sous l'œil la sur-

(1) En mai 1896, j'ai fait à la Société de chirurgie de Paris une communication sur ce sujet et, l'année suivante, j'ai publié un travail d'ensemble avec résultats cliniques. Dans cet article, je traitais l'historique, la technique, les indications et les soins consécutifs de cette opération. — E.-J. Moure. De l'ouverture large de la caisse et de ses annexes, *Revue hebd. d'oto-rhino-laryng.*, 1897, nos 18, 19 et 20.

face osseuse de la mastoïde et celle du conduit auditif (fig. 2).

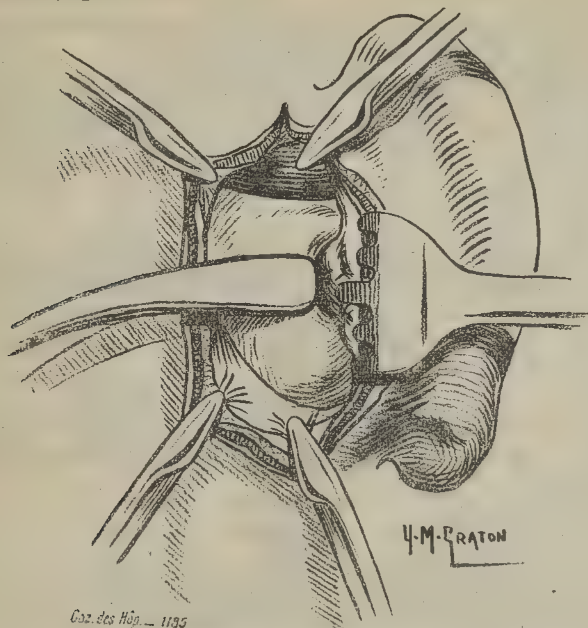


Fig. 2. — Décollement des parties molles et du conduit auditif cartilagineux que l'écarteur à doigt commence à récliner en avant avec le pavillon.

3° Ceci fait, donnez le premier coup de gouge dans l'angle postéro-supérieur du conduit osseux, un peu au-dessus et en arrière de l'épine de Henle qui saute avec le premier copeau. Avant de continuer à creuser, donnez le deuxième coup de gouge au-dessous du premier pour élargir la brèche osseuse, non plus vers la partie postéro-supérieure, comme avait été faite la première amorce de l'évidement, mais directement en arrière (fig. 3).

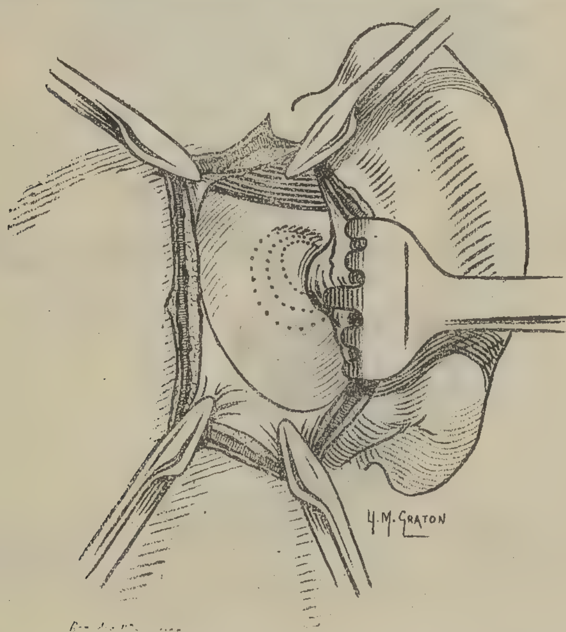


Fig. 3. — Le pavillon et le conduit cartilagineux étant maintenus par l'écarteur de Moure, le pointillé indique le tracé de l'entaille osseuse qui sera faite avec la gouge en allant d'avant (bord du conduit) en arrière (apophyse).

Agrandissez circulairement cette cavité, tout en gagnant en profondeur. Si l'apophyse est celluleuse, au cours de cette manœuvre, à un centimètre ou un centimètre et demi vous rencontrez l'antre mastoïdien; si l'os est éburné, vous taillez toujours au milieu d'un tissu compact et résistant; continuez alors à creuser en élargissant la brèche en arrière. Si, par hasard, vous mettez à nu le sinus ou les méninges de la fosse cérébrale moyenne, arrêtez-vous, car vous êtes arrivé à la limite postérieure ou supérieure de l'évidement mastoïdien, c'est le « cran d'arrêt de la gouge ».

N'oubliez pas que vous allez à la recherche de l'antre. Tant que vous ne l'avez pas découvert, creusez dans la partie antéro-supérieure de la cavité, vous dirigeant ainsi vers l'attique. Suivant les cas, vous trouverez l'antre à 2 centimètres, ou même 2 centimètres et demi de profondeur.

Si vous craignez d'aller trop loin, rappelez-vous que la paroi interne de la caisse peut être pour vous un point de repère important, car l'antre se trouve à peu près à son niveau.

4° En procédant ainsi, vous pouvez être certain de le découvrir, même s'il est minuscule. Vous êtes averti que vous avez effondré sa paroi externe, lorsque vous sentez que la gouge a « perdu pied ». Prenez alors le protecteur de Stake, introduisez-le dans la cavité antrale pour reconnaître sa forme, sa direction et ses dimensions pour la mettre complètement à jour. Vous avez alors effectué le premier temps de l'opération.

Au premier abord, cette manière de procéder semble exposer le facial à être guillotiné par la gouge s'enfonçant perpendiculairement dans l'apophyse mastoïde. Mais il faut vous rappeler la direction exacte du nerf dans le massif osseux compact qui l'environne, et aussi remarquer la situation de l'entaille osseuse qui est faite au-dessus et en arrière du point où passe le facial. Ce dernier, très profondément situé à ce niveau, serpente sur la paroi interne de la caisse à la partie postéro-supérieure et plus bas dans le massif osseux de Gellé qui l'engaine. Il est donc séparé de l'instrument tranchant par la paroi externe de l'aditus et du canal tympano-mastoïdien.

Vous voilà en présence de ce petit pont osseux qui sépare désormais la caisse du tympan de la cavité creusée par vous. Passez alors avec précaution au-dessous de ce pont, c'est-à-dire dans le canal tympano-mastoïdien, un stylet coudé pour en reconnaître l'épaisseur et la direction (fig. 4).

Comme il faut tout prévoir, si un antre minuscule, dans une apophyse éburnée, gêne votre examen, allez en sens inverse et placez votre stylet, de préférence au protecteur, dans l'aditus, par le côté caisse pour repérer l'orifice antérieur du canal tympano-mastoïdien. Vous allez maintenant avoir à accomplir le temps le plus délicat de l'opération, car le facial va se trouver directement au-dessous de votre gouge. Vous devez, en effet, faire sauter la portion d'os qui vous cache la loge des osselets en vous dirigeant vers l'antre, puis vers les cellules mastoïdiennes.

Ces cavités atteintes par le processus morbide, étant largement ouvertes, nettoyez-les avec des curettes de formes variées. Pendant cette manœuvre, prenez garde de ne pas léser le canal de Fallope, d'enlever l'étrier et surtout de perforer le canal

semi-circulaire externe, ou la paroi labyrinthique. Vous éviterez ainsi de couper, d'infecter ou d'écraser le facial et aussi de compromettre à tout jamais l'acuité auditive de votre opéré et d'irriter le sens de l'équilibre. L'apparition immédiate d'un nystagmus spontané à type habituellement horizontal vous

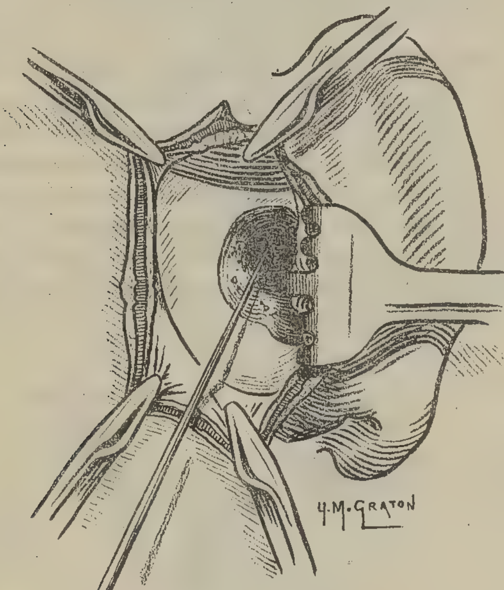


Fig. 4. — L'apophyse est ouverte, l'antre mis à nu est découvert; on aperçoit au fond le pont osseux qui forme la paroi externe du canal tympano-mastoïdien. Le stylet coudé est introduit au-dessous de lui d'arrière en avant.

indiquera l'excitation du canal semi-circulaire externe, le plus exposé dans ce cas. D'autre part, des secousses ou contractions brusques des muscles de la face, du côté où vous intervenez, vous permettront de vous rendre compte de l'irritation du facial produite par votre écouvillonnage, qu'il ne faut pas faire trop énergique.

Avant de terminer, nettoyez à différentes reprises les parties malades avec un petit tampon de gaze imprégné d'une solution de chlorure de zinc au 1/10, que vous passerez dans tous les coins et les recessus découverts par la gouge ou par la curette.

Pour finir vous aurez à niveler les bords de l'incision osseuse de préférence avec le burin, surtout au niveau du massif osseux du facial, qui doit être taillé en biseau et ne présenter aucune aspérité, gênante pour les pansements.

Tel est le deuxième temps de l'opération, telle que je la conçois et la pratique couramment.

B. Autoplastie postopératoire. — Toutes les cavités malades ayant été largement ouvertes, mises en communication avec la caisse, vous devez assurer le pansement par le conduit, afin de rendre immédiate et complète la fermeture de la plaie rétro-auriculaire, que je crois avoir été le premier à exécuter *systématiquement* depuis 1894 (1).

Si vous êtes certain d'avoir affaire à des malades soigneux de leur personne, tenant à leur esthétique extérieure, bornez-vous à fendre le conduit sur toute sa longueur, jusqu'au niveau de la conque, sans entamer cette dernière.

(1) Communication faite au Congr. de chir. de Paris, oct. 1900.

Procédez alors de la manière suivante :

Prenant une gouge de calibre moyen, vous l'introduisez par le méat auditif dans l'intérieur du conduit membraneux détaché jusqu'au moment où l'extrémité ressort par l'ouverture opposée. Armé du bistouri, vous tracez sur la gouge servant de protecteur, une incision sur toute sa longueur (fig. 5).

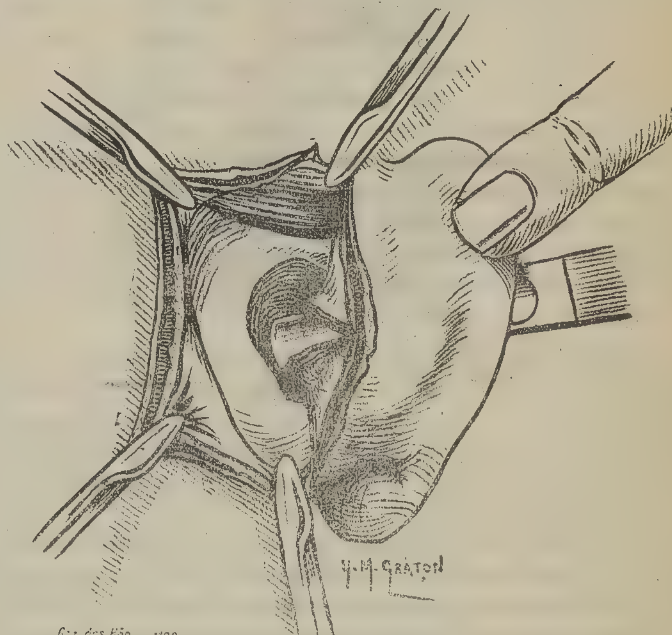


Fig. 5. — La gouge protectrice est passée dans le conduit cartilagineux décollé ; ce dernier est déjà incisé sur sa longueur jusqu'au niveau de la conque.

Suivant que vous voudrez faire un méat auditif plus ou moins large, vous arrêtez votre section au niveau de la conque, ou bien vous entamez cette dernière sur une longueur d'un demi ou de 1 centimètre.

Vous pouvez, ensuite, agir de deux manières :

1° Relever purement et simplement les deux lam-

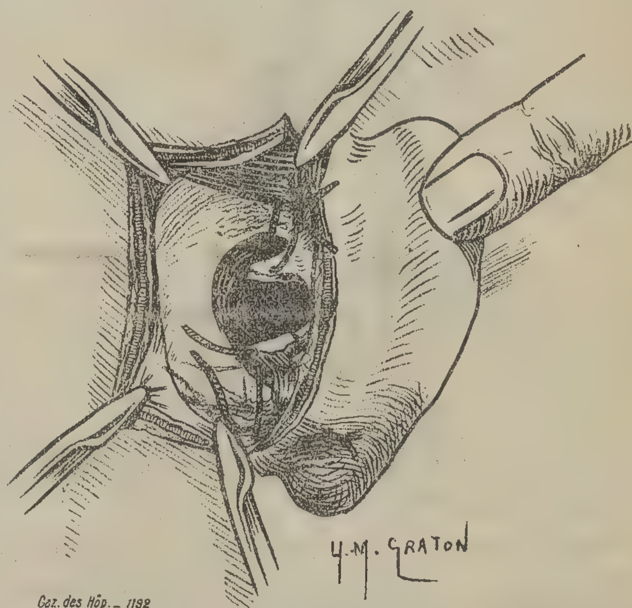


Fig. 6. — Ecartement des lambeaux supérieur et inférieur qui sont maintenus à l'aide de sutures au catgut sur les entailles osseuses qu'ils doivent recouvrir et épidermiser.

beaux du conduit sectionné, l'un vers la partie supérieure, l'autre vers le bas, en les maintenant écartés, à l'aide de points de suture au catgut (fig. 6). Cette

technique permet au lambeau supérieur de s'appliquer très exactement sur la brèche osseuse faite à ce niveau.

Lorsque le méat auditif est assez grand et que l'évidement mastoïdien n'est pas très considérable, il est facile à un praticien un peu habitué aux manœuvres endo-auriculaires, de faire aisément, à l'aide de lanières minces, bien ourlées sur leurs bords, tous les pansements par le conduit, à l'entrée duquel on met un spéculum à large ouverture.

2° Dans les cas où l'entaille osseuse de la mastoïde a été considérable, en particulier si vous avez été obligé de réséquer toute l'apophyse, par conséquent de faire un très large évidement, il est incontestable que la méthode précédente ne saurait être suffisante pour assurer les pansements par le conduit, la plaie rétro-auriculaire devant toujours être complètement refermée.

Alors, au lieu de faire usage de procédés plus ou moins ingénieux, mais compliqués, préconisés les uns par Korner, les autres par Siebenmann ou Panse, employez la méthode qui m'a toujours donné d'excellents résultats, dont l'application est simple et d'une exécution rapide.

Si le lambeau supérieur du conduit membraneux, un peu épais, s'applique mal sur la résection osseuse qu'il doit recouvrir, amincissez-le, ou bien réséquez-le, non pas tout entier, comme je le faisais autrefois, mais en partie. Supprimez les portions qui tombent vers l'intérieur de la cavité et s'accolent mal à la paroi qu'elles doivent revêtir.

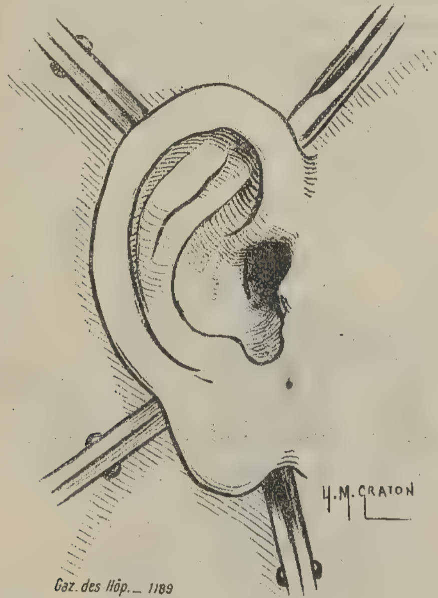


Fig. 7. — Indiquant l'incision longitudinale du conduit cartilagineux et le tracé de l'incision curviligne perpendiculaire à la première, soit un ⊢ couché.

Habituellement, après avoir fendu le conduit, suivant sa longueur, comme il a été dit précédemment, il vous suffira de prolonger l'incision jusque dans l'intérieur de la conque, à une distance plus ou moins grande, suivant l'orifice méatique que vous désirez créer. Généralement, l'ouverture ainsi faite doit admettre l'extrémité de l'index, mais pas davantage. Vous pouvez, ensuite, procéder de deux manières.

Dans la première, faites simplement une incision perpendiculaire à celle du conduit membraneux formant un espèce de T dont la branche verticale entame à peine l'entrée de la conque (fig. 7). Eversez au dehors les deux lambeaux, supérieur et inférieur, et suturez-les aux parties voisines, toujours afin de bien les appliquer sur les encoches faites à la mastoïde, au cours de l'évidement.

En cas de cholestéatome, ou de lésions ayant besoin d'être surveillées particulièrement, au lieu de faire un simple ⊢, faites dans la conque une section arrondie, dont le centre regardera vers l'intérieur du méat. En réalité, agrandissez aux dépens de la conque le méat auditif, sans vous occuper de la peau, ou du cartilage, puisque vous comprendrez l'un et l'autre dans votre incision curviligne (fig. 8). Toutefois, évitez que le fibro-cartilage ne dépasse la peau dans laquelle il est inclus.

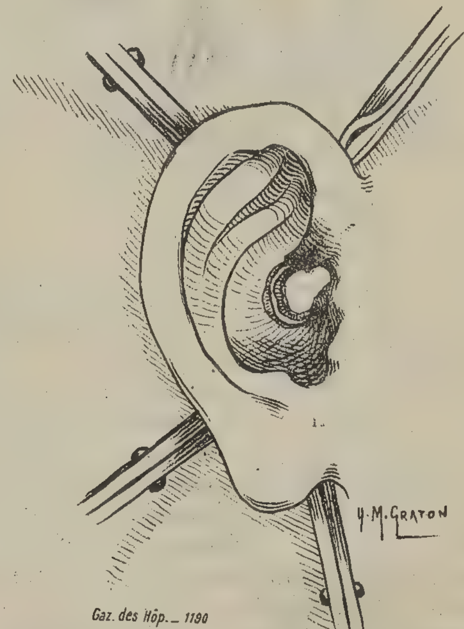


Fig. 8. — La conque est entamée par une section curviligne divisant la racine de l'hélix et le bord inférieur du fibro-cartilage.

En faisant cette incision curviligne, vous sectionnerez ordinairement la racine de l'hélix, dont les deux lèvres ainsi divisées ont tendance à s'écarter l'une de l'autre. Pour parer à cet inconvénient, et refaire en quelque sorte l'entrée du méat auditif, suturez au catgut la section faite à l'hélix. Refermez également une partie de la plaie inférieure faite à la conque. Ainsi se trouvera rétrécie l'ouverture méatique. Ce procédé a l'avantage de ne laisser à vif que la partie postérieure du nouveau méat auditif entaillé dans la conque cartilagineuse (fig. 9).

Par cette voie, vous aurez un accès très large et suffisant pour faire les pansements ; vous verrez aisément l'intérieur de la cavité, dont vous surveillerez toutes les parois, en suivant en quelque sorte pas à pas l'épidermisation qui va se faire ultérieurement.

En employant cette méthode, malgré la création d'une ouverture méatique large, la déformation extérieure n'est pas apparente, elle n'est nullement disgracieuse.

Vous ne verrez pas ces vastes délabrements et ces

cicatrices disgracieuses que laissent après eux les procédés destructifs de Siebenmann et autres.

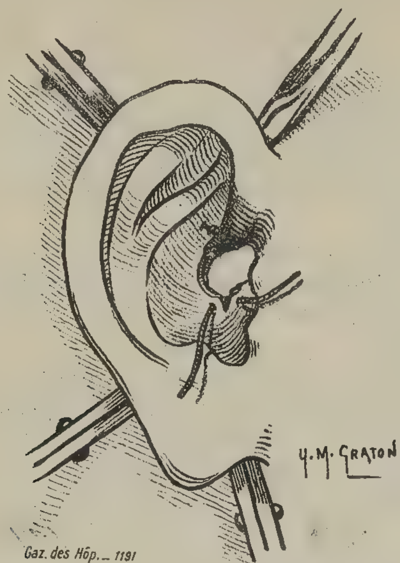


Fig. 9. — Une partie de la brèche cartilagineuse faite à la conque pour agrandir le méat auditif est réparée à l'aide de deux points de suture : un supérieur sur la racine de l'hélix, l'autre inférieur.

On termine l'opération en bourrant la cavité mastoïdienne et la caisse à l'aide d'une étroite lanière de gaze antiseptique iodoformée, ou vioformée de préférence. Cette gaze, qui ne doit pas avoir plus d'un centimètre et demi de largeur, sera ourlée sur

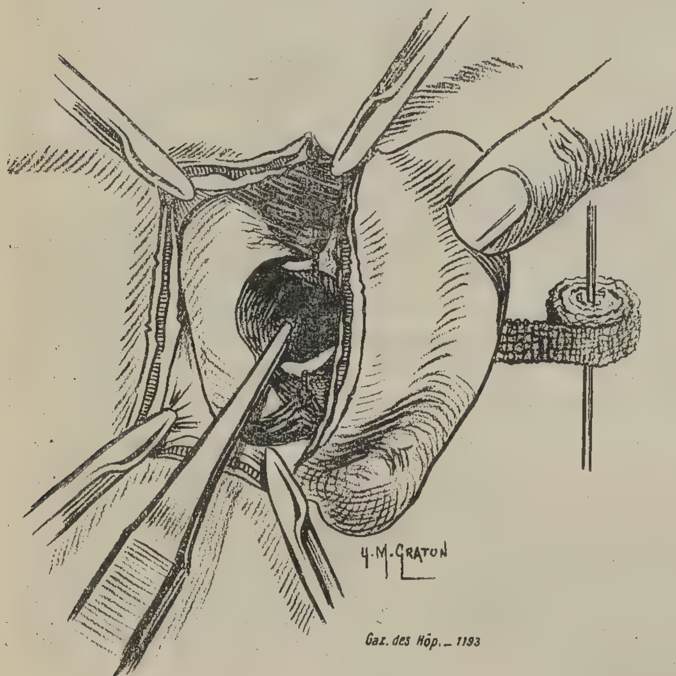


Fig. 10. — Introduction de la gaze passant par le conduit auditif pour être tassée dans la brèche osseuse qu'elle doit remplir. Il est généralement inutile de ligaturer les vaisseaux.

ses bords afin de ne pas s'effiler, son bout intérieur replié sur lui-même pour qu'il ne laisse pas de fils au fond de la plaie au moment où on l'enlèvera (fig. 10).

Ceci fait, la plaie rétro-auriculaire est complètement fermée au crin ou à la soie. Les points doivent être pris assez profondément pour assurer l'hémostase sans qu'il soit besoin de ligaturer les vaisseaux sectionnés (fig. 11).

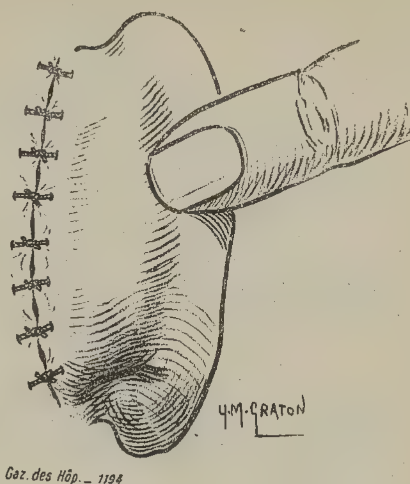


Fig. 11. — Suture de la plaie auriculaire qui termine l'opération et assure l'hémostase. Les points peuvent être plus espacés.

C. Pansements. — Les pansements consécutifs doivent toujours être faits par le conduit auditif. Suivant les cas et suivant les malades, vous ferez usage de lanières de gaze iodoformée, vioformée, ektoganée ou simplement aseptiques. Le premier pansement doit rester à demeure pendant *huit*, *dix et même douze jours*. Vous changerez le pansement extérieur, celui qui recouvre la plaie rétro-auriculaire, trois jours après l'opération. Vous serez ainsi assuré qu'il n'existe aucun point d'infection latent. Pendant l'été, ce pansement initial est indispensable pour éviter l'odeur désagréable, que répandent certains pansements *souillés* par le sang qui s'écoule après l'opération. Vous éviterez ainsi l'infection de la plaie rétro-auriculaire *qui doit se réunir par première intention.*

Lorsque je dis que le pansement intérieur est laissé à demeure pendant huit à douze jours, je dois cependant faire une petite réserve. Lorsque vous ferez le deuxième pansement de la plaie rétro-auriculaire (six à huit jours après l'opération) il vaudra mieux enlever une petite longueur de la gaze qui est dans la conque, pour la remplacer par une nouvelle, mais vous ne changerez la lanière profonde qu'après le laps de temps indiqué ci-dessus.

Lorsque vous ferez le pansement complet, vous remplacerez, suivant les cas, la gaze du début, par une semblable à la première, vioformée, iodoformée, ektoganée, imprégnée de salicylate de bismuth, ou simplement stérilisée. Il peut même être utile de vaseliner, ou de mettre un peu de pommade à l'oxyde de zinc, à l'extérieur du conduit et du pavillon, pour éviter l'irritation produite par le suintement séreux, quelquefois très abondant, qui se produit après l'opération.

Les pansements suivants seront exécutés, soit tous les deux jours, ou seulement deux fois par semaine. Il est impossible d'établir une règle absolue à cet égard, car les plaies opératoires ne se comportent pas toutes exactement de la même manière. C'est au chirurgien à voir s'il a intérêt à faire les pansements plus rapprochés ou si, au contraire, il doit les espacer. Généralement, si le suintement des

premiers jours est abondant, il vaut mieux renouveler les pansements toutes les quarante-huit heures. Si, au contraire, il est peu important, le malade peut être pansé seulement 2 fois par semaine.

Vous ne devez pas nettoyer à fond l'oreille opérée à l'aide de topiques ou de solutions plus ou moins antiseptiques, etc., car vous risqueriez d'apporter à la plaie opératoire des éléments irritants susceptibles de favoriser son infection. Si l'opération a été bien conduite et si elle a été complète, comme il ne doit plus y avoir de pus au premier pansement, il est simplement utile d'essuyer la plaie et le conduit auditif à l'aide de simples mèches de gaze stérilisée sèche.

Si le pansement a été fait d'une façon tout à fait aseptique, avec des substances convenant au malade, la plaie s'épidermise peu à peu, sans qu'il se produise de véritables granulations au niveau de la surface osseuse ouverte et curetée, et, au bout de cinq ou six semaines environ, la plaie apparaît complètement réparée. Le malade a guéri peu à peu.

Dans d'autres cas, l'os bourgeonne. Souvent, quelques fils de la gaze, oubliés dans la cavité, font l'office de corps étranger irritant. D'autres fois, la plaie infectée se recouvre de fongosités, alors la réparation se fait mal, l'oreille suinte, saigne et suppure. Vous devez alors écouvillonner la cavité avec une lanière de gaze imprégnée d'une solution au chlorure de zinc au 1/10, ou même laisser à demeure un petit tampon, imprégné de cette solution, pour supprimer radicalement le bourgeon et l'infection concomitante. Suivant le cas, vous laisserez le tampon au chlorure de zinc en place pendant quelques heures seulement, ou même pendant une journée entière.

Chez quelques malades, c'est la continuité des pansements, mal tolérés, qui produit l'irritation et le bourgeonnement de la plaie. Vous devrez alors, si le malade est opéré depuis quatre ou cinq semaines, toucher les bourgeons à l'acide chromique fondu sur un stylet, faire ensuite une injection d'eau boratée pour enlever l'excès du caustique, *supprimer les pansements secs* et conseiller au malade l'emploi d'injections avec de l'eau boratée, ou additionnée d'un antiseptique quelconque, voire même simplement d'alcool à 95 degrés sursaturé d'acide borique. Ces injections seront faites matin et soir pendant une quinzaine de jours environ, puis une seule fois par jour pendant à peu près le même laps de temps, et enfin toutes les trente-six ou quarante-huit heures, suivant que le coton placé à l'entrée de l'oreille sera ou ne sera pas souillé dans cet intervalle de temps. C'est le tampon d'ouate du méat qui vous servira de guide pour rapprocher ou éloigner les injections. Il est bon, dans quelques cas, de faire suivre les lavages d'une instillation de quelques gouttes de la solution d'alcool boriqué pur, afin de s'assurer de l'assèchement complet de l'oreille une fois l'injection terminée.

Le malade étant guéri, il conviendra de lui conseiller l'usage d'injection tous les quinze, vingt jours ou même tous les mois, pour tenir la cavité parfaitement nette, de même qu'il sera utile de faire surveiller l'oreille par le médecin traitant ou par un auriste quelconque qui s'assurera de l'existence d'un bon épiderme au niveau de la partie opérée.

Il n'est pas rare, lorsqu'on revoit les malades quinze à vingt jours après, de trouver la cavité entièrement épidermisée ou simplement bourgeonnant en un point qu'il suffit de toucher à nouveau à l'acide chromique. Vous procéderez ensuite comme je viens de l'indiquer.

Vous devrez compter sur un laps de temps qui variera de six à huit semaines avant d'avoir un résultat définitif.

D. Complications postopératoires. — Lorsqu'il persiste un suintement, il peut venir, non pas de la région opérée et souvent cicatrisée, mais de la paroi labyrinthique elle-même atteinte d'ostéite et fistulisée, complication qui empêche l'épidermisation au niveau de la caisse. D'autres fois, la muqueuse de cette dernière continue à sécréter et c'est à la longue seulement que l'épidermisation arrive à se faire. Ce sont des faits exceptionnels, mais qui existent cependant, et que vous devez connaître.

Il peut arriver aussi que, par suite de pansements septiques ou irritants, le périchondre du pavillon s'enflamme ou même s'infecte. Vous assistez alors à un début de périchondrite se traduisant par de la douleur, de la rougeur et un peu de tuméfaction de l'entrée du méat auditif. Dès que ces premiers symptômes apparaissent, badigeonnez la partie malade avec une solution au nitrate d'argent au 1/5 ou au 1/10 même, et laissez à demeure un tampon de gaze stérilisée imprégné d'une solution de nitrate au 1/30 ou au 1/50. Traitée dès le début, cette infection, due au bacille pyocyanique, est quelquefois jugulée avant d'avoir produit des désordres plus graves.

On peut considérer la périchondrite comme une complication fort ennuyeuse, car l'on voit rapidement tout le fibro-cartilage suppurer pendant des semaines et des mois jusqu'au jour où la portion malade a été complètement éliminée. Rappelez-vous alors que, dans ces cas, le nitrate d'argent est un agent merveilleux dont il faut user largement pendant la période d'évolution de cette complication.

Enfin, il n'est pas douteux que l'état général de quelques vieux otorrhéiques doit, au point de vue de la thérapeutique à appliquer, entrer en ligne de compte. Parfois la cure radicale n'est pas curative parce que le malade est un hérédo-syphilitique, un tuberculeux ou un sujet fatigué, peu apte à réparer sa plaie.

Songez alors à appliquer un traitement général qui, très souvent, vous aidera à obtenir la guérison des malades que le traitement local ne parvenait pas à guérir définitivement.

Je n'ai pas à envisager la question des cholestéatomes. On a beaucoup écrit sur ce sujet et pendant longtemps on a considéré cette complication comme fort grave, parce que destructive de l'os mastoïdien. J'avoue ne point partager cet avis. Je suis, en effet, convaincu que les plus beaux succès opératoires

sont précisément ceux dans lesquels il s'agit d'amas cholestéatomateux. Je ne parle pas, bien entendu, des formes extrêmement graves dans lesquelles le crâne est perforé, le labyrinthe détruit, etc. J'envisage ici le cholestéatome banal, ordinaire, celui que l'on trouve au moment de l'opération. Dans ce cas si la main du chirurgien n'apporte pas d'éléments infectieux, l'épidermisation se fait rapidement, régulièrement et sans écoulement postopératoire abondant.

Il suffit de revoir le malade de loin en loin, de bien assécher la cavité, de ne pas y introduire de liquides, afin de ne pas favoriser la desquamation, pour le guérir définitivement de l'affection dont il était porteur.

Il est bien évident que, au cours de l'intervention, la coque osseuse englobant le cholestéatome doit être nettoyée, curettée, ruginée avec soin, de manière à être bien certain que vous ne laissez aucune amorce de la tumeur épidermique.

Conclusions. — Telle est ma façon de comprendre la cure radicale de l'otorrhée basée sur plus de 1400 interventions faites sur la mastoïde. Elle varie donc du simple au composé, c'est-à-dire :

1° Léger délabrement, ouverture relativement minime mais suffisante dans les cas où la lésion n'a pas dépassé l'antre mastoïdien ;

2° Ouverture large lorsque l'os est atteint dans son entier ;

3° Toujours et quand même bien curetter et écouvillonner au chlorure de zinc au 1/10 ;

4° Fermer complètement et dans tous les cas la plaie rétro-auriculaire ;

5° Assurer les pansements par le conduit auditif élargi ;

6° Seules devront être pansées par derrière certaines complications endo-craniennes accompagnant parfois les vieilles otites moyennes, suppuration d'oreille réchauffée.

ACTUALITÉS

LA POLYARTHRITE RHUMATOIDE CHEZ L'ENFANT (MALADIE DE STILL)

Le 10 novembre 1896, George F. Still présentait à la Société médico-chirurgicale de Londres la description d'un syndrome morbide nouveau qu'il avait observé chez douze enfants, presque tous à l'hôpital des Enfants-Malades à Londres. Il s'agissait d'enraidissement progressif avec gonflement des articulations débutant chez les enfants avant la deuxième dentition. Le gonflement était périarticulaire, ne s'accompagnait pas de lésions osseuses, n'avait tendance ni à la suppuration ni à l'ankylose. Les coudes, les épaules, les articulations des doigts, sans phénomènes douloureux se fléchissaient progressivement, et leur extension devenait très douloureuse et même impossible. D'ordinaire les articulations étaient atteintes de manière symétrique.

En plus on observait une hypertrophie généralisée et marquée des ganglions lymphatiques ainsi que de la rate, souvent de l'anémie et des sueurs profuses.

La maladie évoluait par poussées successives, souvent avec un peu de fièvre au moment des poussées.

La plupart des malades finissaient par succomber.

Cette polyarthrite rhumatoïde de l'enfant (rheumatoïd arthritis) différait essentiellement de celle que l'on rencontre communément chez l'adulte (polyarthrite déformante) par l'absence de lésions des os et des cartilages, par la localisation du gonflement aux tissus fibreux et à la capsule, enfin par l'hypertrophie des ganglions et de la rate.

Cette description avait passé presque inaperçue, et dans les années qui suivirent on ne trouve dans la littérature médicale que quelques observations de « maladie de Still » dues surtout à des auteurs anglais (Parkes Weber, Edsall, Newlin, Barclay Ness, Poynton). Si bien que, en 1912, H. Kœppe ne put en réunir que vingt-deux observations depuis la publication de Still dont deux allemandes, une de Stock et une personnelle.

Par contre, dans ces deux dernières années, le nombre des observations s'est multiplié dans les journaux anglais ou américains ; avec celles de Gibney, Walter Jordan, Collins, Geiler Hicklind, James Lindsay, Porter Parkinson, on arrive à un total de vingt-trois nouveaux cas. En Allemagne, J. Piske en rapporte deux autres, et chez nous, dans une clinique récente M. le professeur Hutinel, décrivant les diverses formes du rhumatisme articulaire chez l'enfant, rapporte le cas d'une fillette dont l'histoire rentre dans les cas de « maladie de Still ».

Voyons donc, d'après ces documents, d'une façon plus complète, en quoi consiste l'affection. Nous exposerons ensuite les diverses explications pathogéniques qui en ont été proposées.

C'est chez l'enfant, avant six ans en général, que l'affection est observée. C'est ce qu'on trouve chez dix des douze malades de Still, sur huit de douze autres malades. On l'a observée à quatorze mois (Still), deux ans (Kœppe). Mais elle peut débuter à un âge plus avancé (majorité des cas de J. Lindsay).

Les antécédents héréditaires des malades semblent insignifiants. Tantôt on a relevé de la tuberculose chez le père (Barclay Ness, Parkes Weber) ; tantôt du rhumatisme des parents ou grands-parents (Barclay Ness, Jordan, P. Parkinson) ; voire du goitre (Newlin) ; le plus souvent on ne note rien du tout.

Par contre, les antécédents personnels des malades sont fort instructifs.

Le plus souvent on signale presque immédiatement avant le début des accidents une maladie infectieuse, la rougeole le plus souvent (B. Ness, Kœppe, P. Parkinson, V. P. Gibney dans trois cas), de la bronchite ou de la pneumonie (J. Collins, Gibney, Kœppe, J. P. Parkinson) parfois associée à la rougeole ; dans d'autres cas on a noté de la péricardite ou des lésions d'endocardite (Parkes Weber, Poynton) ; enfin, presque toujours on trouve un foyer infectieux, une suppuration dans un point quelconque de l'organisme (Lindsay).

L'affection débute en général lentement, insidieusement, au niveau d'une seule articulation qui augmente de volume. N'importe quelle articulation peut être le siège de la lésion initiale ; assez souvent c'est aux mains, au poignet ou au cou-de-pied, aux genoux qu'elle débute ; dans quelques cas on l'a vue commencer au niveau des vertèbres cervicales (P. Weber, W. R. Jordan), des épaules ou sur plusieurs articulations à la fois (G. Porter Parkinson). C'est par exception que l'on peut voir l'affection s'installer plus bruyamment avec des phénomènes fébriles.

Lorsqu'une seule articulation est prise on ne tarde pas à voir l'articulation symétrique être atteinte à son tour. Assez souvent sur les membres ce sont les articulations les plus éloignées du centre qui se prennent les premières. La maladie a tendance à la symétrie et à suivre une marche centripète.

Les deux phénomènes qui attirent l'attention sur l'articulation sont son gonflement et la limitation des mouvements.

Le gonflement est régulier, fusiforme, son volume est exagéré par une atrophie musculaire très précoce, antérieure à l'immobilisation de l'articulation. La peau est de coloration normale, l'articulation n'est pas spontanément douloureuse. L'articulation se fléchit peu à peu et les mouvements actifs deviennent impossibles ; quant aux mouvements passifs, peu limités dans le sens de la flexion, ils le sont considérablement dans le sens de l'extension. Les efforts faits pour étendre le membre sont alors très douloureux (Jordan, B. Ness, Lindsay).

L'examen radiographique montre qu'il n'y a aucune lésion osseuse et que l'épaississement siège en entier sur les parties molles (Barclay Ness, Parkes Weber, Gibney); d'autres auteurs (Newlin, James Lindsay) notent une raréfaction du tissu des deux extrémités osseuses articulaires, mais sans autre lésion.

Les trois cas d'autopsies pratiqués deux fois par Still, une fois par Kœppe confirment ces données, aucune lésion osseuse, et seulement deux fois un peu de tacheté et d'érosion des cartilages comme s'ils avaient été « mangés par des vers »; la synoviale et les parties molles périarticulaires étaient infiltrées, épaissies.

La limitation des mouvements articulaires est en entier due à la contracture des muscles et à leur rétraction. Sous anesthésie générale on est étonné de voir le membre s'allonger assez facilement, mais la déviation se reproduit très rapidement (Barclay Ness).

Le nombre des articulations prises est très variable, mais la maladie a une tendance manifeste à la multiplicité des lésions; il n'est pas rare de voir presque toutes les articulations des membres prises : articulations phalango-phalangiennes et phalango-métacarpiennes, poignet, coude, épaule, articulations du pied, cou-de-pied, genou; souvent la colonne vertébrale, surtout au cou, est atteinte (J. Collins, B. Ness, P. Weber, Gibney); plus rarement les hanches sont prises (Jordan) ou l'articulation sterno-claviculaire (Jordan).

Les adénopathies signalées par Still comme un signe constant se retrouvent avec une importance très inégale dans les observations.

Alors que dans certains cas (Barclay Ness, Gibney) il y avait d'énormes masses, dans d'autres cas les ganglions présentaient une augmentation de volume modérée (Jordan, Newlin, Parkinson) ou même l'adénopathie faisait défaut (Parkes Weber).

De même, dans certains cas, l'adénopathie est généralisée (H. Kœppe, J. Collins), dans d'autres elle porte sur de nombreux groupes, surtout aux aisselles, au cou, à l'aine, à l'épitrochlée; enfin, chez certains malades on ne trouve qu'un seul groupe ganglionnaire (Gibney). L'adénopathie n'a d'ailleurs aucun rapport de territoire avec les articulations atteintes.

L'hypertrophie de la rate est moins constante que celle des ganglions, cependant nous la trouvons signalée sept fois sur douze observations récentes, et dans deux cas de Gibney cette hypertrophie était énorme.

Le foie a été aussi trouvé volumineux dans six des douze cas précédents, et, sauf un cas (Barclay Ness), toujours chez les porteurs de grosse rate.

On a observé chez ces malades parfois des poussées d'érythème coïncidant avec des sueurs profuses (Gibney), des éruptions de taches rouges sur la face, puis généralisées, coïncidant avec des poussées de température (B. Ness), de la sécheresse de la peau avec de l'alopécie diffuse (J. Collins).

Tous ces enfants présentent un arrêt général de développement, d'autant plus marqué que l'affection les a atteints plus petits, et de plus un état d'anémie profonde qui frappe les observateurs.

Les examens de sang pratiqués par B. Ness, Newlin, Parkes Weber, V. P. Gibney, J. Collins donnent des résultats concordants : leucocytose marquée (13000 à 31000) avec éosinophilie (2,5 à 3 p. 100), dégénérescence des globules rouges avec diminution de la valeur en hémoglobine. Les reins sont parfois atteints et on peut noter de l'albuminurie (Collins, Gibney).

La température est essentiellement irrégulière. On observe des poussées qui coïncident avec des périodes de gonflement et de douleur articulaire, mais la fièvre reste minime (37,5 à 38,6). Dans l'intervalle de ces crises, la température retombe à la normale. Dans certains cas (Parkes Weber) la maladie semble évoluer sans température anormale.

La marche de l'affection est essentiellement progressive.

Tantôt les articulations sont atteintes les unes après les autres sans crises aiguës et la maladie s'échelonne sur de longues années. Tantôt elle évolue plus brusquement avec des alternances de crises plus aiguës, avec des rémissions et des rechutes.

On a même noté ce fait curieux, que les périodes d'amélioration pouvaient coïncider avec des poussées d'une maladie infectieuse, comme la broncho-pneumonie (2 cas de Gibney, Kœppe), et dans 3 cas de Still, l'amélioration datait du début d'une autre maladie (rougeole, scarlatine, ictère catarrhal).

Pour Still, le pronostic était très grave, le plus ordinairement fatal. Les malades immobilisés au lit pendant de longues années finissaient par se cachectiser et mourir d'une maladie intercurrente (cas de Still, de Kœppe).

Pour P. Weber, J. Lindsay, le pronostic serait moins sombre dans beaucoup de cas. Il existe des formes plus légères dans lesquelles, après quelques années, on voit une amélioration se produire suffisante pour que le malade reprenne une existence active, ne conservant qu'un certain nombre d'articulations enraidies ou ankylosées.

Le diagnostic n'a jamais été fait au début de la maladie; alors qu'une seule articulation était prise on pensait le plus souvent à de la tuberculose ostéo-articulaire. C'est seulement quand un certain nombre d'articulations étaient attteintes que la nature véritable de l'affection était révélée.

Les traitements les plus variés ont été préconisés dans ces cas, mais tous les auteurs insistent sur deux points : la nécessité du traitement au grand air, au soleil dans un climat tempéré, et la nécessité du repos absolu.

On y a joint dans beaucoup de cas le massage et la mobilisation prudente en dehors des crises aiguës.

La méthode de Bier employée par Whipman, Lindsay, Barclay Ness, aurait donné un peu d'amélioration à Whipman.

Comme médicaments on a donné sans grand succès le salicylate de soude et l'arsenic. Cependant, dans un cas Jordan a noté l'effet nettement favorable du salicylate associé au bicarbonate de soude à doses croissantes.

Enfin Gibney a eu des améliorations très importantes, des guérisons presque complètes dans 2 cas où il a administré de l'extrait de thymus. Mais une thérapeutique vraiment efficace ne saurait être établie sans des notions pathogéniques certaines, or on en est encore réduit aux hypothèses sur la nature de la maladie de Still.

Après avoir rejeté l'idée d'une lésion d'origine nervo-trophique à laquelle pourrait faire songer la symétrie des lésions, l'atrophie musculaire précoce, la présence d'une alopécie diffuse, l'hypothèse qui s'impose est celle de l'origine infectieuse. Mais quelle infection ? La syphilis n'est pas en cause, cliniquement on ne l'a décelée dans aucun cas, et toutes les fois que le Wassermann a été fait il s'est montré négatif (Newlin, P. Parkinson, Gibney, J. Collins).

Faut-il voir dans la « maladie de Still » une forme du rhumatisme tuberculeux tel que le conçoit Poncet ?

Nous avons trouvé dans la Revue de Mouriquand, sur le rhumatisme tuberculeux chez l'enfant, un cas de Johanessen qui reproduit un cas type de maladie de Still. Il s'agit d'une

jeune fille qui, atteinte d'affection rhumatoïde des pieds depuis l'âge de quatre ans, vit ses coudes, puis ses genoux se prendre et mourut de tuberculose pulmonaire. Dans un cas d'Edsall, le malade réagissait à la tuberculine avec des douleurs dans les articulations à ce moment.

Mais ce sont les seuls arguments en faveur de la tuberculose. Dans les autres cas des essais à la tuberculine soit sous la peau, soit au niveau de l'œil, ont été négatifs (Barclay Ness, H. Kœppe, Parkes Weber).

Une culture du contenu de l'articulation a été négative (Parkes Weber).

La majorité des auteurs semble penser que, loin de constituer une entité morbide bien définie comme le voulait Still, le syndrome qu'il a décrit peut être produit par des infections très variées. Il en est ici de même que dans le rhumatisme déformant de l'adulte qui peut résulter d'infections ou de toxi-infections très diverses. Cette conception s'appuie sur ce fait que, loin de voir entre le syndrome de Still et le rhumatisme déformant de l'adulte une barrière infranchissable et de les opposer l'un à l'autre comme le faisait Still, beaucoup d'auteurs pensent qu'il s'agit de la même affection tirant des caractères particuliers de l'âge auquel elle évolue. Lindsay, Hicklind ont montré que, dans un grand nombre de cas de l'adulte, la maladie remontait en réalité à l'enfance et n'était que le prolongement d'une « maladie de Still ».

De plus si l'enfant ne fait pas les déformations osseuses de l'adulte et présente par contre des réactions de son système hématopoïétique, celles-ci ne lui sont pas spéciales. Lindsay rappelle que dans le rhumatisme chronique déformant de l'adulte la rate est parfois augmentée de volume et les adénopathies sont fréquentes.

Il ne faudrait voir dans la « maladie de Still » qu'une arthrite rhumatoïde de l'enfant à évolution spéciale due à son âge, mais identique dans sa nature à celle de l'adulte.

M. LANCE.

BIBLIOGRAPHIE

1896. STILL. *Transact. of the Royal medical chirurgical soc. of London*, 10 novembre.

1903. F. P. WEBER. *British med. J.*, t. I, p. 730.

1904. JOHANESSEN. In G. MOURIQUAND. *Gaz. des hôp.*, 21 janv. — M. STOCK. J. D. Th. de Kiel. — EDSALL. *Arch. of Pediatrics*, mars, p. 75.

1905. F. PARKES WEBER. *The british J. of children's diseases*, vol. II, n° 5, p. 208.

1907. POYNTON. *Edinburgh. med. J.*, n° 22.

1909. HINGSTON. *Arch. of pediatrics*, t. XXVI, p. 417. — P. W. NATHAN. *American J. of the med. sciences*, juin. — NEWLIN. *The british J. of children's diseases*, t. VI, juil. n° 67, p. 316.

1910. BARCLAY NESS. *The british J. of children's diseases*, vol. VII, n° 77, mai, p. 199.

1912. H. KOEPPE. *Jahrb. f. Kindelheik*, t. LXXVI, p. 707. — V. P. GIBNEY. *Medical record*, 20 juillet, t. II, p. 93. — Walter JORDAN. *The british J. of children's diseases*, nov. vol. IX, n° 107, p. 502. — COLLINS. *Amer. Practitioner*, nov., t. XLVI, p. 553.

1913. Gertrud H. GEILER HICKLIND. *The medical chronicle*, mars, vol. XXIV, n° 6, p. 317. — James LINDSAY. *Edinburgh med. J.*, avril, p. 332. — J. PORTER PARKINSON. The Royal soc. of medicine, 24 octobre, in *Proceedings of the Royal soc. of med., section of the study of disease in children*, p. 6. Discussion : W. J. MIDELTON, WHIPHAM, CAUTLEY, F. PARKES WEBER. — J. PISKE. *Medizinische Klinik*, 30 nov. t. IX, n° 48, p. 1968. — HUTINEL. Clinique, dans l'*Etoile méd.*, nov.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DES MESURES A PRENDRE CONTRE LA LÈPRE

Bruyères-Vosges, le 13 février 1914.

Monsieur le Directeur,

Dans votre numéro 15, 5 février 1914, compte rendu de l'Académie de médecine, vous écrivez : « En France, un moine médecin avait eu l'idée de fonder une sorte de sanatorium pour lépreux. Le gouvernement a refusé l'autorisation. »

Ce moine médecin, c'est moi. Cette « sorte de sanatorium » était un hôpital modèle pour lépreux dont les plans avaient été approuvés par les autorités compétentes et très loués. Quant à l'autorisation du Gouvernement, je l'avais obtenue avec félicitations et encouragements au ministère de l'Intérieur, Conseil supérieur d'hygiène, qui avait étudié mon projet. Je me heurtai au maire du village de Ronceux (Vosges) qui prit un arrêté d'interdiction, que je déférai au Conseil d'Etat. L'Académie fut consultée et finalement le Conseil d'Etat me donna gain de cause. *Je pouvais créer mon sanatorium à Ronceux*. Si j'y renonçai, ce fut pour éviter d'autres ennuis.

Ayez l'obligeance, je vous prie, de rectifier, pour que certains lecteurs ne conservent point cette fausse notion que le Gouvernement m'aurait refusé l'autorisation en question.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'hommage de mes sentiments distingués.

Dr SAUTON.

— M. le professeur Gaucher, dont nous analysions la communication s'est exprimé textuellement de la façon suivante : « ... D'ailleurs, on a déjà essayé, en France, de créer un asile pour les lépreux et l'administration s'y est opposée. En 1900, un moine, qui est en même temps un médecin, avait pu, à l'aide de souscriptions privées, acheter à Neufchâteau, dans les Vosges, une propriété qui était un ancien couvent de bénédictines, le couvent de Sainte-Anne, et qu'il destinait à l'hospitalisation et à l'isolement de lépreux venant des colonies. Devant les réclamations du maire et malgré l'approbation du Conseil d'hygiène et l'appui de notre collègue Henri Monod, qui était alors directeur de l'hygiène, et dont je salue respectueusement la mémoire, l'autorisation d'ouvrir cet asile fut refusée par le Gouvernement : la maison fut vendue et il ne fut plus question d'isoler les lépreux. C'est aujourd'hui à l'Etat à faire lui-même ce qu'il a empêché l'initiative privée de faire autrefois. » (*Bull. de l'Acad. de méd.*, n° 5, séance du 3 fév. 1914, p. 181.)

NOTE DE PRATIQUE

Il ne suffit pas de prescrire de la chaux aux déminéralisés, il faut s'efforcer de la rendre assimilable; ordonner, par exemple, une cuillerée à café de Ternose trois fois par jour. Ce granulé, très agréable au goût, convient aussi bien aux enfants qu'aux adultes.

ANALYSES

MÉDECINE

Origine pneumonique inflammatoire des lésions nodulaires de la tuberculose pulmonaire. (Rénon et Géraudel. *Journ. des prat.*, 3 janv. 1914.) — Il est classique de décrire dans la tuberculose pulmonaire les lésions macroscopiques suivantes : des lésions nodulaires : granulations et tubercules; des lésions en nappe : infiltration ; des lésions d'inflammation banale : pneumonie et broncho-pneumonie; microscopiquement on décrit deux lésions primordiales, les follicules et les lésions non folliculaires inflammatoires.

En réalité, dans le poumon, le bacille de Koch réalise purement et simplement des *pneumonies* avec toutes leurs variétes. En ce qui concerne les lésions en nappe, la question est jugée ; Tripier, Letulle décrivent la pneumonie caséeuse non pas comme une agglomération de lésions folliculaires, mais comme de véritables foyers de pneumonie. La granulation, le tubercule, le nodule ne sont pas des réalités histologiques, mais uniquement des lésions de pneumonie empruntant leur apparence spéciale, à leur minime étendue et à leur disposition en foyers. Grâce à des techniques précises révélant les fibres élastiques, Letulle décrit les tubercules crus de Laënnec comme des foyers minimes de pneumonie caséeuse. La tuberculose pulmonaire apparaît donc comme formée de pneumonies à foyers plus ou moins étendus, à modalités variées, depuis la pneumonie suraiguë, nécrosante, jusqu'à la pneumonie chronique sclérosante.

L'évolution de tout cas de tuberculose pulmonaire est en réalité la somme d'une série de poussées pneumoniques de modalités variées ; dès sa formation le foyer pneumonique est soit cicatriciel ou fibreux guéri en naissant pour ainsi dire, soit nécrosant, caséeux, sans tendance à la guérison.

J. MILHIT.

Sur les réactions aseptiques des méninges et leur diagnostic. (J. Euzière. *Paris méd.*, 27 déc. 1913.) — Au cours de symptômes méningés, souvent alarmants, la ponction lombaire peut donner issue à un liquide céphalo-rachidien puriforme, qui par son aspect semble confirmer le diagnostic de méningite; cependant l'étude bactériologique ne fait découvrir aucun microbe et l'examen cytologique permet de constater que les éléments figurés sont dans un état de conservation presque parfait; c'est à ce syndrome que M. le professeur Widal a donné le nom d'épanchements puriformes aseptiques des méninges. La pathogénie de ce syndrome est parfaitement éclaircie; il est dû à une poussée congestive des méninges qui relève le plus souvent d'une irritation toxique; expérimentalement on a réalisé un syndrome analogue par l'injection de substances hétérogènes aseptiques dans le cul-de-sac arachnoïdien. Parfois l'origine toxique est évidente : intoxication urémique, Chauffard, Caussade et Villette; intoxication gravidique, Villaret et Tixier; alcoolisme; parfois cette réaction est le résultat d'une irritation de voisinage; Dopter a montré que le coup de chaleur pouvait entraîner ce genre de modification du liquide céphalo-rachidien ; il en est de même de la grippe, de la pneumonie; enfin les lésions chroniques du système nerveux jouent aussi un rôle dans la réalisation de ce syndrome. Pour affirmer qu'il s'agit bien d'un épanchement puriforme aseptique, comportant en général un pronostic favorable, il est indispensable de s'assurer de la stérilité du liquide par l'examen bactériologique du liquide (examen direct, culture, inoculation) et de l'état d'intégrité des polynucléaires; on complétera ces recherches par la vérification de la non-augmentation de l'albumine rachidienne et le dosage du sucre rachidien.

J. MILHIT.

MÉDECINE LÉGALE

L'ulcère traumatique de l'estomac ; considérations médico-légales. (Ch. Petit. *Le médecin praticien*, 24 déc. 1913.) — Il est fréquent qu'une expertise médico-légale soit ordonnée pour vérifier chez un accidenté du travail si les symptômes douloureux gastriques accusés depuis son accident ont un ulcère pour origine et en second lieu si cet ulcère est la conséquence directe de l'accident. Le diagnostic positif d'ulcère se basera surtout sur la recherche méthodique des hémorragies intestinales occultes et sur l'examen attentif de la sécrétion et de la motricité stomacales; en ce qui concerne les relations qui unissent le traumatisme et l'ulcère, les combinaisons suivantes sont seules possibles : 1° le traumatisme a déterminé l'ulcère ; 2° il a révélé un ulcère latent; 3° l'ulcération existait avant l'accident qui n'a fait que l'aggraver.

Les conclusions présentées par l'auteur sont les suivantes : 1° l'existence d'un ulcère traumatique de l'estomac ne saurait plus être mise en doute à l'heure actuelle ; 2° cet ulcère se développe sous l'influence de la contusion stomacale consécutive soit à un traumatisme direct, soit à un traumatisme par contrecoup. La lésion contusive primitive intéresse la muqueuse gastrique avec intégrité ou altération des autres tuniques stomacales ; elle est immédiate (déchirure directe), ou tardive (nécrose limitée au point contus). La transformation de la lésion initiale banale en une altération spécifique s'opère sous l'influence de l'auto-digestion acide. L'ulcère traumatique est en tous points semblable par ses signes physiques et fonctionnels à la maladie de Cruveilhier ; cependant le pronostic en est plus favorable, la guérison peut se produire après quelques mois d'un traitement rigoureux.

En cas d'expertise médico-légale, il y aura donc à résoudre les trois questions suivantes : Y a-t-il ulcère de l'estomac ? La lésion ulcéreuse doit-elle être rattachée à l'accident ? Le traumatisme allégué a-t-il déterminé l'ulcération ou au contraire a-t-il aggravé une affection préexistante ? J. MILHIT.

NEUROLOGIE

L'épreuve de Proust-Lichteim-Déjerine. (Froment et O. Monod. *Journ. de méd. interne*, 30 déc. 1913.) — C'est en 1872 que Proust montra que certains aphasiques pouvaient indiquer le nombre de lettres du mot qu'ils étaient incapables de prononcer ; Lichteim, en 1885, fit porter l'épreuve sur le nombre de syllabes, et Wernicke, puis Déjerine montrèrent que, ainsi modifiée, cette épreuve devenait un des meilleurs éléments du diagnostic différentiel entre l'aphasie motrice corticale et l'aphasie motrice sous-corticale.

Les recherches spéciales des auteurs de cet article très documenté les ont conduits aux conclusions suivantes.

Cette épreuve est positive tout aussi bien dans l'aphasie motrice pure d'emblée que dans l'aphasie motrice pure d'évolution. Elle l'est encore dans les aphasies motrices presque pures ou aphasies motrices type Broca améliorées et ne gardant plus qu'une agraphie légère. Elle est toujours négative chez l'aphasique moteur illettré quelle que soit la nature exacte de la lésion causale. Le caractère positif ou négatif de l'épreuve ne peut constituer, en aucune façon, un argument pour la localisation sous-corticale ou corticale de la lésion causale. La nécessité de l'épreuve témoigne de l'intégrité tout au moins relative des images visuelles verbales et de la possibilité de leur évocation volontaire. Elle n'implique pas nécessairement l'intégrité des images auditives ou auditivo-motrices. Elle ne permet pas d'affirmer qu'il y a, à proprement parler, intégrité de la notion du mot et du langage intérieur.

J. MILHIT.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 21. — JEUDI 19 FÉVRIER 1914. 87e ANNÉE. JEUDI 19 FÉVRIER 1914. — N° 21.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 10 francs par an.
Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Thiéry, Arrou, Marion, Launay, Richelot, Reynier et Richardière.

Candidats. — 1. MM. Cauchoix, Rouhier, Olivier, Okinczyc, Martin, Toupet, Küss, Berger, Basset, Capette,

11. Houdard, Pascalis, Picot, Bazy, Gernez, Kendirdjy, Guimbellot, Barbier, Cadenat, Bréchot,

21. Muret, Sauvé, Français, Deniker, Mercadé, Monsaingeon, Phélip.

— CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HOPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 16 février. — MM. Halphen, 15; Blanluet, 19.

Prochaine séance, vendredi 20 février, à neuf heures du matin, à l'hôpital Laënnec.

— CONCOURS DE L'INTERNAT EN PHARMACIE. — Le jury est provisoirement composé de MM. Leroux, Goris, Berthoud, Richaud, Valeur.

HOPITAUX DE PROVINCE. — AVIGNON. — Le jeudi 2 avril 1914, à huit heures du matin, sera ouvert à l'hôpital d'Avignon un concours pour deux places d'interne en médecine et en chirurgie à l'hôpital civil et militaire.

Les candidats devront se faire inscrire, au moins huit jours avant la date fixée pour le concours, au secrétariat général des hospices.

HOPITAL SADIKI (TUNIS). — Une place d'interne est vacante à l'hôpital Sadiki.

Les avantages sont les suivants : Logement, éclairage, chauffage, blanchissage. Traitement annuel (2 400 francs). Bibliothèque. Amphithéâtre. Très grand mouvement chirurgical.

Conditions : Etre Français, scolarité terminée avec ou sans thèse. Engagement minimum d'un an. Le service comprend : l'assistance, la visite et contre-visite, les pansements, les opérations d'urgence. Garde de vingt-quatre heures, un jour sur trois. Préférence accordée à interne en exercice justifiant d'une pratique chirurgicale sérieuse.

Adresser les demandes avec toutes pièces justificatives utiles, à M. le docteur Brunswic le Bihan, médecin chef de l'hôpital Sadiki, Tunis.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — M. Gabriel, docteur en médecine, pharmacien de première classe, licencié ès sciences, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— POITIERS. — M. Boucherie, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est chargé, en outre, des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle, du 1er janvier au 31 octobre 1914.

MÉDAILLES DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Les récompenses suivantes ont été attribuées pour services exceptionnels rendus à l'assistance publique :

Médailles d'or. — M. le docteur Séailles (de Paris).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Jacob (de Saint-Affrique), Destieux (du Gers), Perrier (de la Voulte-sur-Rhône).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Bailleul (de Pontorson), Blaise (de Bussang), Cadenaule (de Bordeaux), Debrigode (de Taverny), Desgranges (de Marchenoir), Dubourg (de Cenon), Leray (de Rennes), Painblan (de Lille), Reynders (de Neufchâteau), Triaud (de Bordeaux).

LUTTE NATIONALE CONTRE LA MOUCHE, LE RAT ET AUTRES ANIMAUX NUISIBLES A LA SANTÉ PUBLIQUE. — Un comité d'initiative a été constitué il y a quelques mois sous la présidence de M. le professeur Blanchard pour la fondation d'une association nationale de lutte contre la mouche, le rat et les autres animaux (insectes, parasites, rongeurs, etc.) nuisibles à la santé publique.

La réunion constitutive de ce groupement aura lieu le samedi 21 février, à quatre heures quarante-cinq du soir, au ministère de l'Intérieur, salle des fêtes.

CONGRÈS DE LA THALASSOTHÉRAPIE DE CANNES. — Au programme si complet et si varié que nous avons déjà publié, il convient d'ajouter deux excursions, l'une précédant la réunion à Cannes et l'autre y faisant suite, pour *une semaine en Corse.* Prix spécial : 205 francs en première classe. Pour

renseignements et adhésions s'adresser directement et dès maintenant au bureau central des voyages pratiques, 5, rue de Rome, à Paris.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA PÉNURIE DES MÉDECINS MILITAIRES ET L'UTILISATION DES DOCTEURS ET ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ACTUELLEMENT SOUS LES DRAPEAUX

Par suite de la pénurie actuelle des médecins militaires, le ministère de la guerre est obligé périodiquement de procéder à des convocations de médecins de réserve et de l'armée territoriale, ou même à des réquisitions de médecins civils. C'est ce qui va se produire prochainement encore au moment des opérations des conseils de revision.

Pour alléger la tâche des médecins militaires, le ministre de la guerre, par une circulaire en date du 12 janvier 1914, a prescrit que les docteurs et étudiants en médecine incorporés *avec* ou *avant la classe 1912* devront être utilisés de la façon suivante :

Les docteurs et étudiants pourvus de 12 inscriptions seront affectés soit aux hôpitaux militaires, infirmeries, hôpitaux, salles militaires d'hospices mixtes pour servir d'aides aux médecins traitants, soit aux services régimentaires où ils suppléeront en cas de nécesssité les médecins auxiliaires. Les étudiants possédant moins de 12 inscriptions seront utilisés dans les infirmeries régimentaires. Dans tous les cas les médecins auxiliaires titulaires resteront attachés au service régimentaire à l'exclusion de tout service hospitalier.

Dès que cette circulaire a été connue un certain nombre de lecteurs nous ont demandé si les étudiants incorporés avec la classe 1913 étaient exclus de ces dispositions d'une façon définitive ou si une réglementation les concernant était en préparation.

Nous n'avons pas hésité à nous adresser à M. le sénateur Léon Labbé, membre de la commission de l'armée, et à demander à notre vénéré maître, qui est toujours prêt à se dévouer pour ses confrères, de vouloir bien nous renseigner et d'intervenir au besoin auprès du ministre en faveur des étudiants de la classe 1913.

Malgré ses nombreuses et importantes occupations M. Léon Labbé a bien voulu se déranger lui-même, ce dont nous lui gardons une très vive gratitude, et il nous communique aujourd'hui une lettre de M. le médecin inspecteur Troussaint, directeur du service de santé au ministère de la guerre, exposant les *raisons pour lesquelles les étudiants de 1913 ne pourront malheureusement pas bénéficier des mêmes dispositions* que leurs camarades de la classe 1912.

« Paris, le 14 février 1914.

Monsieur le sénateur et très vénéré maître,

Vous avez bien voulu me communiquer une lettre de M. le docteur Le Sourd relative aux étudiants en médecine de la classe 1913, qui solliciteraient d'être mis à la disposition du service de santé dans les mêmes conditions que leurs camarades incorporés avec la classe 1912.

J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'en l'état actuel de la réglementation cette demande ne peut être accueillie.

La circulaire ministérielle du 12 septembre 1913 (état-major de l'armée) relative aux conséquences de la nouvelle loi de recrutement du 7 août 1913, en ce qui concerne la marche de l'instruction, dispose, en effet, qu'en règle absolue, aucun homme de recrue ne doit, sous aucun prétexte, être distrait de l'instruction donnée dans son unité ou pourvu, soit comme titulaire, soit comme élève, d'un emploi quel qu'il soit, au cours de sa première année de service.

La même circulaire a prévu que des tempéraments pourraient être apportés à cette règle pour les hommes de la classe 1912, et c'est ce qui a permis de mettre les étudiants en médecine de cette classe à la disposition du service de santé ; mais elle a formellement rappelé qu'en 1913-1914 il y aurait lieu d'appliquer intégralement en ce qui concerne la classe 1913 les prescriptions relatives à l'interdiction d'effectuer pendant la première année d'instruction aucun prélèvement pour le recrutement des emplois de toute nature.

Veuillez agréer, Monsieur le sénateur, l'assurance de ma haute considération et de mes sentiments respectueux et affectueusement dévoués. TROUSSAINT. »

CORRESPONDANCE

A PROPOS DE LA RÉFORME DE L'INTERNAT

Provins, le 15 février 1914.

Monsieur le directeur,

Voulez-vous donner l'hospitalité à ces quelques réflexions suggérées par la publication de la réforme du concours de l'internat ?

L'application aux épreuves de cette année m'en paraît bien précipitée et peut porter aux candidats en cours de préparation un préjudice assez sérieux. Sans parler de la perturbation apportée dans la préparation du concours, un certain nombre de candidats vont se trouver évincés du fait de l'obligation d'avoir la onzième inscription avant l'épreuve de sélection de juillet. Un certain nombre d'entre eux ont pu négliger la préparation du deuxième examen, d'autres ont pu y échouer et pour ceux-là les conséquences d'un échec se trouveraient singulièrement aggravées du fait de l'impossibilité où ils seraient de s'inscrire. Cette aggravation de pénalité après coup ne paraît pas très équitable, et pour toutes ces raisons il me semble que l'administration serait bien inspirée en reportant l'application de la réforme à l'année 1915 ou tout au moins en ne modifiant pas cette année les conditions d'inscription au concours de l'internat.

Si ces réflexions vous paraissent justifiées j'espère que vous voudrez bien les soumettre avec toute votre autorité à l'administration.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de mes sentiments les plus distingués. Dr GELLÉ.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement du tabes (*Consultations médicales françaises*, fasc. 11), par le docteur Paul SAINTON, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. Deuxième édition. In-16 de 20 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco; abonnement annuel (12 fasc.) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

L'Avortement (*Consultations médicales françaises*, fasc. 12), par le docteur P. RUDAUX, accoucheur des hôpitaux de Paris. Deuxième édition. In-16 de 20 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco; abonnement annuel (12 fasc.) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

Traitement de l'urétrite chronique (*Consultations médicales françaises*. fasc. 13), par le docteur Emile JEANBRAU, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, chef du service des maladies des voies urinaires à l'hôpital général. Deuxième édition. In-16 de 28 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco; abonnement annuel (12 fasc.) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

CLINIQUE MÉDICALE

ÉTUDES SUR LA PATHOLOGIE DE L'ULCUS

III

L'ULCUS CHEZ LES GENS AGÉS

Par M. Albert MATHIEU (*),
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Nous allons nous occuper aujourd'hui de l'ulcus chez les gens âgés (**); j'entends par gens âgés, ceux qui ont atteint ou dépassé cinquante ans.

Faits cliniques. — Pour commencer, je vais rapporter un certain nombre d'observations qui, sous leur forme concrète, donneront une idée plus nette de l'ulcus à cet âge qu'une description abstraite.

1° Une femme âgée de soixante-deux ans, couturière, vient à la consultation en janvier 1909. Elle déclare n'avoir jamais eu auparavant de troubles de la digestion. Depuis huit ans environ, à la suite de revers de fortune, elle a été obligée de travailler beaucoup pour vivre; elle a eu de la misère et elle s'est alimentée d'une façon très défectueuse. Six mois auparavant, elle a éprouvé pour la première fois des douleurs survenant deux heures après le repas avec sensation de crampe vers l'hypocondre gauche. Jamais elle n'a eu de vomissements, donc, pas d'hématémèse. Par contre, elle paraît avoir eu à plusieurs reprises des selles mélæniques accompagnées de lipothymie. Elle a bon appétit, elle digère bien, mais elle a réduit son alimentation de peur de la douleur et il en est résulté un amaigrissement assez considérable. Cette douleur est calmée dans une certaine mesure par l'ingestion des aliments; mais elle n'est pas calmée complètement. A la palpation, on provoque une sensibilité vive de la partie supérieure gauche de la région épigastrique, et, à un moment donné, cette douleur était tellement marquée, il y avait de ce côté une rénitence telle, qu'on s'est demandé s'il n'y avait pas autre chose qu'un ulcus, s'il n'y avait pas de la périgastrite, sinon peut-être une lésion néoplasique. Du reste, à aucun moment, on n'avait trouvé de tumeur appréciable, et ce fait négatif, rapproché de cette autre particularité que cette malade avait conservé un excellent appétit, était de nature à faire penser qu'il s'agissait simplement de lésions ulcéreuses.

Sous l'influence du traitement, du régime, et en particulier, semble-t-il, de l'usage du lait homogénéisé, les douleurs se sont calmées, la malade a repris du poids. De 43k800 en janvier 1909, à la fin de décembre, elle avait, par une progression continue, atteint 54k500. Cette augmentation de 11 kilogrammes était de nature à rassurer sur l'affection qu'elle présentait, et, du reste, à l'examen radioscopique, on avait trouvé un estomac normal, peut-être légèrement ptosé. On avait constaté des contractions péristaltiques; mais il n'y avait aucune espèce de déformation suspecte de l'image. Par conséquent, avec les réserves naturelles en cas semblable, on avait conclu à l'existence d'un ulcus. Cette malade a vu depuis son état s'améliorer, si bien que, quatre ans après le moment où nous l'avons vue pour la première fois, nous pouvons affirmer qu'il ne s'agissait pas de néoplasme.

2° Voici un second fait intéressant à d'autres points de vue. Il concerne un employé de commerce âgé de cinquante-six ans qui se présente ici en décembre 1909. Il n'a pas éprouvé de phénomènes de dyspepsie avant l'âge de cinquante et un ans. A ce moment, il y avait des phénomènes de dyspepsie banale sensitivo-motrice, c'est-à-dire des digestions lentes et difficiles, de la pesanteur après le repas et parfois des vomissements pituiteux œsophagiens. Depuis deux ans, sont survenues des crises douloureuses assez intenses calmées par l'usage du bicarbonate de soude. Ces douleurs avaient notablement augmenté depuis un an; elles survenaient à jeun, quelquefois immédiatement après le repas; mais les plus fortes d'entre elles étaient tardives ou du moins semi-tardives, débutant deux à trois heures après le repas du soir. Les douleurs les plus intenses du reste se montrent vers quatre ou cinq heures du matin.

Dix-huit mois avant que ce malade ne vienne à l'hôpital, il avait eu des vomissements marc de café qui s'étaient reproduits à des périodes plus ou moins espacées. Il déclarait n'avoir pas beaucoup maigri au début; mais, depuis un an, l'amaigrissement s'était nettement accusé et avait atteint 15 kilogrammes. L'appétit était conservé, il y avait cependant un peu de dégoût pour la viande.

On voit ici le dégoût pour la viande signalé sous une forme très atténuée; dans d'autres observations il prend une importance beaucoup plus grande, et il est assez curieux de constater que, lorsqu'il existe un ulcus chez les gens âgés, il n'est pas très rare d'observer l'apparition d'une anorexie totale, et, en particulier d'un dégoût pour la viande, qui rappellent beaucoup ce que l'on trouve dans le cancer et cette idée de cancer vient d'autant plus facilement à l'esprit que le malade maigrit et prend l'aspect cachectique.

A l'examen en décembre 1909, on trouve une dilatation considérable de l'estomac avec un flot étendu, des contractions péristaltiques visibles; le matin, on retire par la sonde un litre de liquide, brunâtre. Le tubo-gavage a été institué, il a amené un certain degré d'amélioration; mais du 28 janvier au 2 février s'est produite une série d'hémorragies graves avec hématémèse et melæna qui ont causé la mort.

A l'autopsie, on constate un estomac très dilaté, mais pas de lésion néoplasique; il existe un ulcus énorme de la petite courbure qui empiète sur la face postérieure; il mesure de 13 à 15 centimètres sur 2 à 4 de large. L'une des extrémités s'arrête à quelques millimètres du pylore, de telle sorte que la forme générale de cet ulcus géant est celle d'un arc dont la concavité suit celle de la petite courbure et dont

(*) Conférence faite le 15 janvier 1914 à l'hôpital Saint-Antoine. (Compte rendu sténographique revu par l'auteur.)

(**) Voir *Gaz. des hôp.*, 1914, n° 8, p. 117 et n° 14, p. 213.

les bords sont épais de 3 à 4 millimètres et surplombent le fond de l'ulcus. Ce fond est constitué entièrement par le pancréas. En plus il existe deux petits ulcères au-dessus de l'extrémité supérieure du grand ulcère; l'un a la dimension d'une pièce d'un franc à peu près. Il a perforé l'estomac et entamé la substance hépatique.

Plusieurs points de cette observation sont vraiment intéressants. Tout d'abord, il s'agit d'un ulcus que l'on peut qualifier d'ulcus géant. J'aurai l'occasion ultérieurement, de montrer des dessins et des pièces anatomiques d'ulcus géant de la petite courbure; tous sont des ulcus de la petite courbure, et tous se sont produits chez des gens ayant sinon atteint la cinquantaine, tout au moins ayant dépassé quarante ans. Seuls, les ulcus de la petite courbure ou des faces peuvent atteindre de semblables dimensions. En effet, s'ils siégeaient soit plus haut, vers l'orifice du cardia, ce qui est un siège rare pour l'ulcus, soit plus bas, ce qui est plus fréquent, du côté du pylore, il se produirait des accidents de sténose qui arrêteraient l'évolution de l'ulcération.

3° Voici cette fois un cas de sténose pylorique par ulcus chez un homme de soixante-deux ans. Entré dans mon service le 7 octobre 1913, il m'apprend qu'il n'a pas eu de maladie antérieure et qu'il n'est ni syphilitique, ni alcoolique. En 1908, cinq ans auparavant, à une époque où il était âgé de cinquante-huit ans, il a éprouvé des aigreurs et des douleurs deux heures environ après le repas. Ces phénomènes de dyspepsie ne présentaient du reste pas grand caractère : c'était de la dyspepsie banale, de la dyspepsie quelconque. Eh bien! il n'est pas très rare au début de l'ulcus chez les vieillards de constater une première période dans laquelle on n'observe que cette dyspepsie sans caractères spéciaux, sans rien qui rappelle les douleurs révélatrices de l'ulcus. Puis, accalmie pendant dix-huit mois environ sous l'influence d'un meilleur régime alimentaire, et, en 1910, reprise des douleurs par crises espacées. Elles prennent au début le caractère de crises paroxystiques plus ou moins séparées les unes des autres; puis enfin, les douleurs devinrent à peu près constantes et le malade souffrait d'une façon permanente depuis dix mois lorsqu'il est venu à nous. Les douleurs survenaient surtout deux heures après le repas, elles étaient violentes, irradiant dans le ventre et dans les reins; elles étaient calmées par les vomissements et les alcalins. Depuis quatre ou cinq mois, vomissements à peu près toutes les semaines, quelquefois deux jours de suite, ayant les caractères des vomissements de grande stase par sténose pylorique, vomissements alimentaires abondants dans lesquels le malade ne pouvait pas dire s'il existait des aliments pris la veille ou l'avant-veille. Pas d'hématémèse; perte d'appétit, dégoût pour les aliments, particulièrement pour la viande.

L'amaigrissement est notable, on trouve une grande dilatation de l'estomac avec du liquide à jeun en assez grande quantité, y compris de la poudre de viande ingérée la veille. A la radioscopie, signes de grande dilatation de l'estomac par sténose pylorique.

En raison de son âge et aussi des caractères mêmes de cette dilatation, l'impression était qu'il s'agissait d'un néoplasme du pylore, soit d'un néoplasme directement cancéreux, soit d'un néoplasme greffé sur un ulcus antérieur.

L'opération a été faite par M. Ricard le 13 octobre. Il s'est trouvé en présence d'une grande dilatation de l'estomac, d'une sténose pylorique très nette avec une masse irrégulière, indurée, qui a été déclarée nettement néoplasique. Elle a été déclarée d'autant plus volontiers néoplasique qu'il y avait une série de petits noyaux indurés dans le mésentère qui ont gêné pour pratiquer la gastro-entérostomie et qui ont été considérés comme des noyaux de généralisation cancéreuse.

Eh bien! ce malade n'était pas un cancéreux. Il a succombé malheureusement à une pneumonie massive dans les quarante-huit heures, et, à l'autopsie, on a trouvé qu'il s'agissait d'une lésion ulcéreuse typique et non d'une lésion cancéreuse; les indurations ganglionnaires étaient purement inflammatoires.

L'erreur qui avait commencé pendant l'observation clinique s'était continuée au moment de l'exploration anatomique. Si l'on avait — comme la chose aurait pu se faire — trouvé une tumeur à la palpation de l'abdomen, on aurait eu une raison de plus encore d'admettre l'existence d'un cancer, ou en tous cas une difficulté plus grande à reconnaître la nature ulcéreuse de la maladie. Nous voyons donc apparaître ici la possibilité de l'existence d'une tumeur chez des malades présentant des lésions d'ulcus.

4° Une dernière observation qui, celle-là, est intéressante par ce fait que, chez un homme de soixante-cinq ans ayant présenté des accidents d'ulcus depuis très longtemps, il s'est fait très tardivement une sténose serrée qui devait ainsi donner l'impression d'être plutôt d'origine néoplasique que d'origine ulcéreuse.

Ce malade avait commencé à souffrir de l'estomac pour la première fois au retour de la campagne de 1870; c'étaient des douleurs tardives survenant trois ou quatre heures après les repas. Elles se produisaient par périodes plus ou moins espacées; quelquefois il s'écoulait deux ans, quelquefois seulement six mois entre deux périodes de douleurs successives. Il n'y avait jamais eu d'hématémèse. Sept ans avant qu'il ne vînt à être observé par nous, c'est-à-dire en 1906, pendant six mois, il avait vomi presque tous les jours vers la fin de l'après-midi les aliments qu'il avait pris au repas précédent, et ces vomissements survenaient à la suite de grandes crises douloureuses. Depuis six mois, il avait moins souffert, mais il avait eu des vomissements répétés tendant à présenter de plus en plus nettement l'allure des vomissements de stase. On trouvait à l'examen abdominal une vaste poche gastrique animée de contractions péristaltiques visibles, particularité qui se trouvait complétée et confirmée par les résultats de l'examen radioscopique.

Ce malade a été opéré par M. Pierre Duval à la maison de santé Marie-Lannelongue. Il a trouvé un estomac très dilaté avec un ulcus juxta-pylorique

situé sur le versant gastrique du pylore, lésion correspondant à une très large cicatrice étoilée, nacrée, avec des adhérences vers les parties voisines qui s'étendaient jusque sur le duodénum. Pas de ganglion et aucun indice de lésions néoplasiques.

Nous voyons ici un homme qui a souffert de l'estomac presque toute sa vie; mais je n'ai pas besoin d'insister de nouveau sur la fréquence relative et l'importance de cette particularité. Nous voyons, de plus, un sujet présenter tardivement, à soixante-cinq ans, des accidents, non pas d'ulcus, mais de sténose consécutive à un ulcus dont il a souffert pendant quarante ans de sa vie.

Ce qui ne veut pas dire, bien entendu, que la même ulcération a persisté pendant tout ce temps.

Les quatre faits précédents ont ce trait commun qu'ils correspondent à des lésions ulcéreuses, mais ils sont assez différents les uns des autres. Ils montrent que, dans certains cas, il peut s'agir d'un ulcus récent, d'un ulcus jeune encore chez un vieux. Cet ulcus, on peut le retrouver trois ou quatre ans plus tard à l'état d'ulcus permanent. Dans d'autres cas, plus anciens encore, il s'agit d'un vieil ulcus chez un vieux.

Fréquence de l'ulcus chez les gens agés. — Est-ce que, en présentant ces quatre observations à titre d'exemples, j'ai choisi des faits très rares, et est-ce à titre de curiosité exceptionnelle que je les ai présentées? Ce ne sont pas des faits extrêmement fréquents, mais on ne peut pas non plus les qualifier d'exceptionnels par leur rareté, et la statistique relevée par M. Moutier dans les observations de mon service le démontre.

Sur 380 femmes il a relevé :

17 cas d'ulcus de cinquante et un à soixante ans, c'est-à-dire 4,72 p. 100 ;

7 cas d'ulcus de soixante et un à soixante-dix ans, 1,84 p. 100;

1 ulcus chez une femme de soixante et onze à quatre-vingts ans, 0,26 p. 100.

Sur 632 hommes il y avait :

79 cas d'ulcus très vraisemblable, de cinquante et un à soixante ans, 12,50 p. 100;

17 cas de soixante et un à soixante-dix ans, 2,68 p. 100;

2 cas de soixante et onze à quatre-vingts ans, 0,31 p. 100.

Dans la première période de cinquante et un à soixante ans, il y a 4,72 p. 100 d'ulcus chez la femme et 12,50 p. 100 chez l'homme. Nous savons déjà que l'ulcus chez la femme est plus fréquent entre trente et quarante ans qu'ultérieurement; la différence se poursuit, on le voit, jusqu'à un âge très avancé, jusqu'aux limites extrêmes de la vie.

Il est assez curieux de constater — et la remarque en a été faite par M. Patault dans la thèse très intéressante qu'il a écrite en 1907 sous le titre *L'Ulcère de Cruveilhier, son évolution chez les gens âgés* — il est assez curieux, dis-je, de constater que les auteurs qui ont les premiers étudié l'ulcère de l'estomac, Cruveilhier entre autres, ne s'occupaient pas beaucoup de la notion âge du malade au point de vue du diagnostic.

Voici, d'autre part, un passage caractéristique du livre de Brinton :

« La probabilité de cette maladie s'élève graduellement depuis un minimum représenté par zéro à dix ans, jusqu'à une proportion élevée qui se maintient pendant toute la durée moyenne de la vie pour s'élever encore à la fin de cette période et atteindre son maximum vers quatre-vingt-dix ans.

Donc, nous pouvons conclure que l'ulcère simple de l'estomac est une maladie qui frappe particulièrement, sinon exclusivement, l'âge mur et la vieillesse. »

Il est bon de noter que Brinton avait établi sa statistique d'après des faits anatomiques. Mais ce qu'il y a de plus intéressant, comme l'ont écrit avec raison MM. Debove et Renault, ce n'est pas de constater que, chez des personnes d'un âge donné il existe soit un ulcus, soit des cicatrices de l'ulcus, ce qui importe davantage c'est de savoir à quel âge l'ulcus paraît avoir commencé, et c'est précisément ce qu'on a cherché à établir dans la statistique relevée par M. Moutier.

Quoi qu'il en soit, les anciens auteurs n'étaient pas étonnés de trouver l'ulcus chez les vieillards, et ce n'est qu'à partir de 1880, dit M. Patault, que l'on en est arrivé à considérer l'ulcus comme l'apanage, sinon des jeunes, tout au moins des sujets âgés de moins de cinquante ans. A partir de ce moment, lorsqu'un clinicien, et même un clinicien de valeur, rencontre un ulcus chez des personnes âgées de cinquante ans et au delà, il s'en étonne hautement.

Cette fluctuation est assez curieuse. Actuellement, la réaction se dessine et elle est très légitime. En réalité, l'ulcus des gens âgés est encore plus fréquent qu'il ne le semble. Il ne faut pas oublier, en effet, que la proportion des personnes âgées de cinquante ans et au delà est inférieure à la proportion des personnes âgées d'un jour à vingt ans. Il y a plus de personnes d'un jour à vingt ans qu'il n'y en a de cinquante à soixante-dix ans. Par conséquent, quand on trouve l'ulcus chez les jeunes il est plus rare réellement qu'il ne le paraît, et chez les vieux il est plus fréquent que ne le donne le pourcentage.

Formes cliniques de l'ulcus chez les gens agés. — Les quatre observations citées au début de cette étude montrent déjà les formes les plus importantes sous lesquelles il peut se présenter. Cela me permettra de ne pas insister davantage sur la séméiologie générale de l'ulcus des vieillards et je prendrai tout de suite l'étude des formes cliniques en empruntant la classification de M. Patault.

Cet auteur distingue les *formes latentes* plus ou moins méconnues, dont la nature se trouve dans un certain nombre de cas brusquement révélée par un accident grave tel que la péritonite par perforation, ou encore une hémorragie. Il est bon de faire remarquer du reste que, pour ce qui concerne en particulier les perforations, elles ont été assez souvent méconnues et que les diagnostics les plus inattendus,

d'angine de poitrine, de névralgie intercostale, etc., ont été émis à leur propos.

Puis, il existe une *forme commune* correspondant à ce qu'on peut appeler l'*ulcus jeune chez les vieux*, qui ne présente pas de caractère particulier et sur lequel il est inutile d'insister, notons seulement qu'il peut se faire que la survie soit très prolongée après des accidents ulcéreux très nets et même quelquefois graves.

La *forme hémorragique* qui peut être modérée, récidivante, et quelquefois mortelle. En somme, rien de bien particulier.

Il est plus important d'insister sur les formes d'*ulcus chronique*, d'*ulcus permanent*, d'ulcus devenu calleux, se traduisant en clinique par des crises douloureuses extrêmement intenses, des vomissements, des hémorragies, souvent la perte d'appétit, quelquefois même le dégoût pour la viande. On est tenté naturellement d'interpréter cette anorexie comme symptomatique d'un cancer de l'estomac. Il s'agit parfois alors d'un de ces ulcères géants dont il a été question plus haut. Il convient d'ajouter que, chez des malades de ce genre, il existe souvent une cachexie qui présente une assez grande analogie avec la cachexie cancéreuse. Elle peut contribuer à rendre le diagnostic, sinon complètement impossible, du moins très difficile.

Sténose pylorique d'origine ulcéreuse. — Les accidents de sténose pylorique au cours de l'ulcus sont relativement fréquents. Dans une thèse de 1901 de M. Sabatié sur l'ulcère du pylore, on trouve que, dans 8 cas sur 37 de sténose pylorique, il s'agissait de personnes, ayant dépassé la cinquantaine. Cela n'a rien d'étonnant puisque nous savons qu'il existe des ulcus à rechute dont les poussées sont très espacées les unes des autres et dont les dernières manifestations peuvent se produire seulement pendant la vieillesse. D'un autre côté, nous savons aussi que, suivant toute vraisemblance, des ulcus chroniques, des ulcus calleux peuvent persister pendant très longtemps, que les malades qui en sont porteurs peuvent survivre pendant de longues années, de telle sorte qu'ils donnent à un moment donné l'impression d'avoir, si la lésion date depuis longtemps, un ulcéro-cancer succédant à un ulcère simple, ou si la lésion est relativement plus récente, depuis un ou deux ans, d'un cancer à marche lente.

La sténose pylorique — j'en ai cité un cas tout à l'heure — peut se produire comme phénomène ultime d'un ulcus du pylore dont les premières poussées ont eu lieu très longtemps auparavant. Le malade opéré par M. Pierre Duval, âgé de soixante-cinq ans, avait, on l'a vu, commencé à souffrir de l'estomac d'une façon assez caractéristique en 1871, après la guerre. Il avait souffert plus de quarante ans, à des périodes plus ou moins éloignées, avant d'arriver à des accidents tardifs de sténose pylorique, et ces phénomènes de sténose pylorique ne se sont pas produits chez lui, comme cela peut se voir chez certains malades, à la suite d'une dernière poussée ou par l'extension progressive d'un ulcus devenu permanent, mais le rétrécissement s'est installé doucement, en raison, semble-t-il, de la rétraction cicatricielle lente de lésions qui remontaient à une date très éloignée, sept ans, probablement.

Donc, il faut retenir, dans une catégorie particulière, la sténose cicatricielle d'origine ulcéreuse survenant tardivement chez les vieillards.

Ulcus avec tumeur. — Il est également important de se rappeler que l'ulcère chez les vieillards peut s'accompagner de tumeur, et cette tumeur se présente chez eux avec une fréquence particulière en raison de la facilité avec laquelle se produit à cet âge la périgastrite limitée, donnant lieu à des indurations de la paroi et à des adhérences autour de l'estomac ou autour de la région pylorique et duodénale. On connaît ainsi une série de faits dans lesquels des malades âgés ont présenté des accidents gastriques graves qu'il était assez difficile d'attribuer à l'ulcus ou au cancer, mais chez lesquels la présence d'une tumeur orientait naturellement le diagnostic vers le cancer.

Chez un assez grand nombre de malades, la nature de cette tumeur a été reconnue par l'exploration chirurgicale. Chez d'autres, la tumeur a disparu complètement, définitivement, de telle sorte que, soit par le fait même de l'évolution des accidents, soit par constatation directe, on a pu se rendre compte qu'il s'agissait là d'une tumeur d'origine inflammatoire et non pas d'une lésion cancéreuse, primitive ou secondaire, par greffe néoplasique sur un ulcus préalable.

Parmi les observations les plus curieuses de ces tumeurs pseudo-néoplasiques, je puis vous citer celle qui a été rapportée par Jaboulay. Il s'agit d'une femme de soixante-trois ans qui a subi successivement trois laparotomies à des périodes éloignées. A la première laparotomie, Jaboulay a constaté l'existence d'une tumeur située à la partie postérieure de la petite courbure et il l'a considérée à ce moment comme vraisemblablement cancéreuse. Cependant, comme l'état de la malade ne s'était pas aggravé autant que cela se serait produit s'il s'était agi d'un cancer, au bout de six mois, M. Jaboulay pratiqua une seconde laparotomie exploratrice, et, cette fois, il trouva une tumeur doublée de volume. Il décida d'attendre encore et de suivre ce qui se passerait. Deux mois après, troisième laparotomie, et alors la tumeur n'est plus retrouvée; elle a en quelque sorte fondu et à sa place on ne trouve qu'un peu d'épaississement de la paroi stomacale et quelques adhérences. Il s'agissait donc d'une périgastrique développée autour d'un ancien ulcus de la petite courbure.

Je puis, pour ma part, citer un cas dans lequel la tumeur considérée comme néoplasique au moment de la laparotomie et ultérieurement disparue était chez un vieil ulcéreux de nature ganglionnaire.

Je suivais depuis sept ou huit ans environ un malade qui, au moment où la laparotomie exploratrice a été pratiquée, avait dépassé la cinquantaine, je le soignais pour des accidents non douteux d'ulcus : périodes de douleurs très intenses avec des

hématémèses et du mélæna, de temps en temps, douleurs tardives tout à fait nettes. Ce malade, qui avait pu atténuer ses crises par la régularité exemplaire de son régime, présenta à un moment donné des accidents plus intenses, des douleurs beaucoup plus vives, des vomissements et du melæna, et quelques mois après, il vint me trouver pour me mettre au courant de ce qui s'était passé. En l'examinant, je trouvai à la partie médiane de l'abdomen, au-dessous de l'ombilic, une tumeur profonde, douloureuse, faisant une saillie assez marquée, mais paraissant située assez profondément, et d'une mobilité douteuse. Dans l'idée qu'il pouvait s'agir d'un abcès enkysté, je provoquai une laparotomie exploratrice. M. Souligoux trouva un peu au-dessus du pylore quelques adhérences et des lésions cicatricielles d'origine ulcéreuse, mais pas de tumeur, pas même de l'épaississement pouvant correspondre à un ulcus calleux. Profondément accolée contre la colonne vertébrale était une masse dure, lobulée, vraisemblablement d'origine ganglionnaire qui nous parut de nature cancéreuse. On borna l'intervention à cette laparotomie exploratrice. Eh bien! cette tumeur a disparu complètement et le malade n'a pas eu depuis de crise douloureuse, de telle sorte qu'on peut espérer que la guérison est acquise et définitive. En tout cas il ne s'agissait certainement pas d'une lésion néoplasique.

Ulcéro-cancer des vieillards. — L'ulcéro-cancer est assez fréquent chez les malades âgés, mais il est assez difficile d'en donner la proportion avec quelque précision. Il est assez difficile aussi de donner les moyens de distinguer l'ulcéro-cancer de l'ulcus à évolution lente, de l'ulcus calleux. C'est un diagnostic presque impossible dans le plus grand nombre de cas, même après laparotomie exploratrice. Je ne veux pas insister davantage ici sur ce difficile problème de clinique.

Anatomie pathologique de l'ulcus des gens agés. — Elle ne présente rien de bien spécial. On a trouvé des ulcérations et des érosions qui paraissaient récentes. On a trouvé assez souvent aussi un ulcus banal sans caractère particulier, sans induration; quelquefois encore un ulcus calleux avec un épaississement des bords, et même un ulcus géant extériorisé de telle sorte que, dans l'ulcération, se trouvait intéressé, suivant les cas, le pancréas ou le foie. On a constaté de la sténose pylorique, par le fait de la lésion ulcéreuse elle-même, d'un ulcère calleux, ou encore par le fait de la rétraction cicatricielle consécutive à un ulcus guéri. Il peut y avoir des adhérences dues à des poussées de périgastrite, et aussi, on vient de le voir, de la périgastrite indurée, hyperplastique, pouvant donner lieu à une tumeur susceptible de faire penser à tort à un cancer qui n'existe pas. Enfin, il peut y avoir cancérisation secondaire, ulcéro-cancer.

La notion la plus importante qui résulte de l'exposé précédent, c'est que l'ulcus des vieux n'est pas très rare, c'est qu'il ne faut pas chez eux conclure d'emblée au cancer quand on trouve dans leur histoire éloignée ou récente une série d'accidents pouvant appartenir à l'ulcus. Il convient donc de mettre en œuvre tous les moyens connus pour faire ce diagnostic différentiel, je n'ai du reste rien de particulier à dire en ce qui concerne les méthodes de clinique et de laboratoire susceptibles à être utilisées dans ces conditions.

Diagnostic différentiel avec la lithiase biliaire. — Je signalerai deux points sur lesquels le diagnostic différentiel peut présenter une certaine difficulté, en dehors de celle qu'il y a souvent à distinguer l'ulcère du cancer chez les personnes âgées : ce sont les accidents dus à la lithiase biliaire antérieure et à l'urémie.

Il peut se faire qu'il y ait des lésions de péritonite chronique, des adhérences développées autour des voies biliaires, particulièrement autour de la vésicule qui envahissent les régions voisines, le duodénum, le pylore, qui donnent lieu à des phénomènes douloureux et à des phénomènes de sténose. Il peut être très difficile de les différencier des accidents dus à des lésions ulcéreuses. Après des crises caractéristiques de lithiase biliaire telles que coliques hépatiques avec jaunisse, qui sont des points de repère importants, il peut s'établir des années après une sténose tardive qui rappelle beaucoup par la façon dont elle évolue la sténose tardive des ulcéreux. J'ai eu l'occasion d'en observer plusieurs cas depuis quelques années et de voir des femmes d'une soixantaine d'années présenter une grande dilatation de l'estomac, des contractions péristaltiques visibles, des vomissements de stase très nets, et même, dans un cas, des accidents très menaçants de coma dyspeptique, chez lesquelles les accidents ont quelquefois disparu complètement sous l'influence de lavages de l'estomac répétés et d'une diète suffisamment sévère.

Dans d'autres cas, il a fallu en venir à l'intervention et, après la laparotomie, on a pu reconnaître qu'il s'agissait de lésions sténosantes d'origine vésiculaire, d'origine lithiasique. Il est assez souvent très difficile de savoir dans des cas semblables, si l'on a affaire à des adhérences d'origine ulcéreuse, ou d'origine biliaire. Un chirurgien qui connaît admirablement ces questions, le chirurgien allemand Kehr a dit récemment que, pour sa part, dans un grand nombre de cas, il ne savait pas d'autre moyen d'établir ce diagnostic différentiel que de pratiquer la laparotomie exploratrice. Cette formule de Kehr ne s'applique pas spécialement aux gens âgés; mais il est évident qu'elle s'applique également à eux.

Aortite abdominale et urémie douloureuse. — Il est un autre diagnostic différentiel qui peut présenter de grandes difficultés et, dans un cas que je vais citer, je suis pour ma part resté longtemps dans l'incertitude.

Un homme de soixante-douze ans avait eu quelques troubles de digestion, pas très marqués depuis quelques années. Il fut pris ensuite d'une série de douleurs gastralgiques extrêmement intenses qui

avaient tendance à survenir tardivement après le repas par périodes, comme il arrive si souvent dans l'ulcus. Ma première pensée fut qu'en effet il s'agissait, soit d'un ulcus tardif, soit de lésions néoplasiques, de la petite courbure, ou du corps du pancréas. Mais, quelque temps après, survinrent des phénomènes d'un ordre en apparence tout à fait différent et sans relation nette, à première vue, avec ces crises gastralgiques. Il se produisit des crises d'urémie dyspnéique et des crises d'œdème pulmonaire. Il est mort en somme en pleine urémie, et je suis convaincu que les crises gastralgiques qu'il a présentées à plusieurs reprises étaient dues non pas seulement à l'aortite abdominale, mais à l'urémie douloureuse en d'autres termes de l'angor abdominal.

Traitement. — Quelles conclusions pratiques, au point de vue thérapeutique, tirer de cet exposé? Rien de particulier en ce qui concerne le traitement médical de l'ulcus chez les vieillards, mais quelque chose d'important au point de vue chirurgical, car il ne faut pas tomber dans une faute que j'ai à me reprocher pour plusieurs de mes malades, il ne faut pas les laisser mourir par les progrès de la sténose pylorique sous prétexte qu'ils doivent avoir une sténose cancéreuse, parce que ce sont des gens âgés. Cela m'est arrivé plusieurs fois et cela m'a éclairé sur ce que je devais faire ultérieurement. Il ne faut pas, parce qu'un homme a atteint soixante ans par exemple, s'il présente des phénomènes de sténose pylorique, conclure d'emblée qu'il s'agit d'un rétrécissement cancéreux pour lequel une opération grave n'apportera probablement qu'une amélioration momentanée. Il faut songer à la possibilité de lésions cicatricielles sténosantes d'origine ulcéreuse, et, par la fausse idée d'un cancer qui n'existe pas, ne pas laisser mourir sans le secours chirurgical des malades qu'on aurait pu guérir par la gastro-entérostomie, opération que plusieurs d'entre eux seraient capables de subir avec succès en raison de l'état général de leur santé et de leur résistance vitale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 9 février 1914)

Variations de la conductivité électrique des humeurs de l'organisme. — M. A. Javal.

Cardiogrammes de fatigue. — M. Jules Amar.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 17 février 1914)

Les empoisonnements par les gâteaux à la crème, à Cholet. — M. Chantemesse, dans une communication fort intéressante et très documentée, fait connaître les résultats de l'enquête dont il a été chargé par M. le ministre de l'Intérieur, à l'occasion de cet empoisonnement qui a coûté la vie à dix personnes et a altéré la santé de beaucoup d'autres.

Dans un article publié dans la *Gazette des hôpitaux* (1913, n° 137, p. 2173), MM. Ollive et Collignon ont étudié les premiers cas de cet empoisonnement et, ainsi qu'on le verra, sont arrivés à une conclusion à peu près identique à celle de M. Chantemesse. Les symptômes qu'ils ont observés sont les mêmes dans cet article et dans la description de M. Chantemesse. Nous n'y reviendrons pas.

A son arrivée à Cholet, M. Chantemesse, avec MM. Picot et Rousseau, procéda à l'autopsie d'un homme qui venait de mourir et put retirer du cœur le microbe pathogène de la maladie. Les lésions anatomiques étaient celles de l'hyperémie gastro-intestinale et de la dégénérescence graisseuse du foie. Comme l'idée d'un attentat criminel faisait du chemin, on saisit la crème toxique, et MM. Sarrasin, Papin et Gaudin (d'Angers) furent chargés de l'analyser. Ils y trouvèrent, ainsi que dans le sang des malades, un bacille paratyphoïde agglutiné par le sang des malades et pathogène pour les animaux, microbe absolument semblable à celui qu'a trouvé M. Chantemesse dans le cœur du malade qu'il a autopsié. C'est un bacille mobile du groupe Gærtner, qui, cultivé dans la crème, la rend aussi toxique que celle de Cholet, qui se laisse agglutiner par le sang des malades de Cholet, tandis que ce même sang ne touche pas les paratyphoïdes ordinaires, qui fait fermenter la glucose et non la lactose, et qui est pathogène pour l'homme et pour les animaux, même par ingestion.

Deux personnes qui n'avaient pas mangé de cette crème mais qui ont soigné des malades intoxiqués par elle ont été contaminés, l'un légèrement, l'autre assez gravement.

M. Chantemesse s'est livré à des expériences très concluantes sur la fabrication d'une crème identique à celle de Cholet qui ont démontré que cette crème conservée trente heures après sa préparation constituait un merveilleux milieu de culture pour divers microbes qui y ont été incorporés.

D'où vient le microbe pathogène de la crème de Cholet? D'où vient ce bacille du groupe de Gærtner qui provoque des symptômes si spéciaux dans leur uniformité? La cuisinière qui a confectionné la crème porte dans son intestin le bacille en question et une impureté de ses mains souillées et insuffisamment lavées pouvait bien facilement porter la contagion dans les compotiers de crème.

M. Chantemesse rapproche de ce fait le gâteau à la crème du procès de Mme Lafarge, et fait de ce procès une véritable revision qui prouve que ce n'est pas par l'arsenic que Mme Lafarge a empoisonné son mari en lui envoyant le fameux gâteau à la crème qui a pu être empoisonné tout simplement par un porteur de bacilles, comme cela eut lieu à Cholet.

Ainsi s'expliquerait cette terrible erreur judiciaire.

Conclusions. — 1° Les gâteaux à la crème ne doivent être préparés qu'avec du lait bouilli, des œufs frais, bien mirés et n'ayant, après brisure de la coquille, aucune mauvaise odeur.

2° Les jaunes doivent être mélangés au lait chaud à une température aussi élevée que possible sans nuire à la préparation.

3° Les récipients qui reçoivent les œufs (jaunes et blancs) ainsi que les instruments qui servent à les battre, cuillers, etc., doivent être soigneusement lavés à l'eau bouillante avant usage.

4° Toute substance étrangère ajoutée (vanille) sera lavée préalablement à l'eau bouillante ou sera bouillie (gomme, gélatine).

3° Les blancs d'œufs montés en neige ne seront placés sur la crème jaune que lorsque celle-ci sera refroidie.

6° Les gâteaux à la crème seront conservés dans un endroit frais, à la glacière si possible, jusqu'au moment de la vente.

7° Avant de procéder à la préparation des gâteaux à la crème, les mains du cuisinier seront lavées à la brosse et au savon et ensuite recouvertes de gants en fil blanc très propres pendant tout le cours des manipulations.

L'emploi des injections de sérum salvarsanisé in vivo et in vitro sous l'arachnoïde spinale et cérébrale dans le tabes et la paralysie générale. — M. MARIE, au nom de MM. G. Marinesco et J. Minea, fait la communication suivante :

A la suite de recherches expérimentales, MM. Marinesco et Minea ont été conduits à employer tout d'abord en injections sous-arachnoïdiennes le sérum salvarsanisé in vivo, plus tard in vitro dans le traitement des affections syphilitiques dans le tabes et la paralysie générale. Vingt malades atteints de syphilose de la moelle, parmi lesquels seize tabétiques, ont reçu du néo-salvarsan à la dose de 6 à 12 milligrammes dissous en général dans le sérum propre du malade. Les injections ont été répétées tous les sept à huit jours et leur nombre a varié entre une et cinq. Un seul malade a eu une élévation passagère de température après la première injection et un tabétique qui présentait déjà des troubles de la miction a eu une rétention permanente d'urine pour laquelle on a été obligé de le sonder régulièrement. Chez cinq tabétiques, ils ont constaté une amélioration intéressant les troubles de la marche, l'hypotonie, les troubles de la sensibilité surtout vibratoire et parfois les troubles de la miction. L'état des réflexes tendineux a été le même qu'avant le traitement, de même que le signe d'Argyll-Robertson qui n'a pas paru se modifier. La lymphocytose diminue d'une façon plus ou moins considérable. Parfois il y a eu après l'injection un réveil des douleurs fulgurantes et une certaine faiblesse. A partir du mois de mai de l'année dernière ils ont soumis au traitement des injections sous-arachnoïdiennes de sérum salvarsanisé in vitro, quelques cas de paralysie générale en se servant de l'appareil à ponction de Neisser-Polak. Dans trois cas sur dix-sept, ils ont eu à enregistrer, après l'injection, des attaques épileptiformes, dans deux cas et dans le troisième une monoplégie brachiale avec spasmes rythmiques. Ils font remarquer que dans deux cas la dose de médicament était assez forte, car ils avaient injecté d'un seul côté du cerveau 20 milligrammes. Cependant un autre malade a supporté la dose de 45 milligrammes sans aucun accident. Sur les onze autres cas, il n'y a que dans quatre où l'on puisse parler d'une amélioration sensible des troubles psychiques ; les autres n'ont pas été influencés par la médication. Il est vrai que les auteurs n'ont pas pu suivre leurs cas pendant assez longtemps sauf pour deux d'entre eux qui ont été observés pendant plus de six mois. Il semble probable à MM. Marinesco et Minea que le traitement local ne permet pas d'inonder toute l'écorce du cerveau avec le sérum salvarsanisé et qu'il faut l'associer aux injections intraveineuses et intraarachnoïdiennes. Les tentatives faites jusqu'à présent pour traiter la paralysie générale par le sérum salvarsanisé, in vivo ou in vitro, ne correspondent évidemment pas à leurs espérances.

Loi d'assistance des femmes enceintes. — Une longue discussion s'élève à propos du rapport de M. Pinard sur les instructions demandées par M. le ministre de l'Intérieur relatives à l'application de la loi du 13 janvier 1913. Plusieurs amendements sont proposés par MM. Bar, Mesureur, Gueniot.

Sur la proposition de M. le secrétaire perpétuel, MM. Bar et Mesureur sont adjoints à la Commission, aux fins de s'entendre sur la rédaction définitive du rapport à envoyer au ministre.

Stase papillaire bilatérale consécutive à une antrite sphénoïdale. — M. SIEUR (du Val-de-Grâce) rapporte l'observation d'un malade atteint de stase papillaire bilatérale consécutive à une antrite sphénoïdale chronique. L'exploration attentive des deux sinus, faite au cours de l'intervention, ayant démontré l'absence de toute déhiscence osseuse congénitale ou pathologique et de foyer d'ostéite, l'auteur attribue les accidents méningés et oculaires présentés par son malade à l'existence d'une infection des méninges de la base due aux relations veineuses qui unissent le réseau méningé au réseau de la muqueuse sphénoïdale.

Une courte étude des voies suivies par l'infection endocranienne au cours des sinusites suppurées de la face, infection par continuité, par voie vasculaire veineuse ou lymphatique, aboutit aux conclusions suivantes :

1° La voie par continuité de lésions est admise par tous les auteurs et considérée comme la plus fréquente ;

2° La voie vasculaire n'est encore scientifiquement démontrée que pour la voie veineuse.

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants étrangers dans la première division.

MM. Bordet (de Bruxelles) et Henrijean (de Liége) sont élus.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1914)

Insuffisance surrénale et azotémie. — M. L. GALLIARD. A côté de l'insuffisance surrénale d'origine toxique, dont nos collègues ont parlé ici, il convient de placer celle qui reconnaît une origine infectieuse. Elle est survenue, à titre de complications, chez un homme de vingt-cinq ans atteint de néphrite aiguë avec azotémie grave que, faute de mieux, il avait attribuée à la grippe. Chose intéressante, le sujet, dont la situation paraissait désespérée au début de la cure, a guéri sous l'influence de l'adrénaline.

Il avait eu, le 3 décembre 1912, un frisson ; le lendemain 40°3, puis de la céphalalgie, des douleurs gastriques, des vomissements, une hématurie, de l'oligurie.

Le 10 décembre, un litre d'urine avec 60 centigrammes d'albumine ; dans le sérum sanguin 3g20 d'urée par litre.

Le 12 décembre, 1500 centimètres cubes d'urine contenant 50 centigrammes d'albumine par litre, mais pâleur du visage, algidité des extrémités, orthopnée sans signes d'auscultation, vomissements incoercibles, 37 degrés, pouls 56, tension artérielle abaissée : 12,5 au sphygmomanomètre de Potain. Pensant à l'insuffisance surrénale, l'auteur prescrivit un milligramme d'adrénaline par la voie buccale, dose qu'on répéta les jours suivants.

Le 14 et le 15 décembre, injection sous-cutanée de sérum physiologique. Le 16 décembre, érythème généralisé.

Le 17 décembre, cessation des vomissements. Le sérum sanguin ne contenait plus que 2g50 d'urée par litre. Dans l'urine (deux litres un quart en vingt-quatre heures), 18 grammes d'urée par litre. Traces d'albumine.

Le 19 décembre, polyurie, tension artérielle, 15,5 au Potain. Suppression de l'adrénaline, régime lacté.

Le 27 décembre, 3500 centimètres cubes d'urine avec 7g60 d'urée par litre. Dans le sérum sanguin, 60 centigrammes d'urée par litre, 3g50 de graisse.

Le 30 décembre, le malade quittait l'hôpital en très bon état.

Le 15 janvier 1913, guérison complète, sauf traces non dosables d'albumine. Trois litres d'urine avec 8g32 d'urée par litre.

Insuffisance aortique par rupture valvulaire. — MM. BARTH et COLOMBE présentent le cœur d'un sujet de trente-six ans atteint d'insuffisance aortique consécutive à un effort violent. La rupture siège sur la valvule sigmoïde droite dont la moitié antérieure seule subsiste, le segment postérieur étant détaché de sa ligne d'insertion sur une étendue de 12 millimètres ; deux vestiges de cette portion flottent sous forme de filaments grêles, dans la lumière de l'orifice. Les trois sigmoïdes sont d'ailleurs altérées et un léger athérome existe à l'origine de la cime aortique. Ces lésions accessoires sont importantes à considérer au double point de vue étiologique et pratique, elles posent la question de l'état antérieur dans les accidents du travail, presque toujours difficile à résoudre en l'espèce faute d'examen médical avant l'accident. Chez ce malade, le paludisme paraissait être la cause de l'aortite préexistante. Au moment de l'effort violent qui a déterminé la rupture valvulaire, le blessé éprouva une sensation de craquement intrathoracique mais sans dyspnée intense, ni cyanose, ni chaleur vive ; les troubles cardiaques ne se sont manifestés que quinze jours après. Tout travail pénible et prolongé devint dès lors impossible et la survie n'a pas dépassé treize mois, évolution conforme à ce pronostic toujours grave des ruptures valvulaires.

Mort d'un paralytique général traité en pleine poussée de réaction méningée par une injection intraveineuse de 0g30 de néosalvarsan. — MM. E. de Massary et Philippe Chatelin rapportent l'observation d'un paralytique général, fort gaillard trop gros et congestif, qui, entré à l'hôpital un lundi, eut un délire tranquille le mercredi, et les jours suivants: il fallut l'attacher dans son lit, condition défavorable; le jeudi matin une ponction lombaire ramena 10 centimètres cubes d'un liquide fortement albumineux contenant de 60 à 100 lymphocytes par champ; le vendredi le malade eut du hoquet persistant; il fut toujours maintenu couché. La réaction de Wassermann étant nettement positive dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien on pratiqua le samedi matin une injection intraveineuse de 0g30 de néosalvarsan; on s'était assuré, au préalable, de l'intégrité de tous les organes et de l'absence de sucre et d'albumine dans les urines. La journée du samedi fut bonne, la température fut de 37°5 et se maintint à ce degré; le malade ne prit que du lait, n'eut pas de vomissement ni de diarrhée; il chantonna dans la soirée. Même état le dimanche, sauf un petit vomissement dans la soirée; il s'endormit paisiblement. A deux heures du matin il poussa un gémissement, eut quelques secousses convulsives dans les bras et à la face et mourut.

A l'autopsie on trouva des lésions de paralysie générale, de la congestion des méninges comme cela est de règle chez n'importe quel paralytique général, pas d'hémorragie, pas de ramollissement. Charles Chatelin ne trouva pas de tréponèmes dans le cortex.

Le foie, les reins étaient très congestionnés; le cœur infiltré de graisse était mou; les capsules surrénales ne présentaient d'autres lésions que celles d'une putréfaction assez notable; pas de foyer hémorragique.

Certes ce malade était moins bien lors de l'injection de néosalvarsan que lors de son entrée à l'hôpital; il subissait déjà une poussée de réaction méningée due peut-être à son maintien forcé au lit; mais serait-il mort si rapidement sans l'injection de néosalvarsan? Cela est possible. Quoi qu'il en soit, la conclusion pratique d'un tel fait est celle que formulait Louis Martin à la dernière séance : « Il faut être très prudent quand on traite par l'arsenobenzol des malades qui présentent des lésions organiques des centres nerveux. » Il faut ajouter simplement « lésions organiques en évolution ».

Septicémie gonococcique essentielle compliquée d'endocardite et de néphrite. — MM. Œttinger, P.-L. Marie et Morancé relatent l'observation d'un jeune homme, ancien rhumatisant, porteur d'une insuffisance mitrale, qui entra à l'hôpital pour des arthropathies fugaces simulant le rhumatisme articulaire aigu. Il était guéri en apparence depuis plusieurs jours lorsque apparurent des accès de fièvre biquotidiens à type intermittent, rappelant le paludisme, précédés de frissons violents et prolongés et parfois suivis de sueurs. Cet état s'accompagnait d'une notable splénomégalie et d'une pâleur très prononcée, témoin d'une anémie considérable (1 500 000 globules rouges avec 25 p. 100 d'hémoglobine). Ultérieurement apparurent des symptômes d'endocardite végétante caractérisée par un souffle piaulant, et de néphrite hydropigène se manifestant par des œdèmes multiples, des hydropisies diverses des séreuses et une diminution considérable de l'excrétion des chlorures, sans hypertension artérielle. Elle amena la mort au bout de cinq semaines par œdème aigu du poumon. Anatomiquement, il s'agissait de lésions de glomérulite et d'infiltration leucocytaire du tissu interstitiel du rein. Plusieurs hémocultures faites pendant la vie révélèrent la présence dans le sang d'un diplocoque qui ne put être identifié avec le gonocoque qu'au moyen de méthodes bactériologiques précises (réaction de fermentation des sucres, agglutination, réaction de fixation), l'examen le plus minutieux ne révélait en effet aucun signe de blennorragie chez ce malade. Les auteurs insistent sur la nécessité de ces méthodes pour le diagnostic des diplocoques (méningocoque, paraméningocoque, gonocoque, diplococcus crassus) capables de causer des septicémies se traduisant par un ensemble clinique identique.

Dans ce cas, la vaccinothérapie par le vaccin gonococcique atoxique de Nicolle et Blaizot ne produisit aucune amélioration.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1914)

Action du chlorure de sodium sur les globules rouges, étudiée avec le sérum des hémoglobinuriques a frigore. (Troisième note.) — MM. G. Froin et J. Pernet. Nos expériences sur l'action du NaCl dans l'hémolyse réalisée par le sérum des hémoglobinuriques montrent que les solutions hyperchlorurées favorisent l'hémolyse en agissant sur les globules rouges.

Les globules rouges supportent un complexe (complexe globulaire) constitué par des corps identiques à ceux qui édifient le complexe humoral. Le NaCl agit d'une façon univoque sur ces deux complexes; il exagère puissamment l'adhésion des hémolysines à leur antitoxine. Cet excès d'adhésion simultané des deux complexes permet à l'antitoxine globulaire d'exagérer son pouvoir attractif sur les hémolysines humorales que le froid a seulement influencées et mises en état de dysadhésion. Grâce à cet excès du pouvoir fixateur de l'antitoxine globulaire en milieu hyperchloruré, les hémolysines humorales se fixent en quantité surabondante sur le complexe globulaire et la toxine hématique engendre une hémolyse considérable.

Nous admettons que la sensibilisatrice et l'agglutinine proviennent d'une simple transformation physique de la toxine. On doit les dénommer toxine (sensibilisatrice) et toxoïde (agglutinine). Cette origine commune explique la sensibilité de ces trois corps au refroidissement, chez les hémoglobinuriques. Elle fait comprendre également, grâce à leur affinité simultanée pour l'antitoxine, la raison de leur transfert sur les globules rouges.

En tout cas, quelle que soit l'interprétation proposée, nous avons mis hors de doute par nos expériences que les solutions hyperchlorurées agissent à la fois sur les globules et sur le sérum. En modifiant les globules, elles facilitent la fixation des hémolysines; au contraire, en agissant sur le sérum, elles consolident le complexe humoral et entravent la fixation des hémolysines sur les globules. Cette démonstration s'oppose à l'opinion classique : celle-ci prétend que toute solution hyperchlorurée, au taux de notre expérimentation, modifie le globule pour le rendre moins vulnérable à l'hémolyse et elle méconnaît l'action puissamment stabilisatrice du NaCl sur le complexe humoral.

Azote détachable des albuminoïdes par l'acide nitreux. — MM. Achard et Feuillié, en recherchant l'azote aminé du sang par le procédé de l'acide nitreux de van Slyke, ont constaté qu'après précipitation par 10 volumes d'alcool, le dégagement était très faible, mais qu'il était beaucoup plus abondant lorsque la précipitation avait eu lieu par 5 volumes d'alcool seulement. Ils ont été amenés ainsi à faire agir l'acide nitreux sans précipitation préalable et pendant une demi-heure. Dans l'azote ainsi dégagé, celui des cristalloïdes (urée, sels ammoniacaux, etc.) n'entre que pour une part minime, car les résultats ne sont guère différents après dialyse.

Il s'agit sans doute d'azote détaché des chaînes latérales d'albuminoïdes. Tout récemment van Slyke a obtenu de cette manière, avec des albumines isolées (caséine, ovalbumine, hémoglobine), de l'azote qui proviendrait d'un groupe aminé de la lysine.

L'azote ainsi dégagé de divers produits organiques est évalué en poids, par MM. Achard et Feuillié, à 1g20 p. 1000 dans le plasma, 2g40 dans le sang complet, 3g60 dans les globules sanguins, 0g70 à 1g30 dans les épanchements ascitiques et pleuraux, 0g25 à 0g70 dans le lait, traces à 0g60 dans les urines dialysées.

De la valeur de la réaction de fixation au cours de la tuberculose. — MM. A. Besredka et F. Jupille. La réaction de fixation, qui apparaît dans le sérum alors que l'on ne distingue pas encore de lésions macroscopiques dans les organes, marche de pair avec la résistance de l'animal.

Cette réaction est d'autant plus intense et plus durable que l'animal résiste mieux à l'infection; presque nulle en cas d'inoculation du virus bovin, elle est, au contraire, très accusée en cas d'inoculation du virus humain.

Sur le séro-diagnostic de la tuberculose. — MM. E. Debains et F. Jupille. La tuberculine de Besredka, obtenue par culture du bacille de Koch dans le « bouillon à l'œuf », fixe l'alexine en présence du sérum des tuberculeux, quelle que soit la forme clinique de la tuberculose, sauf certaines exceptions. Cette réaction est très sensible, et correspond à des lésions en évolution; contrairement à la cutiréaction, elle possède une grande valeur clinique; elle permet d'affirmer le diagnostic de tuberculose, alors que les signes cliniques sont encore muets ou douloureux. Chez les tuberculeux gravement atteints et chez les tuberculeux en voie de guérison, la réaction peut devenir partielle ou négative.

— Autres communications :

Expression simultanée d'émotions différentes sur les deux moitiés du visage (diplomimique). — M. Félix Regnault.

La séro-réaction d'Abderhalden et le traitement antirabique. — MM. V. Babes et Pitulescu.

Election. — M. Terroine est nommé membre titulaire.

ANALYSES

MÉDECINE

Symptômes et diagnostic de la maladie de Hirschprung. (H. Porte. *Le Médecin praticien*, 31 déc. 1913.) — Les malades atteints de cette affection sont en général amenés au médecin pour de la constipation et de la distension abdominale. La constipation est opiniâtre, elle est apparue dès la naissance. La distension abdominale est considérable, elle est symétrique ; cependant souvent on constate que cette distension est plus marquée d'un côté, spécialement du côté gauche.

La maladie de Hirschprung ne s'accompagne jamais de fièvre; le pouls est quelquefois ralenti, plus souvent accéléré par suite de la compression cardio-pulmonaire. Les troubles digestifs sont très variables; la perte de l'appétit a souvent été signalée; suivant l'âge du sujet les symptômes sont un peu modifiés; chez le nouveau-né on ne constate aucune évacuation du méconium; le ventre se distend rapidement; il n'y a cependant ni vomissements, ni mouvements péristaltiques.

Chez l'enfant plus grand, il existe de la constipation opiniâtre alternant avec des crises diarrhéiques très douloureuses avec vomissements; chez l'adulte il se forme de véritables tumeurs de matières fécales; la distension abdominale est énorme et l'on peut voir survenir des crises d'obstruction intestinale avec oligurie, albuminurie, indicanurie.

Le diagnostic est souvent délicat; chez l'enfant il doit être discuté avec la distension abdominale si fréquente chez les rachitiques et chez certains dyspeptiques avec ventre flasque et diarrhée ; c'est encore avec les différentes formes de la péritonite tuberculeuse que le diagnostic sera hésitant; chez l'adulte l'erreur commise est en général la confusion entre la maladie de Hirschprung et l'occlusion intestinale, le cancer de l'intestin, le kyste de l'ovaire. La radioscopie après injection de lait de bismuth rendra de grands services.

La mortalité de cette affection reste élevée en raison des troubles profonds qui se produisent dans l'organisme, surtout chez l'enfant qui meurt, soit de cachexie, soit d'affection intercurrente; chez l'adulte la mort est le fait soit d'obstruction intestinale, soit de colite aiguë, plus rarement d'asystolie ou de complications pulmonaires. J. MILHIT.

Le sevrage normal. (A. Moussous et E. Leuret. *Journ. de méd. de Paris*, 27 déc. 1913.) — D'un accord unanime tous les pédiatres conseillent aujourd'hui le sevrage progressif; c'est en général au huitième mois, au plus tard au neuvième, qu'il y a intérêt à commencer le sevrage. Dans le sevrage normal le médecin doit se borner à tracer un régime alimentaire, c'est-à-dire à fixer la ration alimentaire, à indiquer les aliments qu'il convient d'utiliser, à régler l'ordonnance et la composition des repas; à cette époque l'enfant pèse environ 8 kilogrammes, il fait encore des acquisitions quotidiennes de 11 à 13 grammes. Lorsqu'on entreprendra le sevrage on le fera débuter en substituant une bouillie à une tétée; la bouillie sera tout d'abord une bouillie claire préparée avec 100 grammes de lait, 5 grammes de farine de froment ou d'orge. Si la première bouillie est mal tolérée, on ne la donne pas en totalité et on met immédiatement après l'enfant au sein. Au bout d'une quinzaine de jours une seconde tétée est supprimée et on y substitue une seconde bouillie claire; puis on épaissit les bouillies, au cours du dixième et du onzième mois les deux bouillies seront plus copieuses, 150 à 175 grammes de lait, puis on supprime une troisième, puis une quatrième tétée pour les remplacer soit par une timbale de lait (200 grammes), soit par une soupe faite au pain ou au lait, soit par une panade. Dès le début du dixième mois on peut donner à l'enfant une croûte de pain ou un gâteau sec. Le douzième mois venu on peut opérer le sevrage définitif, les bouillies sont alors composées de 200 grammes de lait, de 20 grammes de farine et de 10 grammes de sucre; on donnera d'abord seulement le jaune d'un œuf, puis vers le quinzième mois l'œuf entier et la purée de pommes de terre. Il va sans dire que les digestions devront être surveillées de près, l'enfant ne prendra rien en dehors de ses repas; il faut souvent modifier et varier la nature des aliments et, pendant les chaleurs de l'été, diminuer la ration alimentaire et la réduire d'un tiers.

J. MILHIT.

MÉDECINE PRATIQUE

A PROPOS DE L'ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

En découvrant la mucinose, ferment coagulant le mucus intestinal, M. le professeur Roger a montré quel rôle important revient, dans la genèse de l'entéro-colite muco-membraneuse, à l'insuffisance hépatique; elle favorise l'action coagulatrice de la mucinose qui entrave, au contraire, l'opothérapie biliaire.

Mais, en pratique, l'application de cette théorie séduisante donne des améliorations mais ne guérit pas, c'est que, d'ordinaire, les sujets atteints d'entéro-colite souffrent aussi de dyspepsie gastrique. On agit sur l'ensemble de leurs malaises en associant à la bile la pancréatine; cette association constitue un véritable régulateur des réflexes gastro-duodénaux ou contrôle pylorique.

Les pilules Elkin contiennent bile, pancréatine, soufre organique; l'addition de ce dernier augmente l'action sur l'intestin et agit fort heureusement sur la nutrition générale.

NOTES POUR L'INTERNAT

Complications de la méningite cérébro-spinale épidémique.

L'évolution de la méningite cérébro-spinale épidémique est fréquemment modifiée par l'apparition de complications ; parmi celles-ci il en est qui surviennent presque dès le début de l'affection; d'autres, au contraire, n'apparaissent que plus tardivement, et constituent parfois de véritables séquelles; aussi diviserons-nous cette étude en complications immédiates, en complications plus tardives, en séquelles; depuis que le traitement sérothérapique est employé d'une manière systématique et précoce, la fréquence de ces complications a beaucoup diminué; mais, par contre, cette thérapeutique peut

déterminer, dans certains cas, l'apparition de complications spéciales, graves souvent, mortelles quelquefois (accidents sériques, accidents anaphylactiques), dont nous aurons aussi à envisager la description.

Avant d'aborder l'étude des complications proprement dites, signalons tout d'abord l'existence de formes associées de la méningite cérébro-spinale épidémique, en particulier l'*association avec la méningite tuberculeuse*. Les symptômes sont au début ceux de la méningite à méningocoques; les injections de sérum amènent d'abord une notable amélioration; mais bientôt les symptômes méningés reparaissent, ils ne cèdent plus aux injections de sérum; la formule cytologique du liquide céphalo-rachidien devient celle de la méningite tuberculeuse, affection qui se caractérise bientôt et ne tarde pas à évoluer vers la mort avec son cortège symptomatique habituel. Inversement l'on peut voir parfois la méningite cérébro-spinale épidémique compliquer une autre maladie infectieuse. Nous n'étudierons pas ici les formes suraiguës, foudroyantes, apoplectiques, qui ne sont pas, à proprement parler, des complications.

I. COMPLICATIONS IMMÉDIATES. — Parmi les complications immédiates il en est qui ne sont que l'*exagération de certains symptômes* de la méningite cérébro-spinale; ainsi en est-il du *délire* intense avec ou sans hallucinations, qui peut être d'une activité inouïe et nécessiter l'emploi de moyens de contention, des *convulsions épileptiformes* traduisant un processus irritatif généralisé et pouvant par leur violence amener une issue fatale, des *vomissements*, etc.

Les autres complications, beaucoup plus intéressantes à étudier, relèvent soit d'une infection associée, soit d'une localisation extraméningée du méningocoque, conséquence de la méningococcémie, soit enfin d'une altération du système nerveux ou des organes des sens.

a. **Complications d'ordre infectieux.** — Parmi ces complications, nous signalerons les arthrites, les complications cutanées, respiratoires, urinaires, cardio-vasculaires et celles portant sur l'appareil digestif.

Les *arthrites* sont si fréquentes au cours de la méningite cérébro-spinale épidémique qu'elles sont considérées comme un véritable symptôme par certains auteurs; le plus souvent elles rappellent le rhumatisme articulaire aigu; elles se terminent alors par la résolution complète, même s'il y a eu épanchement intraarticulaire abondant; parfois on voit survenir la suppuration; malgré une arthrotomie précoce souvent s'installe ensuite une ankylose définitive; si les arthrites intéressent les articulations vertébrales, on peut observer plus tard une spondylose, suivie de cyphose. Il faudra distinguer des arthrites appartenant en propre à la méningite, les arthralgies que l'on peut voir survenir à la suite des injections de sérum antiméningococcique et qui s'accompagnent en général d'autres accidents sériques.

Les *complications cutanées* sont également si souvent observées qu'elles sont décrites en général parmi les symptômes de l'affection; il en est ainsi de l'herpès, du zona, des taches rosées lenticulaires, des *érythèmes infectieux*; l'herpès apparaît, d'après Robb, dans 40 p. 100 des cas; le plus souvent il est localisé à la face, mais il peut se généraliser, s'étendre au tronc, envahir la bouche, atteindre même la conjonctive; certains auteurs ont retrouvé le méningocoque au niveau des vésicules d'herpès. Les érythèmes peuvent se localiser aux coudes, aux genoux; ils affectent des types différents, morbilliformes, scarlatiniformes, polymorphes; ils comportent le plus souvent un pronostic sévère; ils relèvent, en effet, presque toujours d'une infection secondaire surajoutée; dans certaines épidémies on voit survenir d'une façon presque constante le *purpura* : c'est la *fièvre tachetée* des auteurs écossais.

Les *escarres* s'observent assez souvent dans les formes prolongées; elles sont facilitées par les altérations du système nerveux, par l'amaigrissement considérable du malade; la plus fréquente est l'escarre fessière; on observe aussi l'escarre talonnière.

Les *complications respiratoires* consistent en bronchites, congestions pulmonaires, broncho-pneumonies, parfois latentes; la pneumonie est rare; elle est la conséquence d'une infection secondaire; rares aussi sont les pleurésies sérofibrineuses et purulentes; Apert a signalé un *hémothorax double* au début d'une méningite cérébro-spinale.

Les *complications génito-urinaires* s'expliquent par la fréquence de la bactériurie au cours de la méningite; il faut signaler l'albuminurie, transitoire le plus souvent, parfois accompagnée d'hématurie; la cystite, l'orchite. Il n'est pas inutile de rappeler ici la fréquence de la polyurie et l'exagération des éliminations urinaires (véritable *diabète méningitique* de Lœper et Gouraud), au cours de la méningite cérébro-spinale épidémique.

Les *complications cardio-vasculaires* ont été bien étudiées par M. le professeur Teissier, les plus fréquentes sont les endocardites infectieuses, s'accompagnant fréquemment de lésions valvulaires irrémédiables et provoquant presque toujours la mort du malade; on a signalé également la péricardite, purulente le plus souvent, les artérites, suivies très fréquemment de gangrène, la phlébite des sinus, la phlegmatia alba dolens.

L'appareil digestif et ses annexes sont souvent le siège de complications; l'angine, qui est chez de nombreux malades un symptôme précoce, peut n'apparaître que tardivement; elle peut se compliquer d'abcès amygdaliens, de pharyngite ulcéreuse, de parotidite, de stomatite, d'aphtes. Il faut redouter l'apparition d'une diarrhée abondante, rebelle aux médicaments ordinaires, se compliquant ou non d'ictère; signalons aussi l'amaigrissement extrême et rapide qui s'observe d'une manière presque constante.

b. **Complications nerveuses et sensorielles immédiates.** — Nous avons signalé déjà le délire, les convulsions épileptiformes; certains auteurs rangent les *paralysies* parmi les complications des méningites, en réalité elles ne sont que l'indice d'une localisation de l'infection méningée; il n'y a vraiment, dans la méningite cérébro-spinale, complication véritable que dans les cas où la paralysie est sous la dépendance d'une lésion non méningitique : ainsi Faure-Villar signale une parésie du bras ayant succédé à un ramollissemeut rouge de la couche optique, Tourdes une hémiplégie due à un épanchement de sang intraventriculaire, Courtellemont une apoplexie déterminée par une hémorragie ventriculaire; aussi étudierons-nous surtout les manifestations paralytiques aux complications tardives et aux séquelles de la méningite; parmi les complications nerveuses immédiates, il faut insister sur la fréquence relative de l'*hémorragie méningée* ; très exceptionnellement il s'agit d'un hématome méningé, bien plus souvent l'on est en présence d'une hémorragie méningée discrète que révèle uniquement la ponction lombaire montrant le liquide céphalo-rachidien, soit uniformément teinté en rouge (la coloration rouge ne disparaissant pas après centrifugation), soit coloré en jaune; il peut exister une réaction fibrineuse très accusée (méningite hémorragique).

On a également signalé l'*encéphalite suppurée*, l'*abcès* du cerveau.

Pendant l'évolution de la méningite cérébro-spinale les organes des sens sont fréquemment et souvent dès le début de l'affection le siège de complications très sévères; l'examen systématique du fond de l'œil, alors même que le malade n'accusait aucun trouble particulier, fait découvrir en effet précocement souvent des lésions d'hyperhémie papillaire, qui détermineront ultérieurement la cécité (Terrien, Bourdier); de même on observe souvent précocement des complications infectieuses oculaires (conjonctivites, iritis, panophtalmie), des paralysies. Il en est de même en ce qui concerne les troubles auditifs. Mais, à morceller ainsi en complications immédiates et en complications tardives l'étude de ces diverses manifestations nerveuses et sensorielles si importantes et si fréquentes au cours de la méningite cérébro-spinale épidémique, on complique singulièrement leur description : c'est pourquoi, renonçant à les décrire ainsi, nous nous réservons maintenant de les passer toutes en revue très complètement dans le chapitre suivant consacré aux complications plus tardives et aux séquelles. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **10** francs par an.
Étudiants étrangers, **15** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **5** fr. **50**. — 6 mois : **11** fr. — 1 an : **20** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Launay, Richelot, Reynier, Richardière, qui acceptent; Thiéry, Arrou et Routier, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— Concours de l'internat en pharmacie. — Le jury est provisoirement composé de MM. Valeur, qui accepte; Leroux, Délépine, Berthoud et Richaud, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — La Société de chirurgie a adopté, en comité, les propositions suivantes :

Aux termes du Règlement (art. 16) les rapports peuvent être écrits ou verbaux, suivant que le Bureau en décide (en tenant compte du désir formulé par le présentateur et de l'avis exprimé par le membre de la Société qui est chargé du rapport).

Tout rapport verbal ne doit pas dépasser deux pages d'impression en caractères ordinaires ou en petits caractères (texte du Bulletin).

Les personnes étrangères à la Société qui formuleront le désir que leur travail, lecture, ou présentation de malade, ou de pièce soient l'objet d'un rapport de ce genre, seront tenues de déposer sur le bureau, ou d'envoyer à la Société avec leur manuscrit *in extenso*, un résumé ne dépassant pas une page et demie d'impression en petits caractères.

Tout membre de la Société, chargé d'un rapport verbal au cours d'une séance, sera appelé par le président, au début de la séance suivante, à en faire le dépôt en un très bref exposé. Le rapport sera inséré dans le Bulletin de ladite séance.

Les travaux des personnes étrangères à la Société, actuellement entre les mains de membres de ladite Société et pour lesquels a été désigné un seul rapporteur, pourront être l'objet de rapports écrits ou verbaux, ainsi que le Bureau en décide, sur l'avis du rapporteur désigné. S'ils sont l'objet de rapports verbaux, ces derniers devront être conçus suivant les règles plus haut indiquées.

MARINE. — Le *Journal officiel* du 19 février publie l'instruction relative à l'admission, en 1914, dans les trois écoles de médecine navale.

A PROPOS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE. — M. Bourganel, sénateur, a demandé récemment, à M. le ministre de l'Intérieur, « si les médecins de l'assistance médicale gratuite ont le droit, comme cela se pratique dans certains départements, de désigner l'officine d'un pharmacien pour y donner leurs consultations aux indigents à certains jours, à certaines heures qu'ils ont fait connaître au préfet ou au maire.

Les indigents assistés sont ainsi obligés de se rendre dans un domicile particulier et comme forcés de donner leur clientèle à un commerçant qui peut ne pas leur inspirer confiance.

D'autre part, les autres pharmaciens de la localité peuvent justement se plaindre de la sorte de suspicion que le médecin de l'assistance fait peser sur eux en désignant un de leurs concurrents, sinon formellement, du moins en fait comme fournisseur de l'administration. »

Le ministre vient de faire la réponse suivante :

« Les médecins de l'assistance médicale gratuite peuvent donner leurs consultations aux bénéficiaires de la loi de 1893, soit à leur propre domicile, soit au domicile du malade, soit dans des dispensaires, si le département comprend de tels établissements. Il n'est pas à notre connaissance qu'un seul règlement départemental ait ouvert au médecin la faculté de donner ses consultations dans l'officine d'un pharmacien, et une telle pratique doit être tenue pour irrégulière. »

MAISON DÉPARTEMENTALE DE SAINTE-GEMMES-SUR-LOIRE. — Un concours pour deux places d'interne en médecine à la maison de santé départementale de Sainte-Gemmes-sur-Loire, s'ouvrira à Angers, le lundi 20 avril 1914 à huit heures du matin à la Préfecture.

Traitement : première annnée, 800 francs; deuxième année, 900 francs; troisième année, 1 000 francs.

L'interne, reçu docteur, recevra 1 200 francs.

Avantages : nourriture, logement, chauffage, éclairage, blanchissage.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de l'asile.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bertheux, professeur honoraire à l'École de médecine de Rennes, et Mireux (de Marseille).

HOPITAL BEAUJON. — SERVICE D'OPHTALMOLOGIE, par le docteur F. TERRIEN, professeur agrégé. — Lundis et jeudis, à neuf heures : Consultation externe et opérations.

Mardis et samedis, à dix heures : Consultation expliquée avec présentation de malades. Leçon clinique le mardi, à onze heures.

Mercredis : Consultation et exercices ophtalmoscopiques.

Du 2 au 10 mars : Une leçon sera faite tous les jours, à onze heures, sur l'examen objectif et fonctionnel de l'œil, afin de mettre les nouveaux élèves au courant.

ERRATUM. — Dans l'article de M. le professeur Moure sur « L'évidement pétro-mastoïdien », *Gaz. des hôpit.*, n° 20, p. 309, 1re col., 1re ligne du 6e alinéa, au lieu de « *depuis l'année 1914* », lire « *depuis l'année 1894* ».

VARIÉTÉS

UNE NOUVELLE THÉORIE SUR L'ÉTIOLOGIE DES PHÉNOMÈNES CRITIQUES

Dans la *Gaceta médica del Sur* du 25 janvier 1914, Don Salvador Velázquez de Castro, professeur de thérapeutique à l'Université de Grenade, « soumet à la confirmation des physiologistes, des électrologues et des cliniciens » la curieuse théorie suivante.

« Tout astre qui tourne autour d'un autre exerce une action inductive sur lui, l'électrise. Et en même temps il est électrisé lui-même par l'autre. La rotation de la lune autour de la terre électrise continuellement cette dernière. La rotation de la terre autour du soleil détermine également notre électrisation. La lune et la terre, le soleil et la terre constituent des espèces de solénoïdes qui s'influencent entre eux. Pour notre organisme, la lune constitue le solénoïde le plus puissant, en dépit de la petitesse relative de sa masse, parce qu'elle est plus rapprochée. Les autres corps sidéraux représentent pour nous des solénoïdes à influence plus distante.

C'est au moment de l'ouverture ou de la fermeture, qu'un courant continu ou induit exerce sur l'être vivant ses effets d'excitation les plus énergiques. Au moment où la lune apparaît sur notre horizon et au moment où elle le quitte, au moment précis où le soleil se lève ou se couche, instants où les inductions respectives subissent une élévation et une chute brusques, notre organisme éprouve des phénomènes équivalents à ceux que produisent l'ouverture ou la fermeture d'un courant induit. Le pouvoir réflexe médullaire tout entier est excité, et chaque organisme réagit à sa manière : bâillement, pandiculations, éternûments, rires, cris, tics, borborygmes, hoquet, toux, contraction des muscles éjaculateurs ou de l'érecteur du pénis, vomissements, début de l'accouchement, rupture de la poche des eaux, délivrance, crampes, convulsions, etc., le tout suivant la situation, les prédispositions et l'opportunité.

Comme, en cas de maladie, l'augmentation du pouvoir réflexe au moment du lever et du coucher de la lune et du soleil peut revêtir une infinité de formes, le médecin doit compter chaque jour avec quatre moments critiques, pendant lesquels il survient une variation favorable ou contraire dans l'état du malade, parfois une *crise* manifeste avec possibilité de mort dans les cas graves.

Il est évident qu'en outre des *heures de crises* il y a des *jours de crises*. C'est un *jour très critique*, que celui où coïncide le renforcement d'ouverture d'une action inductive sidérale de l'un des astres précités avec la fermeture de l'autre ; par exemple, lever de la lune au moment précis du coucher du soleil. Mais il est *beaucoup plus critique*, le jour où coïncide le renforcement d'ouverture ou de fermeture des deux inductions, et ce jour est celui de la conjonction, où les mêmes minutes voient la lune et le soleil apparaître à notre horizon ou en disparaître. »

Nous n'avons pour notre part aucune compétence spéciale nous permettant de discuter la théorie originale du professeur de Grenade, aussi nous contentons-nous de la reproduire ici sans commentaires.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 2 mars, à une heure. — 1er fin d'année (anatomie, N. R.), *Ecole pratique*, épreuve pratique.
3e (oral, 1re partie, 1re, 2e et 3e séries).
3e (oral, 2e partie).
5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu*.
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu*.

Mardi 3 mars, à une heure. — 1er fin d'année (anatomie, N. R.), *Ecole pratique*, épreuve pratique.
3e (oral, 1re partie, 1re, 2e, 3e et 4e séries).
5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 4 mars, à une heure. — 1er fin d'année (anatomie, N. R.), *Ecole pratique*, épreuve pratique.
3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.
1er (oral).

Jeudi 5 mars, à une heure. — 1er fin d'année (anatomie, N. R.), *Ecole pratique*, épreuve pratique.
3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.
1er (oral). — 4e.

Vendredi 6 mars, à une heure. — 1er fin d'année (anatomie, N. R.), *Ecole pratique*, épreuve pratique.
3e (oral, 1re partie, 1re et 2e séries).
3e (oral, 2e partie).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 7 mars, à une heure. — 1er fin d'année (anatomie, N. R.), *Ecole pratique*, épreuve pratique.
1er (oral). — 4e.
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier*.

THÈSES

Mercredi 4 mars, à une heure. — M. SPIVAKOFF. Sur les suites de couches dans les avortements. (MM. Pinard, président; Marfan, Couvelaire et Lemierre.) — M. DERESSE. Des causes qui empêchent les femmes d'allaiter. Moyens d'y remédier. (MM. Pinard, président ; Marfan, Couvelaire et Lemierre.) — M. MARCHAND. Sur l'étiologie de la présentation du siège. (MM. Pinard, président; Marfan, Couvelaire et Lemierre.) — M. GUILLAUMOT. Etude sur les capsules surrénales accessoires incluses dans le parenchyme rénal. (MM. Marfan, président; Pinard, Couvelaire et Lemierre.) — M. TANTLEWSKI. La colpo-périnéorraphie à l'anesthésie locale. (MM. Reclus, président; Teissier, Letulle et Alglave.) — M. SEBENQ. Fibromes de la paume de la main. (MM. Reclus, président; Teissier, Letulle et Alglave.) — M. DOUMENGE. Otites moyennes et septicémies, otites à pyocyanique. (MM. Teissier, président; Reclus, Letulle et Alglave.) — M. BEAUGENDBE. Appendicite et tuberculose. Leurs rapports réciproques. (MM. Letulle, président; Reclus, Teissier et Alglave.) — M. MARTIN. Contribution à l'étude des adénopathies sus-claviculaires au cours des cancers thoraciques et abdominaux. (MM. Letulle, président; Reclus, Teissier et Alglave.)

Jeudi 5 mars, à une heure. — M. PETIT (Antoine). Angiocholécystite typhique. (MM. Debove, président; Achard, Castaigne et Rathery.) — M. LEVY-BRUHL. L'ulcère tuberculeux atypique de la peau. (MM. Achard, président; Debove, Castaigne et Rathery.) — Mlle KOZLOFF. L'hydrémie chez les brightiques et les cardiaques œdémateux. (MM. Gilbert, président; Gilbert Ballet, Richaud et Maurice Villaret.) — M. PETIT (Raoul). Véritables indications et contre-indications de la cure thermale à Bagnoles-de-l'Orne. (MM. Gilbert Ballet, président; Gilbert, Richaud et Maurice Villaret.) — M. CALOT. Des formalités imposées aux psychopathes. Essai critique de la loi de 1838 et de sa réforme. (MM. Gilbert Ballet, président; Gilbert, Richaud et Maurice Villaret.)

DES CONSÉQUENCES DE LA SYMPHYSE CARDO-PÉRICARDIQUE

DES INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS D'UNE INTERVENTION DIRECTE

Par le Professeur E. DELORME,
Membre de l'Académie de médecine.

I

Le nouveau chapitre que j'ouvre à l'étude chirurgicale de la symphyse cardo-péricardique est la suite naturelle de ceux que je lui ai déjà consacrés (1).

L'étude de la symphyse cardiaque ne remonte pas bien haut; on peut la dater du premier tiers du XIXe siècle. L'École française y prit une large part. BEAU, à l'ère des premières recherches qui coïncidaient avec l'impulsion donnée aux examens anatomopathologiques, est frappé, au cours des autopsies qu'il pratique, par la fréquence des lésions cardiaques massives et graves : l'*hypertrophie* et la *dilatation* qui coexistent avec l'adhérence du péricarde et, pour lui, la compliquent. Comme ses contemporains, il en recherche les cas et les additionne. Quelques auteurs, à ces désordres fondamentaux, les plus habituels, opposent l'*atrophie*. C'est l'heure où les Bouillaud, les Hope, les Stockes, les Sanders s'y arrêtent. Haller, en quelques lignes, donne un lumineux aperçu de la pathogénie de ces lésions cardiaques, mais la doctrine ne prend corps qu'avec Beau dont le mémoire lu à l'Institut, en 1832, marque dans l'histoire de la symphyse. Inspiré par l'explication sommaire de Haller, il synthétise les accidents de cette symphyse et les rattache au *trouble mécanique apporté à la systole et à la diastole du cœur*.

Pour Beau, le cœur symphysé est emprisonné dans une coque rigide. Lors de ses contractions, le muscle tire sur ses adhérences et, par elles, sur la coque enveloppante ; pendant la diastole, le cœur, à la merci de ses adhérences rétractiles, sans défense, laisse dilater ses oreillettes et ses ventricules. Au début, ce cœur, devant la résistance éprouvée pendant la systole, s'hypertrophie ; à mesure que son énergie faiblit, il se dilate. Moins épais que le ventricule gauche, le ventricule droit subit plus les effets de la dilatation que le ventricule gauche.

C'est donc entre le péricarde seul, entre le péricarde résistant et le cœur que la lutte se passe ; les adhérences sont l'intermédiaire nocif. Le mécanisme principal est celui de la *traction exercée sur le muscle cardiaque*. L'hypertrophie et la dilatation en sont les aboutissants ; le mécanisme peut être aussi, dans certains cas, celui de la *compression* d'où relève l'atrophie.

Cruveilhier combat la pathogénie de Beau. Son autorité, plus que ses raisonnements, tendent à la ruiner. Il fait cependant appel à un élément nouveau, à la *solidité des points d'appui périphériques*. C'est le côté original de sa conception. Pour lui, un péricarde adhérant seulement au cœur ne peut en compromettre le fonctionnement ; il se laisse entraîner par celui-ci ; des adhérences périphériques qui le fixent peuvent, par contre, avoir pour conséquences de troubler le fonctionnement cardiaque.

Quoi qu'il en soit, nous sommes toujours là dans la théorie mécanique ; le trouble apporté par l'adhérence cardo-péricardique est reconnu, admis, c'est de cette adhérence qu'il dépend ; au point de vue chirurgical, une intervention, si elle est possible, serait donc justifiée, indiscutable quant à son principe ; elle serait variable seulement quant à son étendue, son siège et sa modalité.

Cette théorie comptera longtemps ses partisans, elle aura aussi ses adversaires. Laveran, dans une étude critique serrée lui apportera l'appoint de son autorité. Quelles que soient les atteintes qu'elle ait pu subir du fait des éclaircissements de l'anatomie pathologique microscopique et de nos conceptions modernes des processus infectieux, sa portée est indéniable. N'est-ce pas une loi de pathologie générale qu'une adhérence est rétractile, qu'un tissu de cicatrice circulaire exerce une constriction concentrique et quand des adhérences pariétales surtout unissent à la paroi thoracique le péricarde et le cœur soudés, la souffrance du dernier ne se traduit-elle pas, à la vue, par des aspirations intercostales, épigastriques, parfois même par des déviations costales et sternales ? Quelle que soit l'interprétation pathogénique que l'on donne à l'hypertrophie et à la dilatation, en les rattachant à d'autres mécanismes, on ne peut nier cette chose *vue*. Et aujourd'hui que la chirurgie a obtenu des soulagements très marqués chez des malades chez lesquels on s'était contenté de détruire des adhérences périphériques, force est d'accorder à ces adhérences une part importante parfois capitale, dans la production des troubles cardiaques.

Aux constatations et aux interprétations de l'école anatomo-pathologique macroscopique succèdent les explications pathogéniques de l'anatomie pathologique microscopique. Elles se résument en ces deux phrases : la *gravité de la symphyse cardiaque est liée à l'état de la fibre musculaire*. Cet état relève du même processus que les adhérences, mais *ne dépend pas d'elles*.

On saisit de suite l'importance qu'a cette interprétation pour le chirurgien. La première doctrine ouvrait à son initiative des espérances ; la seconde y répond presque par la négation. Où serait la raison d'être d'une action chirurgicale, puisque l'hypertrophie et la dilatation, les conséquences réputées les plus graves de la symphyse, ne sont pas étroitement liées à elle ? Il y a dans cette conception un fond de vérité. La théorie mécanique de Beau était trop exclu-

(1) E. DELORME. Un chapitre de chirurgie cardo-péricardique : de la légitimité et de l'opportunité de la destruction des adhérences cardo-péricardiques ; l'opération de Delorme et l'observation de Jaccoud, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 10 déc. 1913, et *Gaz. des hôpit.*, 16 déc. 1913, n° 143 ; — Des signes et du diagnostic de la symphyse cardo-péricardique, *Gaz. des hôpit.*, 24 janv. 1914, n° 10, avec 5 figures.

sive en rattachant l'hypertrophie et la dilatation du cœur à la seule traction des adhérences, mais le même reproche d'exclusivisme ne peut-il être opposé aux anatomo-pathologistes de la deuxième école? Que, dans certaine forme sclérosante rhumatismale, le muscle cardiaque, frappé profondément et en même temps que le péricarde, réagisse en produisant du tissu fibreux qui, par l'accroissement de volume qu'il apporte, trompe sur la signification de l'hypertrophie et, en atrophiant la fibre qu'il comprime, affaiblisse l'action de celle-ci, le fait est indiscutable, mais à côté de cette forme il en est d'autres dans lesquelles l'examen histologique, fait par des idoines, a surtout montré l'hypertrophie musculaire pure ou des dégénérescences cardiaques limitées. La nécessité du fonctionnement plus intensif d'un cœur gêné par une symphyse étroite est indéniable et qui dit fonctionnement plus intensif d'un muscle dit, le fait ressort de la physiologie générale, hypertrophie de la masse agissante. Et même quand le muscle est sclérosé, dans la forme à laquelle je faisais tout à l'heure allusion, qui pourrait douter que le trouble dû à l'adhérence ne soit d'autant plus nocif que la fibre cardiaque est elle-même moins active? Qui pourrait avancer que la débarrasser, dans la limite du possible, de ses entraves ne soit salutaire mesure? Plus le cœur est compromis dans sa trame musculaire et dans le fonctionnement de ses orifices, plus il a besoin d'être secouru, plus il paraît indiqué de ménager des efforts qui trouvent, dans la solidité des adhérences, des résistances, voire des obstacles plus ou moins insurmontables.

Or, ce ne sont pas les moyens médicaux qui apporteront ce secours. Contre l'adhérence constituée la médecine est impuissante; l'avis, sur ce point, est unanime; la chirurgie seule peut, dans des conditions favorables, soulager les systoles amoindries par la traction du bloc adhérentiel, rendre plus aisée une dilatation imposée au cours d'efforts inévitables ou de complications pulmonaires passagères. A ces cœurs ainsi compromis, il faut épargner tout faux pas.

Pour bien apprécier les conséquences d'une symphyse cardo-péricardique il ne faut pas, en effet, se contenter de suivre, par la pensée, les rythmes du cœur symphysé, dans ses conditions habituelles de fonctionnement, il faut le faire dans les conditions forcées de son activité qui, loin d'être exceptionnelles, s'imposent, au contraire, sans cesse à lui.

Là c'est l'effort soutenu, au cours d'un apprentissage, amenant la systole suractive, le surmenage du cœur; là, l'effort moins continu, mais également pernicieux d'une course obligée, d'émotions vives, du coït, de la constipation; là, la propulsion plus ou moins violente, soutenue, dilatatrice, du sang dans le cœur droit, au cours d'affections intercurrentes de la plèvre, du poumon. On ne songe pas assez à l'obstacle qu'une coque rigide, péricardique, tendue, oppose à ces dilatations nécessaires et, quand la mort survient, c'est plus l'affection banale intercurrente qu'on accuse que la symphyse aussi coupable parce qu'elle n'a pas permis au cœur de s'adapter aux exigences d'un fonctionnement anormal et nouveau.

C'est sur l'enfant, parce que son cœur s'accommode infiniment mieux que celui de l'adulte et du vieillard à ses lésions endo-myocardites qu'on peut faire le départ le plus net du rôle pronostique joué par une symphyse. Or, les auteurs des Traités de maladies de l'enfance s'accordent à reconnaître que la symphyse cardiaque figure au premier rang des complications qui font toute la gravité de la myo-endocardite infantile (1).

Roger, sur 6 cardiaques morts dans l'enfance, constate 6 fois la symphyse du péricarde. Cadet de Gassicourt fait la même vérification chez tous les cardiaques qu'il a perdus, sauf un. Weill, sur 17 cas de mort par le cœur, recueillis dans la collection des observations de Perroud, relève 5 fois des symphyses fibreuses et 9 fois des fausses membranes étendues. Sur 12 cas personnels : 8 fois, il note des adhérences; 4 fois, une symphyse totale; 2 fois, une symphyse partielle.

Ce dernier auteur exprimant son expérience personnelle et l'expérience commune nous dit : la *symphyse tolérée est exceptionnelle chez l'enfant*. Elle représente la *plus grave complication du rhumatisme récidivant* et la *symphyse tuberculeuse aboutit rapidement à l'asystolie* (2).

Les recherches microscopiques et des expériences ont, dans ces dernières années, donné de la cirrhose du foie tuberculeux, la plus grave des complications de la symphyse cardiaque, une tout autre signification que celle que nous devions à Hanot et à Immervol, partisans d'une genèse mécanique purement cardiovasculaire, une tout autre signification aussi que celle que nous avait fournie Hutinel, pour qui la gêne circulatoire d'origine cardiaque jouait encore un rôle de premier ordre. Avec la conception nouvelle, le rôle cardiaque serait bien amoindri, presque nul. S'il en était ainsi, à quoi servirait une tentative chirurgicale plus que discutable dans son principe et vouée à l'avance à l'insuccès?

Partie de l'intestin, l'infection tuberculeuse atteindrait le foie et aboutirait à la sclérose, à une sclérose telle qu'on a l'impression que le thérapeute doit désespérer non seulement de la guérison de son malade mais même d'une amélioration.

L'étude des observations n'autorise pas un arrêt aussi exclusif, une vision pronostique aussi assombrie. Et d'abord quand on lit les observations suivies d'autopsies, on constate que le foie d'un grand nombre de malades atteints de cirrhose cardiaque tuberculeuse ne présentait que de la congestion hépatique ou que celle-ci tenait la première place dans les lésions observées (3).

D'un autre côté, certaines régressions rapides, consécutives à des actes chirurgicaux, ont aujourd'hui confirmé le rôle que l'observation cadavérique

(1) Il va sans dire qu'il s'agit surtout, en pareil cas, de symphyse serrée et étendue.

(2) Symphyse du péricarde, in *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher, t. III, p. 657.

(3) On sait que dans la symphyse cardiaque d'origine rhumatismale, les lésions du foie relèvent, d'après les descriptions données, de la congestion ou de la congestion et de la sclérose.

avait assigné à la congestion hépatique. Quand on constate que des foies très volumineux, dépassant l'ombilic, ont, à la suite d'une intervention indirecte de péricardiolyse qui n'a pu qu'indirectement soulager le cœur, diminuer considérablement d'étendue et cela rapidement, on ne peut s'empêcher d'attribuer à la gêne excessive de la circulation en retour, liée à la symphyse, un rôle prépondérant dans le développement anormal du foie de ces malades.

Il ne semble donc pas que, tout bien pesé, même dans des cas extrêmes de symphyse tuberculeuse compliquée de cirrhose du foie, l'interprétation de Hutinel et Moizard doive être abandonnée (1). Or, je ne saurais l'oublier, elle autorise une tentative chirurgicale destinée à venir en aide à une circulation compromise à son centre.

En somme, il ressort des opinions et constatations que :

1° L'influence favorisante de la symphyse cardiaque sur la production ou l'accentuation de la dilatation et de l'hypertrophie cardiaques, et, par la dilatation, sur les lésions orificielles, paraît indiscutable ; dans d'autres cas, cette influence se traduit par une atrophie.

2° Non moins manifeste se remarque la pernicieuse action de la symphyse cardo-péricardique dans la gêne apportée à la systole et à la diastole, aux expansions respiratoires du cœur, à ses déplacements pendant les mouvements du corps.

3° Un cœur symphysé étroitement et totalement par un péricarde épaissi ne peut qu'éprouver un obstacle aux dilatations excessives, compensatrices, nécessaires, que l'effort momentané ou répété lui imposent.

4° La symphyse totale, encapsulante, peut avoir sa part de retentissement sur la circulation cardiaque, toute périphérique, partant sur la myocardite dégénérative concomitante.

5° Les lésions cardiaques consécutives à la symphyse, les compressions exercées sur la veine cave inférieure provoquent la congestion hépatique ou l'accentuent et favorisent aussi le développement des processus infectieux hépatiques.

Toutes ces conséquences graves semblent autoriser des tentatives chirurgicales directes, prudentes et raisonnées, dirigées en vue de les prévenir ou de les atténuer.

II

Après ces considérations générales destinées à lever certains doutes sur l'opportunité de la destruction des adhérences cardo-péricardiques, j'arrive à la recherche, à la supputation des conditions les plus favorables à son exécution et à sa réussite.

Dans cette voie nouvelle, où toute base d'appréciation est si difficile à trouver, il serait à la fois prématuré et imprudent de s'arrêter à des formules étroites, à des règles formelles de conduite. Tout au plus peut-on se permettre de présenter des postulata, est-on autorisé à exprimer un sentiment, une opinion condensant les impressions définitives tirées de la réflexion et de l'étude. C'est avec cette pensée que je marche, mais, avant tout, je dois dire que, ce qui ressort de mon examen, c'est que là les tentatives de la chirurgie paraissent justifiées, à condition d'être conduites avec les extrêmes ménagements que commande l'organe, et qu'elles peuvent être utiles.

Les *indications et contre-indications* du traitement chirurgical *direct* de la symphyse cardo-péricardique sont à étudier en regard de chaque grande forme de symphyse : 1° la *forme rhumatismale;* 2° la *forme tuberculeuse* et, dans celle-ci surtout, elles sont à distinguer par rapport à la *délimitation* ou, au contraire, à l'*extension des lésions;* 3° suivant le *siège;* 4° l'*origine;* 5° l'*ancienneté des adhérences;* 6° l'*âge de l'opéré.*

1° Symphyse cardo-péricardite d'origine rhumatismale. — Dans la forme rhumatismale, les lésions sont nettes, le plus souvent circonscrites à la cavité péricardique ; la symphyse est souvent totale, intime ; elle est très nuisible au fonctionnement du cœur, aussi :

a. Sur des malades rhumatisants avérés, chez lesquels la symphyse cardiaque est totale ou étendue, qu'elle s'accompagne de dilatation, d'hypertrophie et de lésions orificielles, la destruction des adhérences me paraît, en principe, acceptable.

Je parlerai du moment qui paraît le plus propice pour l'assurer.

b. S'il en est ainsi dans les cas de symphyse avec dilatation, hypertrophie et lésions valvulaires, reliquats du même processus infectieux agissant à la même date, sur des terrains voisins, l'indication paraîtrait plus formelle encore quand il s'agit de ces symphyses où l'hypertrophie, la dilatation, le trouble apporté au fonctionnement de la tricuspide, de la mitrale, des sigmoïdes de l'aorte sont sous la dépendance plus directe de l'adhérence cardo-péricardique. Si le diagnostic de ce groupe devenait possible, et il est permis d'espérer qu'il le deviendra, la séparation des adhérences apparaîtrait une conception plus heureuse encore que dans le premier groupe de cas, puisque l'adhérence n'est plus une

(1) Hutinel. Cirrhoses cardiaques et cirrhoses tuberculeuses chez l'enfant, in *Revue mens. des mal. de l'enfance*, 1893.

On sait que, dans ces derniers temps, le professeur Hutinel s'est attaché tout particulièrement à l'étude des médiastinites chroniques, trop délaissée jusqu'ici. Elle lui doit de magistrales descriptions (*Bull. méd.*, 23-30 août 1911 ; Lambour. Th. de Paris, 1911). Dans sa description de la médiastinite chronique inférieure, mon très distingué collègue de l'Académie de médecine fait à la constriction exercée par des adhérences médiastinales inféro-postérieures une part dans la genèse et le mécanisme de la congestion passive du foie. Cette opinion basée sur des faits n'est pas en contradiction avec les premières affirmations de cet auteur. Elle fait ressortir que la symphyse cardo-péricardique n'est pas seule à produire ce résultat ; c'est là tout et le petit nombre d'observations ne permettrait pas d'autre conclusion. Il est certain même que chez certains malades, ce n'est ni dans la loge cardo-péricardique ni dans le médiastin, mais dans l'abdomen même, à la périphérie du foie, qu'il faut chercher la gêne à la circulation cave. Quoi qu'il en soit, l'influence du trouble apporté dans la circulation hépatique par la symphyse cardo-péricardique reste indiscutable et toujours importante ; il est avéré que dans certains cas, cette stase est le fait capital, que dans d'autres, en troublant les fonctions du foie, la stase facilite l'action des agents infectieux.

unité ajoutée à d'autres dans la supputation d'un pronostic grave, mais qu'elle forme, à elle seule, le total dont le reste dépend.

Sur ce point, j'exprimerais ainsi ma pensée :

Dans les symphyses dans lesquelles les troubles observés semblent être attribuables tout particulièrement aux adhérences, la séparation de ces dernières devrait être pratiquée aussitôt que possible.

On comprend que je la demande rapide, puisque la gravité des désordres est souvent fonction de la rapidité même de l'organisation des adhérences et de leur persistance.

2° De la symphyse cardo-péricardique d'origine tuberculeuse. — J'arrive au deuxième grand groupe des symphyses cardo-péricardiques, à celles qui relèvent de la tuberculose.

Comme l'infection rhumatismale, l'infection tuberculeuse laisse des symphyses cardo-péricardiques partielles ou totales, avec ou sans lésions du myocarde et des orifices, mais il est reconnu qu'elle a moins de tendance à envahir simultanément le péricarde et l'endocarde que le processus rhumatismal.

Les mêmes raisons qui m'ont incité, en principe, à recommander la séparation des adhérences dans le premier groupe de symphyse, m'engageraient également à la conseiller dans le second. Je dis en *principe* parce qu'il y a ici des restrictions à faire et des distinctions à établir.

Le processus rhumatismal est plus uniforme, moins varié dans ses manifestations et plus constant dans la nature de ses reliquats que le processus tuberculeux. Avec lui il est plus aisé de concevoir, de préciser, sinon d'exécuter un acte opératoire. On sait ce qu'il a tendance à faire ; ce qu'il fait, il le répète sans cesse suivant un mode affirmé. Il facilite, on le sait, la production du tissu fibreux et l'organise, mais, si c'est déjà trop, il ne fait au moins rien de plus. Avec lui il n'est pas question de suppuration, dès l'origine, d'actions destructives, troublantes, parce que imprécises. Il n'est pas coutumier d'envahissements des départements lymphatiques voisins auxquels la tuberculose péricardique n'emprunte que trop souvent ses réserves infectieuses, ou qu'elle alimente, en bondant les ganglions trachéo-bronchiques, médiastinaux, intrapéricardiques, associant ainsi une lésion déjà suffisante par elle-même pour retenir l'action du chirurgien à des dégâts concomitants ou antérieurs d'organes ou de tissus voisins, dégâts graves, multiples, de siège proche et parfois éloigné.

Dans certaines variétés de symphyse tuberculeuse, au sommaire de l'observation on lit parfois : *symphyse cardiaque d'origine tuberculeuse ;* et, à la narration, on suit la description d'une polyadénite dont les ganglions ramollis, caséeux ou suppurés, gros comme une noix, une mandarine, ont évolué en dehors de la sphère possible de l'action chirurgicale et qui auraient compromis cette action, si on l'avait tentée. Après, viendront, dans la description, les adhérences étendues, solides, *pleuro-péricardiques*, représentées parfois par des infiltrats massifs dans lesquels tous les tissus ont été indistinctement envahis et dans lesquels les phréniques eux-mêmes peuvent être englobés. Puis c'est de *symphyses pleuro-pariétales* étendues qu'il est ensuite question. C'est quoi, en somme ? C'est tout un thorax envahi. Ces processus concomitants, excessifs, désorganisateurs, s'il en fût, sont désespérants pour le chirurgien. Voilà ce que le rhumatisme ne connaît pas. Il est, si ces expressions étaient permises, plus correct et plus propre dans ses procédés.

Avant donc de se décider à intervenir il faudrait bien étudier le cas d'espèce — la radioscopie en fournit le plus souvent les moyens — et s'assurer, avant tout, que les *lésions sont circonscrites à la région cardo-péricardique* ou, tout au moins, qu'elles sont *peu étendues en dehors de ses limites* et qu'elles affectent un caractère plutôt sclérosant que diffus et suppuré.

C'est sous cette réserve que j'estime que le symphysé tuberculeux peut espérer de l'intervention cardo-péricardique le bénéfice qu'en pourrait tirer le symphysé rhumatisant. Et, il ne faut pas oublier, dans les cas où l'on pourrait avoir quelque hésitation, que si, sous le rapport de l'extension, ou plutôt de la concomitance de quelques lésions, à distance, dans le thorax, le symphysé tuberculeux se présente dans des conditions moins satisfaisantes que le symphysé rhumatisant, d'un autre côté, il offre cet avantage d'être moins souvent atteint que ce dernier de lésions orificielles, que les signes observés chez lui sont fréquemment des signes d'insuffisance sans marque anatomique. Enfin, c'est un fait bien digne d'être encore retenu, le processus tuberculeux retentit infiniment moins sur la fibre cardiaque que le processus rhumatismal. Dans le premier, la dégénérescence est le plus souvent limitée à la couche toute superficielle du muscle cardiaque et elle est moins marquée que dans le rhumatisme (1).

La forme franchement circonscrite à la région cardo-péricardique, partant plus accessible, est peut-être plus fréquente que la forme plus ou moins diffuse dont je viens de parler, laquelle est, de par son évolution, une sorte de tuberculose péricardique secondaire. La *forme circonscrite*, tuberculose atténuée, se rapprochant de la tuberculose des ganglions, des articulations, des séreuses, reste plus cantonnée dans la sphère qui a été envahie. C'est elle qui, sous une forme plus primitive et plus loca-

---

(1) Dans les autopsies, lorsqu'on trouve le myocarde altéré, on constate fréquemment qu'il ne l'est qu'à sa périphérie et dans une faible épaisseur. On en trouverait l'explication dans ce fait que les lymphatiques du cœur, canaux d'infection, sont dans l'espèce, comme l'anatomie l'indique, répartis exclusivement à la périphérie du cœur. Cette remarque de la circonscription des lésions exclusivement à la périphérie devrait être retenue plus qu'elle ne l'est. Charrin n'a-t-il pas, à la suite d'expériences, avancé que l'infection générale par des toxines tuberculeuses amenait une myocardite. Cette limitation semble exclure, au moins dans la circonstance, la pathogénie invoquée par Charrin.

On sait que toute inflammation d'une séreuse retentit sur le muscle sous-jacent, en détermine l'atrophie partielle dont l'accumulation graisseuse sous la peau est le signe révélateur. On peut d'autant plus penser ici à un phénomène du même genre que, dans les autopsies, la couche graisseuse sous-séreuse du péricarde viscéral est parfois si abondante et si régulièrement répartie qu'elle permettrait la séparation de cette séreuse.

lisée, offre le plus de ressources au chirurgien, et l'on s'étonnerait que des opérateurs qui, chaque jour, dans leurs services, multiplient leurs opérations pour des lésions tuberculeuses locales des membres, du cou, etc., s'arrêtassent ici et méconnussent l'indication bien autrement pressante qui ressort de l'organe envahi, car il ne s'agit plus ici d'une tuberculose externe vulgaire, mais d'une localisation *sur le premier organe du corps*. Et si les succès incessants, qui couronnent notre conduite dans les opérations périphériques, nous incitent et nous autorisent à les y poursuivre, alors que les troubles sont moins évidents, pour quelles raisons de valeur notre conduite serait-elle différente ici, puisque rien dans la nature même de la lésion ne nous enlève l'espoir d'identiques succès?

Ces réflexions, quand on s'y arrête, incitent plutôt à l'intervention dans les cas douteux qu'à l'abstention.

A une période même un peu éloignée du début de l'atteinte et parfois à toute période, on trouve des lésions si analogues aux lésions rhumatismales que, souvent, un examen microscopique et bactériologique minutieux n'a pas permis et ne permettrait pas, au moins facilement, de reconnaître la véritable origine de la lésion, si celle-ci n'était établie par d'autres données. Ce sont, à côté d'adhérences lâches et généralisées, des *symphyses fibreuses intimes ou à déhiscence moins difficile*, des *adhérences cloisonnant des magmas* albumineux, gélatineux, caséeux, toutes les *variétés d'adhérences partielles*.

Si l'intervention, au lieu d'être reportée à une époque plus ou moins éloignée, trop éloignée du début, était pratiquée à temps — nous verrons ce qu'il faut entendre par ce terme — ses indications s'étendraient en raison des facilités plus grandes d'exécution et ce ne serait guère que l'extension périphérique, les caractères de diffusion et de suppuration multiples qui constitueraient, jusqu'à plus ample informé, ses contre-indications.

Quelle que soit la forme à laquelle on ait affaire, rhumatismale ou tuberculeuse, la médiastinite, surtout la médiastinite antérieure compliquant la symphyse cardo-péricardique, les adhérences pleurales isolées ou concomitantes à condition que la première et les secondes ne se catégorisent pas par ce bloc adhérentiel scléreux ou un magma fibro-caséeux massif et tels qu'ils défient toute thérapeutique, ces adhérences médiastino-pleurales ne sont pas des contre-indications à l'intervention symphyso-cardiaque. Plus le cœur est bloqué dans ces cas, plus il semble nécessaire de le débloquer et si, par la libération de ses adhérences propres, on laisse intactes les adhérences périphériques, on ne l'en a pas moins soulagé par le jeu qu'on lui a fourni.

Il paraissait tout indiqué de chercher des données sur les indications et les contre-indications de l'opération dans les notions que nous possédons sur le *siège des adhérences, leur origine et leur ancienneté*. C'est ce que j'ai fait.

3° Les signes fournis par l'examen clinique et par l'examen radioscopique nous fixent en partie sur le *siège des adhérences,* mais les indices qu'ils nous fournissent ne sont ni assez nombreux ni assez précis pour qu'ils nous dispensent, à l'heure actuelle, d'une constatation directe.

Au point de vue du siège des adhérences je ne verrais d'ailleurs de contre-indication à leur dissociation qu'autant qu'elles dépasseraient le niveau de la base du cœur, qu'elles répondraient aux oreillettes et qu'elles seraient très résistantes. Les ménagements qu'on doit aux auricules et aux oreillettes le commandent. Mais toute hésitation cesserait si l'intervention, relativement récente, faisait constater des adhérences lâches, aisément dissociables.

Des adhérences localisées, anciennes, répondent parfois à des altérations matérielles et localisées du cœur, à ce qu'on appelle l'*anévrisme du cœur*. On ne saurait l'oublier ici. Cette relation, loin de constituer une contre-indication opératoire comporterait, au contraire, une indication et en côtoyant de très près le péricarde pariétal et en procédant pour la destruction de l'adhérence, non par déchirure mais par incision, pour éviter toute traction, on éviterait les risques d'une rupture.

4° L'*origine* des adhérences semblait devoir fournir les enseignements les plus précieux, à s'en rapporter à la notion vulgaire de la tendance qu'a le rhumatisme à produire des adhérences fibreuses et la tuberculose à déterminer des lésions moins organisées, dégénératives. Morel-Lavallée envisageant la question d'ensemble, avec la compétence que tous s'accordent à lui reconnaître, a déjà fait remarquer que la nature de l'affection originelle n'avait pas une aussi grande influence qu'on l'admettait pour produire des processus adhérentiels différents. Il y a une grande part de vérité dans cette assertion. A une époque éloignée du début, bien des infections tuberculeuses du péricarde se terminent par une symphyse fibreuse qui ne diffère pas, au point de vue chirurgical de celle qui suit le rhumatisme. Chez l'enfant l'adhérence consécutive à la tuberculose est le plus souvent fibreuse (1). La tuberculose a ses formes sclérosantes d'emblée comme le rhumatisme. La donnée la plus certaine est celle relative au *rhumatisme infectant* dont la terminaison habituelle est la symphyse très serrée, aussi serait-il indiqué de procéder, pour la détruire, à une intervention *très hâtive*. La forme du rhumatisme atténuée donne-t-elle lieu de préférence à des adhérences disséminées et lâches? Ce point et beaucoup d'autres n'ont pas été étudiés avec le degré de précision que réclamerait le chirurgien; ils devraient être l'objet de nouvelles recherches. Jusqu'ici nous avons des présomptions mais non des certitudes et sur les premières nous ne pouvons faire fond, en sorte qu'à l'heure actuelle il faut demander à l'exploration clinique de nous renseigner sur le degré d'extension et de fixité des adhérences, et lever les incertitudes grâce à l'incision de la péricardotomie exploratrice.

(1) Ces constatations ne nous étonnent plus depuis que nous avons, pour les comprendre et les interpréter, les fils conducteurs que nous a fournis Poncet.

5° L'*ancienneté* d'une symphyse ne peut non plus donner de renseignements de valeur sur le degré de fixité de l'adhésion. Il est des symphyses très anciennes qui sont lâches et de dissociation facile; il en est de relativement récentes qui résistent à des tractions énergiques. On trouve les unes et les autres chez l'enfant comme chez l'adulte. L'intensité de la péricardite primitive, son caractère particulièrement infectieux, la fréquence des récidives apportent des présomptions, mais on ne peut oublier que la tuberculose péricardique, qui, comme l'ont établi des expériences, est une infection atténuée, donne lieu cependant à des soudures intimes.

6° En principe et jusqu'à plus ample informé, on peut admettre que *l'âge* du malade n'apporte pas de contre-indication à l'opération. A priori c'est l'enfant qui doit en bénéficier le plus, non seulement en raison de ses perspectives de vie plus lointaines, mais surtout parce qu'on apporte plus tôt une atténuation aux troubles cardiaques consécutifs, enfin parce que, chez lui, la transformation fibreuse est habituelle.

Affection de tous les âges de la vie, la symphyse cardo-péricardique est plus particulièrement fréquente pendant l'adolescence et les dernières années de la seconde enfance. Chez l'enfant, certains considèrent le rhumatisme comme la cause la plus habituelle de la symphyse; il en serait également ainsi chez l'adulte. D'autres placent la tuberculose sur le même rang ou même estiment qu'elle amène plus souvent que le rhumatisme des symphyses cardiaques.

Quoi qu'il en soit, le chirurgien n'oubliera pas que chez l'enfant la *symphyse est la règle pour la péricardite tuberculeuse,* qu'elle en est l'aboutissant naturel. Celle-ci est habituellement secondaire et succède à une tuberculose de voisinage, pleuro-pulmonaire ou ganglionnaire, mais elle peut être aussi primitive.

Quoi qu'il en soit, les conditions d'apparition sont telles que l'opération ne devant porter que sur des enfants de la deuxième enfance, elle est moins minutieuse, moins délicate. Leur résistance est plus grande; ce serait encore là une condition de succès.

L'évolution du processus est rapide chez l'enfant, on ne le perdra pas de vue. Quand on lit les observations publiées, on voit souvent que l'enfant, après un séjour de plusieurs mois à l'hôpital et une première atteinte, a succombé, montrant à l'autopsie des adhérences complètes, très résistantes, qu'il s'agisse de symphyse rhumatismale ou tuberculeuse. L'intervention doit donc être rapide chez l'enfant comme le processus.

Il est des cas dans lesquels il serait inadmissible de songer à une intervention. Les *contre-indications* sont si formelles, elles se présentent si naturellement à l'esprit qu'il est presque inutile de les préciser : c'est dans les cas où les troubles observés sont sans importance ; ce seraient ceux dans lesquels ils sont si graves, si menaçants que l'insuccès est certain et que l'intervention ne pourrait qu'aggraver l'état de l'opéré.

Certaines formes de symphyse contre-indiquent l'opération. Ce sont celles dans lesquelles presque tous les organes entourés de séreuses, le foie, les reins, etc., sont eux-mêmes encapsulés par une coque épaisse fibroïde. L'affection du cœur n'est qu'une épisode d'une maladie plus générale. La tuberculose produit surtout ces lésions multiples de *périviscérite*, mais le rhumatisme n'en est pas exempt.

Poulin (1) nous en a donné un bel exemple :

Une femme de cinquante-huit ans, malade depuis onze ans, succombe à une ascite et à une affection du cœur. A son autopsie, on constate une symphyse cardiaque presque complète, mais le *foie*, la *rate*, les *reins* sont encapsulés par une coque résistante et continue. Au niveau du diaphragme l'adhérence du cœur est très serrée.

Soyesima, sur un jeune garçon chez lequel il avait réséqué un plastron thoracique et pratiqué une laparotomie au cours de laquelle il avait constaté l'adhérence des intestins, crut devoir aller à la recherche de la rate, du foie, recouverts d'une coque adhérentielle ; il les scarifia, fit encore des abouchements des saphènes dans le péritoine, sans améliorer l'état de son malade (2).

Pour plus circonscrites qu'elles soient à la cage thoracique, il est des lésions scléreuses qui défieraient toute intervention. Nous l'avons dit.

La question de l'opportunité de l'opération résolue, celle du *moment* le plus propice pour l'effectuer doit m'arrêter.

De ce moment, on n'a pas toujours le choix. Il est même plus que vraisemblable que, si l'opération était acceptée, on mettrait longtemps l'opérateur en présence d'une lésion ancienne, très confirmée, riche de conséquences locales et à distance. *Le moment serait donc de nécessité et non de choix.* Les aléas seraient alors plus nombreux, les succès moins faciles en tant que réussite de l'opération même, moins tangibles quant aux modifications apportées aux troubles observés.

Bien qu'en pareils cas l'opérateur ne puisse prétendre à être complètement maître de la situation, celle-ci, pour moins favorable qu'elle soit, peut néanmoins bénéficier encore de son initiative, car, à côté des symphyses tellement serrées que la séparation des adhérences est matériellement impossible, il s'en rencontrera d'autres où celle-ci sera facile ou possible sans danger pour le cœur. Je ne puis manquer de rappeler, en effet, que l'ancienneté des adhérences n'est pas l'indice certain de leur résistance à la séparation, et puis, la séparation même n'est pas le seul mode de traitement chirurgical à opposer à ces symphyses étroitement serrées.

Puisque nous ne sommes pas suffisamment avancés quant à nos signes, pour pouvoir, à l'avance, préciser à quelle catégorie d'adhérences, de séparation facile ou difficile, nous pouvons avoir affaire, il y aurait lieu, en pareil cas, de s'adresser à une péricardotomie exploratrice. Les constatations directes qu'elle permettrait de faire indiqueraient au chirurgien s'il

(1) POULIN. *Bull. de la Soc. anat.*, mars 1868.
(2) SOYESIMA. In JACQ. Th. de Paris, 1910.

aut, pour le bénéfice du blessé, continuer ou arrêter l'intervention.

Pour donner à l'opérateur le maximum de garanties quant à la facilité de la séparation des adhérences, il n'est pas douteux qu'il faudrait qu'elle soit pratiquée à une *période rapprochée du début de la symphyse*. D'une façon générale c'est à cette période que, lâches et plus molles, elles sont de séparation plus aisée. Je dis d'une façon générale, car il est des symphyses qui, en peu de temps, acquièrent, je le répète, une fixité déconcertante et qui subissent une transformation sclérogène; c'est, encore une fois, souvent affaire de processus et non d'âge. Mais cette restriction faite, la donnée générale, qui vient d'être rappelée, garde sa portée.

M. le professeur Weill (de Lyon) considère, quant au temps, la séparation des adhérences comme complémentaire de la péricardotomie. Cette opinion est sans doute basée sur la rapidité de l'évolution symphysaire chez les enfants qu'il a à soigner.

Non seulement l'opération *précoce* est plus facile, mais elle serait plus sûre et peut-être plus complète. A une période éloignée, avec des adhérences très solides, on ne peut guère se permettre de se rapprocher de la portion de la base qui correspond aux oreillettes, dont les parois, on le sait, sont minces; à une époque rapprochée du début on peut le faire. Enfin, grâce à une opération précoce, les troubles et les lésions cardiaques, étroitement liés à la symphyse, n'ont pas encore eu le temps de prendre un haut caractère de gravité.

Mais par opération *précoce*, j'entendrais une intervention pratiquée, d'une façon générale, après cessation de la période aiguë, après extinction ou grande atténuation des phénomènes inflammatoires; c'est là, je crois, une condition favorable à la non-reproduction des adhérences, dont l'opération hâtive, immédiate, préviendrait peut-être moins le retour. On le voit, il y a une différence au point de vue des indications opératoires et des suites, entre l'opération hâtive et l'opération quelque peu retardée, néanmoins précoce que, jusqu'à plus ample informé, je conseillerais (1). L'expérience indiquera à laquelle des deux pratiques il serait préférable de s'arrêter.

Les auteurs, les anatomo-pathologistes parlent de la transformation spontanée que subissent les adhérences de la symphyse cardiaque. Se basant, d'une part, sur un fait d'observation, malheureusement inconstant et, par assimilation avec ce qui s'observe à l'abdomen où les mouvements incessants des intestins ont pour résultat de distendre les adhérences, ils admettent, voire exagèrent, la fréquence de la distension adhérentielle, la résorption des produits exsudés dans les cloisonnements, l'assèchement des promontoires après la période inflammatoire. Les avantages incertains et lointains de la distension ou de la résorption spontanées ne paraissent pas pouvoir être opposés à ceux qui se rattachent à une intervention précoce.

(1) Il est bien entendu qu'il est des cas d'espèce qui ne rentrent pas dans la donnée générale précédente; la gravité des troubles peut contraindre à libérer le cœur au plus tôt.

En résumé :

1° Quand *on a le choix du moment* pour intervenir, la destruction des adhérences de la symphyse cardo-péricardique doit être *précoce*, qu'il s'agisse de l'adulte ou de l'enfant; elle doit être *plus précoce* encore chez l'enfant que chez l'adulte.

2° *Elle devrait être entreprise dès la cessation ou la diminution des phénomènes inflammatoires de la péricardite non suppurée.*

3° *Dans la péricardite suppurée, elle est le complément de la péricardotomie.*

4° Elle devrait être de règle dans la forme de symphyse liée au *rhumatisme récidivant*, laquelle d'ordinaire donne des symphyses rapides et très serrées.

5° Elle paraît indiquée dans les *symphyses d'origine rhumatismale* et dans les *symphyses tuberculeuses* lorsque les lésions sont circonscrites à la région cardo-péricardique ou sont peu étendues en dehors d'elle.

6° Elle ne paraît point contre-indiquée dans les cas où l'on constate de l'*hypertrophie*, de la *dilatation cardiaque*; elle impose seulement plus de précautions, de sage prudence dans l'acte opératoire.

7° Elle ne semble pas devoir être contre-indiquée dans la forme sclérosante à condition qu'on n'ait pas affaire à la forme sclérosante généralisée ou à la forme encapsulante totale des séreuses (du foie, des reins, etc.), pas plus qu'elle ne le serait dans la médiastino-péricardocardite ou dans la symphyse cardiaque avec adhérences pleurales, à condition qu'on n'ait pas affaire au bloc massif et considérable de la médiastinite calleuse ou de la médiastinite fibro-caséeuse.

8° Quand *on n'a pas le choix du moment* de l'opération, on peut commencer à l'entreprendre si les lésions sont limitées, quitte à s'arrêter si elle est jugée trop difficile ou compromettante pour le cœur.

9° On ne doit demander à l'opération que ce qu'elle peut judicieusement fournir : la séparation d'adhérences faciles à détruire; au besoin, dans les cas de séparation difficile, l'abrasion des portions du péricarde antérieur accessibles, la section des insertions péricardo-diaphragmatiques, l'excision libératrice, d'une bande curviligne du péricarde antérieur.

Après la libération du péricarde, une coque fibreuse très adhérente à la séreuse viscérale ne pourrait s'enlever que par dissection et je ne pense pas qu'un chirurgien soit assez imprudent pour la tenter sur un organe mobile comme le cœur, au risque de paralyser ses mouvements, de s'exposer à blesser ses gros vaisseaux.

On comprend qu'on ait été tenté de faire des mouchetures sur la surface d'un poumon recouvert d'une plèvre épaissie. On pouvait s'attendre à voir ce poumon, en se dilatant, faire éclater sa coque. A quoi serviraient des mouchetures ici; elles auraient les inconvénients de la dissection et seraient aussi dangereuses qu'elle?

Enlever le péricarde viscéral en totalité, en dehors de la couche graisseuse, souvent épaisse qui le double et qui le sépare du myocarde, ce que cer-

tains ont fait plus ou moins facilement dans des autopsies, dans des symphyses tuberculeuses, ce serait peut-être s'exposer à déchirer des fibres musculaires sous-jacentes dégénérées, à provoquer la blessure des vaisseaux de nutrition du cœur qu'on sait superficiels. Je ne voudrais pas cependant rejeter, a priori, pareilles tentatives dont on ne peut, actuellement, apprécier l'opportunité ou la non-opportunité. Quand les autopsies auront été conduites en vue d'élucider ce point, on pourra en décider.

A une *période éloignée du début* de la symphyse, on peut :

1° Dilacérer les adhérences partielles ou totales susceptibles de dilacération facile;

2° Enlever, quand on le peut, partie du revêtement péricardique antérieur d'une symphyse plus ou moins épaisse, séparer ses insertions diaphragmatiques;

3° Il faut arrêter son intervention si la séparation est impossible, voire difficile, et s'adresser aux interventions indirectes que j'ai indiquées;

4° S'abstenir de toute action prolongée et difficile sur le revêtement fibreux cardiaque.

Dans les cas récents ou anciens, la destruction des adhérences médiastinales antérieures est le complément de la cardiolyse intra-péricardique, comme je l'ai conseillé en 1898. C'est le plus souvent un temps préparatoire de la mise à nu du péricarde.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1914)

Hémiplégie syphilitique avec paralysie labio-glosso-laryngée complète mais transitoire d'origine pseudo-bulbaire. — MM. DE MASSARY et CHATELIN. Un homme de vingt-cinq ans, syphilitique, fut amené dans le coma avec une méningite syphilitique (lymphocytose compacte, Wassermann positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien). Il existait une paralysie labio-glosso-laryngée complète, que l'on supposa d'origine corticale, à cause de l'intégrité des moteurs oculaires et du trijumeau, et de l'existence de signes d'irritation très intense du faisceau pyramidal. Sous l'influence du traitement, la lymphocytose et la paralysie labio-glosso-laryngée s'atténuèrent, le Wassermann persista positif dans le liquide céphalo-rachidien.

Paralysie radiale à type saturnin chez un syphilitique. — MM. DE MASSARY, BARDON et CHATELIN. Chez ce malade, la paralysie frappe les extenseurs avec réaction de dégénérescence et amyotrophie, mais celle-ci est moins considérable que la paralysie. Il s'agit d'un syphilitique avec, dans le liquide céphalo-rachidien, lymphocytose et Wassermann positif; le diagnostic de poliomyélite syphilitique est vraisemblable.

Syndrome de Brown-Séquard incomplet par lésion unilatérale de la moelle. — MM. CLAUDE et ROUILLARD. Un coup de couteau de la région cervicale inférieure paraît avoir intéressé la partie droite de la moelle, dans ses deux premiers segments dorsaux (cordon latéral, et peut-être légèrement le postérieur). Immédiatement survint une paralysie du membre inférieur droit, avec, du même côté, hyperesthésie considérable, occupant aussi la région thoraco-abdominale. A gauche, pas d'anesthésie, réflexes un peu vifs. C'est là une forme fruste et rare du syndrome de Brown-Séquard. Ultérieurement survint, dans le membre supérieur droit, une paralysie avec amyotrophie et réaction de dégénérescence qui est attribuable à des lésions hémorragiques secondaires, dans la substance grise des septième et huitième segments cervicaux.

Discussion sur la valeur séméiologique des douleurs à type radiculaire dans le diagnostic des tumeurs intra ou extraméduilaires. — MM. JUMENTIÉ et ACKERMANN. Dans un cas de tubercule médullaire, l'un des premiers symptômes avait consisté en douleurs à topographie radiculaire dans les deux sciatiques, qui s'expliquaient par une grosse infiltration des racines antérieures et postérieures à leur émergence de la moelle.

Atrophie du membre inférieur après arthrite aiguë. — MM. DÉJERINE et PÉLISSIER. L'atrophie a commencé à l'âge de onze ans et porte sur l'épaisseur des os, avec amyotrophie et peau pelure d'oignon comme dans l'hémiatrophie faciale, sans raccourcissement notable du membre.

Troubles de la phonation, torticolis, mouvements choréo-athétosiques. — MM. MEIGE et CHATELIN montrent une jeune fille de seize ans présentant ces symptômes. A six ans, elle a présenté des troubles du voile du palais, et a depuis une phonation sanglotée. Le torticolis survint à dix ans. A treize ans, mouvements choréo-athétosiques et gestes de défense. Pas de signes d'excitation pyramydale. M. THOMAS fait remarquer que les mouvements étant stéréotypés se rapprochent des tics plus que de l'athétose.

Une deuxième malade présente des mouvements athétosiques choréiformes, d'autres stéréotypés et une parole comme sanglotée.

Paralysie radiculaire obstétricale du plexus brachial. — MM. BONNAIRE, LÉVI-VALENSI et VIGNES. Amyotrophie et anesthésie radiculaire dans tout le domaine du plexus brachial. Il existe une rotation telle que l'olécrâne regarde en avant ainsi que la face palmaire de la main. Tension artérielle plus basse du côté le plus atteint.

Sur une affection mutilante des membres inférieurs. — MM. GUILLAIN et DUBOIS. En 1905, le malade, ayant marché pieds nus sur un morceau de verre, fit des maux perforants qui, après plusieurs curettages, nécessitèrent la désarticulation médio-tarsienne. Mais, les maux perforants se reproduisirent sur le moignon et de l'autre côté, avec douleurs fulgurantes et exagération des réflexes. Le signe d'Argyll existe, mais tous les signes de laboratoire (Wassermann, lymphocytose) étant négatifs, la syphilis paraît devoir être éliminée, ainsi que la lèpre, et le diagnostic de syringomyélie devient probable. MM. BABINSKI et SICARD ont vu des syringomyélies présentant également le signe d'Argyll.

Syringomyélie unilatérale, signe d'Argyll. — M. CERISE. Le malade présente les troubles de la sensibilité et l'amyotrophie à un seul membre supérieur. Paralysie du maxillaire supérieur et anesthésie thermique du trijumeau : nystagmus et diplopie croisée.

Micropsie et lésions organiques. — M. DÉJARINE n'a jamais vu chez les hystériques la micropsie et la polyopie monoculaire; la malade actuelle atteinte de micropsie présente de la mydriase avec absence des réflexes pupillaires et du consensuel. Le traitement spécifique améliora ces troubles.

Monoplégie brachiale corticale. — M. THOMAS et Mme LONG. Les troubles moteurs prédominent à l'extrémité du membre

(extenseurs et interosseux) avec altération de la discrimination tactile, exagération de tous les réflexes tendineux.

Valeur des ponctions à différentes hauteurs dans les compressions de la moelle. — M. FOIX. Dans le cas actuel, la ponction pratiquée au-dessus donna un liquide incolore mais albumineux. Celui recueilli au-dessous présentait la xanthochromie.

Troubles cérébello-spasmodiques consécutifs à la typhoïde. — M. BOUTHIER. Le malade a eu de la spasticité avec extension de l'orteil, il lui reste actuellement des troubles cérébelleux.

Sciatique radiculaire. — M. PÉLISSIER. Elle occupait les territoires de L V et S I avec réaction de dégénérescence et atrophie des muscles du groupe antéro-externe de la jambe.

Paralysie du plexus brachial par luxation de l'épaule. — MM. DÉJERINE et KREBS. Le bras constamment tiraillé par sa bonne, un enfant fit une luxation de l'épaule avec paralysie de tout le plexus brachial; paralysie atrophique du groupe Duchenne-Erb avec troubles sensitifs dans le domaine des racines cervicales V et cervicales VII, syndrome sympathique, troubles vaso-moteurs, refroidissement, sudation à la pilocarpine moindre que de l'autre côté.

Syndrome thalamique. — MM. DÉJERINE et SALÈS. Outre les douleurs et les troubles des sensibilités profondes habituels, on constate une anesthésie superficielle bien plus considérable que d'ordinaire, avec hémichorée, hémiathétose, ataxie; le réflexe cornéen est aboli à gauche.

Greffe cutanée après ablation d'une grosse tumeur du crâne. — M. DE MARTEL. L'extirpation d'une énorme tumeur du crâne avait laissé une vaste perte de substance, qu'il a comblée par des greffes cutanées. Le résultat est aujourd'hui parfait.

Dissociation des sensibilités dans le tabes. — M. SOUQUES. Ce fait est remarquable par l'intégrité des sensibilités superficielles contrastant avec l'abolition des profondes.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1914)

Entorse juxta-épiphysaire du radius. — M. MOUCHET relate trois cas d'entorse juxta-épiphysaire de l'extrémité inférieure du radius observés chez des adolescents; cette lésion traumatique est assez rare.

Os surnuméraires du pied. — M. MOUCHET présente des radiographies d'os surnuméraires du pied, surtout de l'os tibial externe et de l'os trigone, et montre quelle importance pratique doivent prendre ces anomalies osseuses dans les expertises d'accidents du travail aussi bien que dans les états douloureux du pied.

Hanche à ressaut. — M. MOUCHET présente un cas typique de hanche à ressaut qu'on pourrait confondre avec une subluxation de la tête du fémur. Il s'agit d'une sorte de tic favorisé par une prédisposition congénitale et consistant en un ressaut d'une bande musculaire ou fibreuse sur le grand trochanter.

Plus souvent disposition anatomique spéciale que maladie vraie, la hanche à ressaut mérite d'être mieux connue, car beaucoup de sujets exploitent ce « truc » pour se faire dispenser du service militaire, réformer, ou pour obtenir une rente.

La minéralisation de l'aliment. — M. LEMATTE insiste sur l'utilité du minéral en physiologie; on ne doit pas diviser les aliments azotés selon leur origine en aliments d'origine végétale ou animale, mais en aliments peu ou très minéralisés. Pour régler la diététique, on prendra l'acidité urinaire, l'urée et l'ammoniaque. Les tables très complètes publiées par l'auteur donnent la composition complète des aliments usuels.

Hydrorrhée. Accouchement avant terme. — M. SMESTER rappelle que les chocs, les heurts dans les véhicules automobiles actuels peuvent produire des hémorragies utérines pendant la grossesse et comme conséquence de l'hydrorrhée et l'accouchement prématuré. Puis, parlant de l'alimentation du nourrisson, il s'élève avec force contre la théorie dangereuse et funeste qui consiste à prescrire à l'enfant 100 grammes par kilogramme de poids.

De la lutte contre la tuberculose. — A propos d'une communication faite antérieurement sur ce sujet par M. Guelpa, M. GASTOU insiste sur la nécessité de faire le diagnostic précoce de la tuberculose, et attire l'attention sur une méthode radiographique d'examen qui permet, à l'aide des radiochronomètres, de comparer la densité des deux sommets du poumon. On place derrière chaque sommet un radiochronomètre, selon la transparence et la densité des poumons, les radiochronomètres apparaissent sur la plaque radiographique avec une netteté égale des deux côtés quand le poumon est sain, avec une netteté plus ou moins accentuée suivant la nature ou le degré des lésions pulmonaires.

M. Paul GUILLON estime qu'il est indispensable, en procédant avec tact et en tenant compte de la psychologie du malade et de son entourage, de prévenir le tuberculeux de son état, c'est le seul moyen pour lui de pouvoir guérir.

M. G. VITRY montre que l'internement obligatoire des malades atteints de tuberculose ouverte, proposé par M. Guelpa, est pratiquement impossible; mais les efforts faits actuellement pour la lutte antituberculeuse ne doivent pas être considérés comme funestes, ils ont besoin d'être encouragés et considérablement développés, en attendant la découverte de la thérapeutique spécifique.

De l'emploi du sérum antigonococcique de Nicolle. — M. ROULLAND, à l'appui de sa candidature, communique deux cas d'application de ce sérum; l'un a trait à un cas de rhumatisme blennorragique très violent qui céda rapidement avec six injections d'un demi-centimètre cube de vaccin; l'autre concerne, chez une fillette de sept ans, une vulvovaginite qui ne fut au contraire nullement modifiée par le vaccin.

Pour l'auteur, le sérum de Nicolle agit surtout dans les formes chroniques d'infection gonococcique et dans ses complications; il est à peu près inactif dans les formes aiguës.

FORMULAIRE

FRICTIONS BALSAMIQUES CONTRE LA BRONCHITE CHRONIQUE

On se servira de la peau comme surface d'absorption. On frictionnera chaque jour la poitrine et le dos avec un mélange de :

Baume de Fioravanti..........	250 grammes
Essence d'eucalyptus..........	30 —

Chez les enfants, la friction sera très douce pour éviter les érythèmes; chez eux, on se servira plus volontiers des pommades médicamenteuses en frictions sur la poitrine :

Lanoline..............	} *āā*	30 grammes
Vaseline..............	}	
Essence de térébenthine.......		4 —

(HIRTZ. *Revue int. de méd. et de chir.*)

CONGRÈS

Ve CONGRÈS DE PHYSIOTHÉRAPIE DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE (DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT PAR LES AGENTS PHYSIQUES). — Ce Congrès se tiendra à Paris, à l'Ecole de médecine, les 14, 15 et 16 avril 1914.

Une exposition d'appareils, de dessins, de radiographies, de moulages, etc., aura lieu durant le Congrès.

Questions à l'ordre du jour. — Trois questions ne seront pas l'objet de rapports, ce sont :

I. Les myopathies. — II. Les ptoses. — III. Rôle des divers agents physiques et plus particulièrement du mouvement dans les psychasthénies.

(Une conférence sur « Les conceptions modernes de la pathogénie et de l'électrophysiologie des myopathies » sera faite durant le Congrès par M. le docteur Bourguignon, chef adjoint du Laboratoire d'électrothérapie de la Salpêtrière.)

Trois autres questions donneront lieu aux rapports suivants :

Les agents physiques dans la goutte. — 1° Diététique, M. Monsseaux (de Vittel).

2° Electrothérapie, M. Nuytten (de Lille).

3° Hydrologie, M. Durand-Fardel (de Vichy).

4° Hydrothérapie et thermothérapie, M. Sandoz (de Paris).

5° Kinésithérapie, M. Dausset (de Vittel).

6° Radiodiagnostic, MM. Desternes et Baudon (de Paris).

7° Radiothérapie et radiumthérapie, M. O. Claude (de Paris).

Les agents physiques dans les ankyloses. — 1° Electrothérapie, M. Marquès (de Toulouse).

2° Hydrologie, M. Gay (de Bourbonne).

3° Hydrothérapie, M. Forestier (d'Aix).

4° Kinésithérapie, MM. Charbonnier (de Caen) et Gendron (de Bordeaux).

5° Radiodiagnostic et radiothérapie, M. Ledoux-Lebard (de Paris).

6° Thermothérapie et luminothérapie, M. Allard (de Paris).

Les agents physiques dans le lupus vulgaire. — 1° Electrothérapie, M. Chaperon (de Paris).

2° Finsenthérapie, M. François (d'Anvers).

3° Kinésithérapie, M. Buillard (de Paris).

4° Radiothérapie, MM. Bellot et Nahan (de Paris).

Les billets donnant droit à une réduction de 50 p. 100 sur les chemins de fer français seront valables à l'aller du 8 au 16 avril inclus; au retour, du 14 au 22 avril inclus. Ils devront être demandés avant le 20 mars, dernière limite.

Prix de la cotisation : membre actif, 15 francs; membre associé (femmes ou enfants non mariés), 10 francs.

Le trésorier est le docteur Delherm, 2, rue de la Bienfaisance, à Paris.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE THALASSOTHÉRAPIE (CANNES, 15 avril 1914 (1). — Rappelons que les auteurs qui désireront présenter des communications devront en adresser le titre au secrétaire général, M. le docteur Georges Baudoin, 21, rue du Mont-Thabor, à Paris, avant le 20 mars 1914.

Le droit d'inscription à la Réunion internationale de Thalassothérapie est fixé à 20 francs pour les membres titulaires.

Les dames sont admises au titre de membres associés moyennant une cotisation de 10 francs.

Des réductions de 50 p. 100 ont été accordées par les compagnies de chemins de fer aux membres adhérents et associés qui se rendront à Cannes pour assister à la « Réunion ».

Des excursions et réceptions, dont nous avons donné le programme, seront organisées à Nice, Monte-Carlo, Menton et Hyères, avec visites des établissements de thalassothérapie et de cure solaire. Une excursion d'une semaine en Corse est organisée.

Les demandes de renseignements devront être adressées aux secrétaires : MM. les docteurs Cavasse, villa des Bleuets, à Cannes (Alpes-Maritimes), et Mantoux, villa Sardou, au Cannet, près Cannes (Alpes-Maritimes).

Les cotisations et demandes d'inscriptions seront reçues par M. le docteur Gimbert, villa des Myrtes, à Cannes.

(1) Voir *Gaz. des hôp.*, 1913, n° 144, p. 2281, et 1914, n° 21, p. 321.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXX, n° 1, 1er janv. 1914.) William H. ROBEY : Intoxication par l'oxyde de carbone. — H. W. MARSHALL : Vieilles et récentes idées sur le traitement des pieds plats. — G. A. MOORE : Masse de cheveux dans l'estomac avec l'observation d'un cas. — James B. CARROLL : La loi de compensation pour les ouvriers et la médecine. — John B. MACDONALD : L'évolution de la Paranoïa. — (N° 2, 8 janv.) Charles H. LAWRENCE : Les effets de la digitale sur la pression sanguine et la pression du pouls dans le cas de décompensation cardiaque. — Harry W. GOODALL : Alimentation rectale. — Alex M. BURGESS : Une étude de la leucémie. — H. G. WEISKOTTEN : L'office du coroner et l'école de médecine à Syracuse. — Harry LINENTHAL : Une méthode simple et efficace pour la désinfection des selles typhiques. — Joseph C. BLOODGOOD : Cancer de la lèvre inférieure.

Policlinico. — (Janv. 1914, fasc. 1.) *Section médicale.* Prof. Publio CIUFFINI : Nouvelle contribution clinique et anatomopathologique à l'étude des méningo-myélites syphilitiques. — Prof. Luigi PHILIPPSON : Observations relatives à la réaction de Wassermann dans la syphilis. — Prof. Pietro SISTO : Recherches sur l'anémie pernicieuse progressive. — *Section chirurgicale.* O. UFFREEDUZZI : Contribution à la chirurgie expérimentale des organes du médiastin moins le cœur. — Augusto PIGNATTI : Greffes déférentielles. — Giuseppe SERAFINI : Considérations à propos d'une tentative d'homo-nécro-transplantation de la moitié proximale de l'humérus, pratiquée dans un cas de résection de l'extrémité supérieure de l'humérus pour sarcome. — Ercole BARTOLOTTA : Endothéliome des gaines du nerf optique. Résection du nerf optique avec conservation du globe oculaire. — Marie SEGRÉ : L'acide osmique excite-t-il réellement l'activité ostéogénétique. — Ugo CAMERA : Contribution clinique et histologique à l'étude de l'ostéofibrome du maxillaire supérieur.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 1, 1er janv. 1914.) SCHÜTZ : Sur l'ulcère duodénal. — P. GRAFF : De l'influence de la gravidité sur la croissance des tumeurs malignes. — PURJESZ : La recherche du bacille typhique dans le contenu duodénal à l'aide de la sonde d'Einhorn. — WALZEL : Une blessure isolée ouverte par piqûre du pancréas, guérie par intervention chirurgicale. — PFAUNER : Sur un cas de spina bifida occulta sacralis avec diverticule de la vessie et fistule incomplète de l'ouraque. — BONDI : Le poids du nouveau-né et l'alimentation de la mère. — (N° 2, 8 janv.) ELIAS : Acide et irritabilité nerveuse. — KROISS : Opération conservative de l'hydronévrose intermittente. — MASSARI et KRONEUFELS : Chirurgie de guerre pendant les deux guerres balkaniques (1912-1913). — RUPPERT : Hétéroplastique du crâne avec le celluloïde. — MOCZULSKI : Inhalations de teinture de strophantus dans l'insuffisance cardiaque.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 23. — MARDI 24 FÉVRIER 1914. 87e ANNÉE. MARDI 24 FÉVRIER 1914. — N° 23.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 10 francs par an. Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Launay, Richelot, Reynier, Richardière, Thiéry, Arrou, qui acceptent; et Routier, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — Par arrêté du ministre de l'Intérieur, M. le docteur Cruveilhier (Louis), attaché à l'Institut Pasteur, est nommé auditeur au conseil supérieur d'hygiène publique de France, en remplacement de M. le docteur Brouardel, nommé membre.

L'INSUFFISANCE NUMÉRIQUE DES MÉDECINS MILITAIRES. — Au cours de l'interpellation sur l'état sanitaire de l'armée, M. Maginot, sous-secrétaire d'Etat à la Guerre, a constaté que c'est en fait 720 médecins militaires qui nous manquent aujourd'hui avec la loi de trois ans. L'effet de ce déficit se fait lourdement sentir en ce moment.

Il faut ajouter que le nombre des médecins-majors admis au Val-de-Grâce diminue, comme le nombre des démissions augmente.

« C'est que la tâche des médecins militaires est aujourd'hui bien lourde et s'aggrave encore d'une encombrante paperasserie.

Et puis leur solde était insuffisante et, bien qu'elle ait été récemment augmentée, il aurait peut-être fallu leur accorder l'indemnité réclamée pour eux par M. Lachaud.

D'autre part, leur situation morale est inférieure à celle des officiers des corps de troupe et la suppression des anciennes appellations les a cruellement atteints.

Convocation des médecins de réserve et de territoriale, réquisition des médecins civils, réduction du stage des aides-majors, utilisation des étudiants accomplissant leur service militaire, telles sont les mesures qui ont permis de combler provisoirement des vides dangereux. A tous les degrés d'ailleurs, ce personnel se dépense sans compter et fait tout son devoir pour protéger nos soldats. »

LA RÉGLEMENTATION DE L'ALCOOL AU MAROC. — Les dangers que fait courir, tant à nos troupes qu'à la population civile européenne et indigène, la consommation croissante de l'alcool au Maroc ont préoccupé les autorités. Le ministère des Affaires étrangères et l'administration du protectorat étudient actuellement les mesures propres à enrayer le mal, telles que le relèvement des droits de douane sur les alcools et spiritueux, l'établissement d'une licence pour les débitants, la limitation du nombre des débits (à Casablanca le nombre des débits a passé de 6 à 161 depuis 1907).

Toutefois, aussi longtemps que subsistera au Maroc le régime des capitulations, nous ne serons pas libres d'appliquer certaines de ces mesures aux Européens résidant dans la zone française. Une législation à laquelle seraient soumis les seuls Français demeurerait inefficace, et nous devons attendre que les puissances aient renoncé à leurs privilèges pour lutter avec succès contre les progrès de l'alcoolisme.

En ce qui concerne les indigènes, nous possédons une plus grande liberté d'action ; aussi le résident général a-t-il pu faire prendre par les autorités chérifiennes un arrêté qui interdit d'une manière absolue aux musulmans de pénétrer dans les débits pour y consommer des boissons alcooliques.

Cet arrêté, pris le 10 janvier 1913, et maintenant en vigueur, fixe d'une manière très stricte les conditions que devront remplir les tenanciers des débits et leur personnel (défense d'employer des femmes ou des filles, à l'exception des parents du tenancier) ; il édicte des peines sévères contre le débitant qui aura vendu à un mineur de l'alcool en quantité suffisante pour l'enivrer. L'autorisation d'ouvrir un débit doit être demandée au gouverneur de la ville, et celui-ci pourra en limiter le nombre et même fixer les heures d'ouverture.

VARIÉTÉS

LA PSYCHOLOGIE DU COMBAT

« Quand la vertu mesme seroit incarnée, je croy que le poux lui battroy plus fort allant à l'assaut qu'allant disner. »

MONTAIGNE, livre I, chap. XLIV.

Pendant la longue et triste période que nous venons de traverser, alors que toute la région balkanique était en proie aux horreurs d'une guerre à outrance et que l'Europe risquait à chaque instant de voir le fléau se généraliser, est-il un seul homme qui ne se soit demandé quels seraient son état d'âme et son attitude, si le devoir sacré de défendre la patrie le conduisait un jour prochain sur le champ de bataille ?

Voilà, certes, une question angoissante qu'il convient pour chacun d'envisager sans émoi inutile comme aussi sans vaine fanfaronnade, et comme elle est insoluble a priori pour la masse énorme de ceux d'entre nous qui n'ont jamais vu le feu, il me semble que la réponse doit être pratiquement cherchée auprès de ceux qui ont déjà marché au combat, qui ont éprouvé par eux-mêmes les poignantes sensations qu'il entraîne et ont pu constater de leurs propres yeux l'attitude de leurs compagnons d'armes.

De tels documents, soit anciens, soit récents, ne sont pas rares, et pour qui voudrait les analyser tous l'énormité du travail en rendrait l'exécution impossible. Je ne tenterai donc point de l'entreprendre, même partiellement, dans les quelques colonnes qui me sont ici dévolues et je me contenterai, pour essayer de résoudre l'angoissant problème auquel je faisais allusion tout à l'heure, d'interroger un témoin qui me paraît singulièrement apte à le trancher. J'ai eu, en effet, la bonne fortune d'avoir entre les mains une conférence, inédite je crois, faite en 1906 aux officiers du 109e régiment d'infanterie, par le capitaine Tête, et j'ai été, je l'avoue, très frappé et très ému par cet exposé simple, sans phrases, sans tirades déclamatoires destinées aux lecteurs, de cette chose tragique, révoltante et noble qu'est une bataille. On me saura gré, j'espère, d'en reproduire ici les principaux passages.

« En évoquant mes souvenirs, disait le capitaine Tête aux officiers qui l'écoutaient, je pourrai peut-être en me basant sur ce que j'ai vu et éprouvé vous faire entrevoir ce que vos soldats pourront voir et éprouver un jour. » Et de fait il était admirablement préparé à parler ainsi aux futurs combattants, car, leur a-t-il dit, « les circonstances ont fait que j'ai vu le feu plusieurs fois ; d'abord comme jeune engagé volontaire, à Frœschwiller, ayant pour compagnons de vieux troupiers qui n'avaient pas froid aux yeux et qui n'avaient jamais connu que la victoire. Puis comme officier, en 1881, en Tunisie, avec de jeunes soldats qui n'avaient jamais combattu, mais qui savaient encore, à cette époque, que nous avions été battus. Deux guerres et deux situations très différentes. »

Entrant alors dans le vif de son sujet, le capitaine Tête suppose une bataille en plein soleil, en plein champ, commencée le matin et finissant le soir, et il montre des officiers et leurs hommes arrivant sur une crête dominant une vallée où « l'on ne voit rien » si ardemment que l'on regarde, mais où l'on entend le canon et le lointain crépitement des balles. Le vacarme augmente et « tout à coup on entend une sorte de mugissement, une espèce de coup de sirène dans l'air. Tout le régiment baisse la tête d'un seul mouvement et d'instinct, pendant que, loin derrière nous, retentit un coup sec et formidable. Beaucoup d'hommes, sans commandement, se cachent

derrière leur sac. Les mugissements dans l'air se répètent, les saluts aussi. On voit en arrière les arbres se dépouiller avec fracas de leurs branches feuillues. Les visages sont un peu fatigués. C'est le moment de la cérémonie du baptême du feu.

Il faut bien vous attendre à voir vos hommes saluer les obus et à les saluer vous-mêmes. Ne vous inquiétez pas de cela, c'est le mouvement irréfléchi de l'œil qui se ferme à l'approche d'un objet; ça n'a aucune importance. Laissez faire vos hommes, tout à l'heure ils n'en auront plus le temps, ils ne salueront plus. »

Si à ce moment-là l'officier considère les hommes de sa section, il pourra, dit l'auteur de la conférence, les partager en trois catégories et généralement d'une façon toute différente de celle qu'il avait prévue.

« Vous avez d'abord, première catégorie, les surexcités, les loustics, les nerveux. Ce ne sont pas les plus nombreux, mais il y en a toujours et ce sont les plus précieux. Un loustic dans une section est une chance. Faites des vœux pour qu'il ne soit pas arrêté en route. Il secoue les apathies et réconforte les timides ; souvent par un seul mot et sans le chercher, sans le vouloir, car il faut qu'il parle. Laissez-le parler. Au moment où le premier obus a éclaté dans les faisceaux, le tambour de ma compagnie, Lalonne, deux chevrons, qui était assis se lève brusquement, saisit sa caisse, se cache la figure derrière la peau de batterie et, souvenir du paysan dans son champ qui aperçoit des chasseurs : « Tirez pas par là ! Y a du monde ! » Tout le monde a ri, même ceux qui n'en avaient pas envie.

Deuxième catégorie : les silencieux, les fatalistes. Ceux-là ne disent rien, naturellement. Ils sont furieux; n'allez pas les tarabuster, ils serrent les poings et roulent des yeux féroces. Ce sont ceux qui se disent, in petto : « Je m'en moque, arrivera ce qui pourra ! » Ils marchent bien, mais pour eux seuls.

Enfin, troisième catégorie, la plus nombreuse il faut le dire, ce sont les impressionnés. Dame ceux-là ne sont pas précisément fiers. Il faut parler franc, nous sommes entre nous, ne nous faisons pas d'illusions. Vos jeunes soldats qui n'ont jamais vu le feu auront le trac. Comment en serait-il autrement ? Comment pouvez-vous espérer que ces jeunes gens qui voient tout à coup un obus éclater, creuser un entonnoir devant le rang, un des leurs rouler à terre, soient tout à coup transformés en héros ? Ce sont des hommes. »

Ce sont des hommes, en effet, et il semblerait donc naturel que l'instinct de la conservation l'emportât et qu'ils se missent à fuir. « Cependant ils ne se sauveront pas, je vous le garantis; ils se feront bien petits et se serreront les uns contre les autres. S'ils avaient un mur devant eux ils ne se grouperaient pas, mais ils se sentent à découvert, et sans y penser même, ils se serrent pensant être abrités, ne serait-ce que par l'épaule des camarades. Vous avez sans doute lu dans les récits de batailles cette phrase : un boulet enlevait une file, les soldats serraient les rangs. Ah ! je vous assure que quand les balles et les obus passent on serre les rangs, en effet ! On se sent les coudes, mais ce n'est pas pour boucher le trou qui vient de se produire, c'est instinctif. Je l'ai éprouvé, je puis bien le dire. »

A ce propos, le capitaine Tête rappelle un fait curieux de la guerre anglo-boër et l'interprète de façon fort intéressante au point de vue psychologique. Je cite textuellement le passage : « Vous avez lu dans les journaux que les highlanders, donnant l'assaut à un kopge, obligés de s'avancer à découvert marchaient admirablement. Les Boërs, sans tirer, les attendaient à bonne portée. Tout à coup la rafale arrivait en pleine chair, et le bataillon anglais, du moins ce qui restait debout,

l'élan brisé tourbillonnait sur place comme une volée de feuilles mortes. Vous avez pensé que c'était une figure, une image de narrateur. Non, c'est l'exacte vérité. Le bataillon tourbillonne sur place parce que chaque homme, sans abri, désemparé, ne pense pas à fuir en arrière; il va au plus pressé et cherche à passer derrière les autres. Ce mouvement répété par chacun produit le tourbillon sur place. »

Et pourquoi les hommes ne se sauvent-ils pas en arrière? Quel est donc le mobile assez puissant pour les maintenir ainsi sous la trombe de fer et de feu en dépit de l'instinct de conservation? « S'ils ne se sauvent pas, ce n'est pas parce qu'ils n'en ont pas envie, c'est parce que personne ne se sauve. C'est l'amour-propre qui les retient! Ah! l'amour-propre! Voilà le sentiment à faire vibrer. Croyez-moi. Dites à l'homme : « Vous qui êtes un malin vous allez faire telle chose. » Il se précipitera. Dites à un autre : « Est-ce que vous auriez peur? » Il risquera sa vie sans hésiter. Demandez dix hommes qui n'ont pas froid aux yeux pour une mission périlleuse, cinquante se présenteront. Si vous leur dites simplement que le devoir l'exige, ils montreront moins d'enthousiasme. »

Et ce sentiment d'amour-propre qui retient ainsi les hommes c'est le salut, car l'exemple de la fuite peut être funeste et entraîner une irrémédiable débandade.

« Ce qu'il y a de certain, c'est que si par malheur, au premier feu, vingt hommes seulement se mettent à courir en arrière, c'est la panique pour tout le bataillon et rien ne peut l'arrêter. Si un seul se sauve, il est la risée de toute la chaîne. Je l'ai vu. S'il y en a vingt tout le reste suit, personne ne rit. »

Quelle horrible chose doit être cette fuite d'hommes éperdus! Et tandis que je cherche à me l'imaginer, voici que reviennent à ma mémoire les vers splendides et tragiques de l'*Expiation*, et bien que chacun les connaisse par cœur — il en était ainsi du moins pour ma génération — je ne puis résister à la tentation de les citer.

Les soldats de la Garde impériale « entrés dans la fournaise » sont morts. Pas un n'a reculé!

Le reste de l'armée hésitait sur leurs corps
Et regardait mourir la garde. — C'est alors
Qu'élevant tout à coup sa voix désespérée,
La Déroute, géante à la face effarée,
Qui, pâle, épouvantant les plus fiers bataillons,
Changeant subitement les drapeaux en haillons,
A de certains moments, spectre fait de fumées,
Se lève grandissante au milieu des armées,
La Déroute apparut au soldat qui s'émeut,
Et, se tordant les bras, cria : Sauve qui peut!
Sauve qui peut! affront! horreur! Toutes les bouches
Criaient. A travers champs, fous, éperdus, farouches
Comme si quelque souffle avait passé sur eux,
Parmi les lourds caissons et les fourgons poudreux,
Roulant dans les fossés, se cachant dans les seigles,
Jetant schakos, manteaux, fusils, jetant les aigles,
Sous les sabres prussiens, ces vétérans, ô deuil!
Tremblaient, hurlaient, pleuraient, couraient. En un clin d'œil,
Comme s'envole au vent une paille enflammée,
S'évanouit ce bruit qui fut la Grande Armée,
Et cette plaine, hélas! où l'on rêve aujourd'hui,
Vit fuir ceux devant qui l'univers avait fui.
Bien des ans sont passés, et ce coin de la terre,
Waterloo, ce plateau funèbre et solitaire,
Ce champ sinistre où Dieu mêla tant de néants,
Tremble encor d'avoir vu la fuite des géants.

* * *

Une des plus belles parties de la conférence du capitaine Tête est celle qui a trait à l'état d'âme de l'officier pendant le combat et à l'influence qu'exerce ce dernier sur la tenue de ses hommes. Je ne puis malheureusement pas tout reproduire,

UN CAS DE SYNDROME DE COAGULATION MASSIVE DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN AVEC AUTOPSIE

BLOCAGE DU CONE DURAL PAR SYMPHYSE MÉNINGO-MÉDULLAIRE DE NATURE SYPHILITIQUE

PAR MM.
P.-E. LAUNOIS, Agrégé, médecin de l'hôpital Lariboisière,
G. FROIN, Ancien interne des hôpitaux de Paris,
et LEDOUX, Externe des hôpitaux de Paris.

Parmi les aspects anatomiques divers que peuvent présenter les réactions méningées, l'un de nous (1) a isolé, en 1903, un état particulier du liquide céphalo-rachidien caractérisé par une coagulation massive accompagnée généralement de xanthochromie et de leucocytose, état que l'on désigne, depuis la publication de MM. Sicard et Descomps (2), sous le nom de syndrome de coagulation massive du liquide céphalo-rachidien.

L'étude de ce syndrome humoral a été faite complètement par M. Aubry dans sa thèse (3), et par M. Mestrezat dans son ouvrage remarquable et si complet sur le liquide céphalo-rachidien (4). M. Mestrezat en rapporte, dans son livre, 21 observations, auxquelles se sont ajoutées, depuis, 4 observations de MM. Marinesco et Radovici (5) et une toute récente de MM. Debré et Paraf (6).

Il ressort des cas publiés, que la coagulation massive du liquide céphalo-rachidien se rencontre au cours de méningites, de tumeurs méningées et surtout de méningo-radiculo-myélites avec paraplégie. Si les observations cliniques sont déjà assez nombreuses, il n'en est pas de même des autopsies relatées. Aussi, il nous a paru intéressant de rapporter le cas suivant, dans lequel nous avons pu, par un examen anatomique détaillé, constater qu'il s'agissait d'une méningo-myélite syphilitique avec symphyse méningée oblitérante, bloquant le cône dural.

OBSERVATION I. — Albertine L..., lingère, âgée de quarante-huit ans, entre à l'hôpital, dans le service de l'un de nous, à l'hôpital Lariboisière, le 25 novembre 1912, parce qu'elle ne peut plus marcher.

Les antécédents héréditaires de cette malade apprennent que son père est mort d'un néoplasme de l'estomac et sa mère d'une congestion (?). Elle a eu un frère et une sœur morts en bas âge ; un frère est mort de phtisie aiguë à vingt ans et un autre d'une affection inconnue à l'âge de quarante ans. Dans les antécédents personnels de la malade, on relève la scarlatine et la rougeole. Réglée à l'âge de treize ans, elle a fait trois grossesses ; un enfant est mort à l'âge de six semaines, de diarrhée infantile, les deux autres sont mort-nés.

Il y a quatre mois, au moment de se lever de son lit, la malade ressent une forte douleur dans la cheville droite rendant la marche pénible et gagnant progressivement, dans les jours suivants, le mollet et le genou. Le pied engourdi devient ballant et traîne sur le sol pendant la marche. Deux mois après, la douleur s'étend jusqu'au niveau de la cuisse et la marche n'est plus possible qu'en s'appuyant aux meubles et aux objets environnants. Enfin, depuis un mois, la région lombaire est douloureuse et s'accompagne alors d'impotence absolue de la jambe droite. Il y a huit jours environ que les douleurs sont devenues tellement intenses que la malade se décide à entrer à l'hôpital.

L'examen montre la jambe droite en extension et rotation externe surtout prononcées au niveau du pied. Tout mouvement actif est impossible ; les adducteurs de la cuisse se contractent cependant au commandement, mais la jambe demeure immobile ; les mouvements passifs sont possibles et indolores.

Les réflexes rotuliens sont abolis des deux côtés. Il n'y a pas de signe de Babinski, pas de trépidation épileptoïde.

La sensibilité à la piqûre est diminuée à droite mais plus marquée sur le territoire du sciatique poplité externe. Il n'y a pas de trouble de la sensibilité thermique.

Il existe des troubles des sphincters consistant en crises de rétention et d'incontinence des matières fécales et des urines. Les mouvements et les réflexes tendineux des membres supérieurs, ainsi que les réflexes oculaires sont normaux. Il n'y a ni albumine ni sucre dans les urines. Le cœur, le foie sont normaux. La malade signale qu'elle a depuis huit jours des pertes rouges abondantes. L'examen de l'utérus montre que ces pertes sont probablement dues à un fibrome utérin perceptible à la palpation abdominale.

L'ampoule rectale est remplie de matières fécales.

L'examen des parois osseuses du bassin montre que le sacrum est douloureux à sa partie moyenne, comme s'il existait une ostéite du sacrum ayant intéressé l'articulation sacro-iliaque, car on soulage la malade en essayant de rapprocher les épines iliaques antérieures.

Dans les jours suivants, l'affection progresse rapidement. Le membre inférieur gauche se paralyse graduellement et à la monoplégie succède une paraplégie flasque, prédominant néanmoins à droite. Des troubles trophiques font leur apparition, caractérisés par un léger œdème des membres inférieurs, surtout marqué à droite et une escarre sacrée médiane. L'incontinence des urines et des matières fécales s'installe d'une façon continue. L'hypoesthésie cutanée du début est remplacée par de l'hyperesthésie, surtout à droite. Enfin on constate le signe de Babinski à gauche.

Le 15 décembre 1912, la malade est prise soudainement, sans cause évidente, de phénomènes particuliers ; elle pousse un cri, renverse la tête ; elle est pâle, l'écume aux lèvres, la respiration stertoreuse, et perd ses urines. Elle n'a pas de convulsions. La crise dure quelques minutes sans perte de connaissance.

Dans les jours suivants, les douleurs s'accentuent, l'escarre sacrée s'étend en surface et en profondeur, avec fièvre, et la malade meurt le 25 janvier 1913.

On a pratiqué plusieurs ponctions lombaires. Le 27 novembre il s'écoule goutte à goutte un liquide jaune verdâtre qui se coagule au bout d'une ou deux minutes, donnant l'aspect d'une gelée de coings. Il n'y a pas de rétraction du caillot. L'examen cytologique fut impossible. Aucune culture dans les tubes mis à l'étuve à 37 degrés.

Le 27 décembre on recueille le liquide dans un tube contenant du citrate de soude ; le liquide ne se coagula pas, contrairement à ce qui se produisit dans un autre tube qui ne contenait pas de citrate et où la coagulation était terminée avant la fin de la ponction lombaire.

(1) G. FROIN. *Gaz. des hôpit.*, 3 sept. 1903.
(2) SICARD et DESCOMPS. *Gaz. des hôpit.*, 20 oct. 1908.
(3) AUBRY. *Le syndrome de coagulation massive du liquide céphalo-rachidien*, Th. de Paris, 1909.
(4) MESTREZAT. *Le liquide céphalo-rachidien normal et pathologique*, Paris 1912.
(5) MARINESCO et RADOVICI. *Soc. de neurol.*, 6 fév. 1913.
(6) DEBRÉ et PARAF. *Presse méd.*, 22 nov. 1913.

Le tube citraté centrifugé n'a montré que quelques lymphocytes à l'examen microscopique.

Le 11 janvier 1913, nouvelle ponction lombaire : le liquide s'écoule rapidement, il est limpide. On le recueille dans quatre tubes ; il est successivement eau de roche dans le premier tube, jaunâtre dans le second, ensuite jaune rougeâtre, enfin eau de roche. Le liquide ne coagule dans aucun tube et à l'examen cytologique on trouve de nombreux globules rouges et quelques lymphocytes.

Le 19 janvier une ponction lombaire laisse écouler goutte à goutte un liquide limpide. Lymphocytose extrêmement abondante. La réaction de Wassermann a été négative dans le sérum sanguin.

En résumé, il s'agit d'une malade qui a présenté une paraplégie flasque douloureuse à évolution progressive; les troubles ont débuté et prédominé au niveau du membre inférieur droit. On a retiré par la ponction lombaire, dans deux ponctions successives, un liquide jaune se coagulant en masse. Dans les ponctions ultérieures, la coagulation massive a disparu.

Autopsie. — Les principaux viscères ont un aspect normal. Les poumons, le cœur, les reins, la rate sont normaux. Cependant le foie est hypertrophié et jaunâtre.

L'utérus forme une masse du volume d'une tête de fœtus à laquelle sont appendus les trompes et les ovaires. A la coupe, il apparaît formé d'une coque d'un centimètre d'épaisseur environ de tissu utérin contenant une masse blanchâtre d'apparence caséeuse.

L'encéphale a une apparence normale et ne montre rien à la coupe.

La moelle épinière est normale, sauf au niveau du renflement lombaire et du cône terminal. Dans cette région elle présente une tuméfaction assez régulièrement ovoïde, de la grosseur d'un œuf de pigeon environ, ayant 5 ou 6 centimètres de hauteur sur 3 ou 4 de largeur, au niveau de la portion la plus tuméfiée. Sa consistance est molle et comme demi-fluctuante.

La dure-mère est intimement soudée à la surface droite de la zone tuméfiée tandis que des adhérences très lâches l'unissent à son côté gauche. En tout cas, toute la circonférence méningo-médullaire montre une interruption complète de l'espace sous-arachnoïdien réalisée à droite par une symphyse fibreuse de la dure-mère et de la moelle et à gauche par l'adhésion inflammatoire des surfaces méningées dont la rupture est facile et s'effectue sous la traction de la pince.

Le cône dural englobe ainsi une poche sous-arachnoïdienne délimitée en haut par cette barrière symphysaire, à surface lisse et d'aspect normal, dans laquelle se trouvent les nerfs de la queue de cheval. Ceux-ci ont un aspect normal, sauf en un point qui siège à peu près à la moitié de la hauteur du paquet nerveux. En ce point, une petite tumeur allongée verticalement englobe quelques racines du côté droit. Elle a environ 3 centimètres de haut sur un centimètre de large. Elle est dure et résistante à la pression et constituée par la fusion de la dure-mère avec les racines nerveuses droites. Sur une coupe transversale on voit que la symphyse méningo-radiculaire est tellement intime que le tissu dur, de consistance fibreuse, présente un aspect uniforme d'apparence grisâtre.

Sur une coupe transversale de la tuméfaction médullaire, la surface de section montre deux zones concentriques d'aspect très différent :

1° Une zone centrale blanche, molle, constituée par la moelle dont on aperçoit vaguement à l'œil nu les sillons médians antérieur et postérieur;

2° Une zone périphérique encerclant la moelle, d'aspect gris foncé, qui représente la coupe des racines nerveuses englobées dans le processus inflammatoire symphysaire qui oblitère la cavité sous-arachnoïdienne. La néoproduction inflammatoire est surtout épaisse en avant et à droite où l'on distingue deux petits îlots blanchâtres engainés par le tissu gris foncé : l'examen histologique montre que l'un de ces îlots est constitué par une gomme.

Examen histologique (1). — Coupes après durcissement dans le formol et coloration à l'hématéine-éosine.

Au niveau de la face antéro-latérale droite de la moelle, la gomme visible à l'œil nu présente sur la coupe 3 millimètres dans l'un et 4 millimètres dans l'autre de ses diamètres. A un faible grossissement on voit qu'elle comprime la moelle et qu'elle est encerclée par un tissu grisâtre qui, du côté de la moelle, franchit le sillon antérieur pour envahir le cordon antérieur du côté gauche.

Un plus fort grossissement montre que le centre de cette gomme est nécrosé. On n'y voit pas de noyaux cellulaires, mais seulement des fibrilles conjonctives qui se colorent mal et ont l'apparence d'un tissu grumeleux non colorable. Elle est entourée d'un tissu conjonctif très épais dans lequel existe une barrière de lymphocytes qui s'essaiment entre les fibres conjonctives. On aperçoit un amas de substance granuleuse dans laquelle sont disséminés des noyaux tortueux, boudinés, inégalement répartis, chevauchant les uns sur les autres. Cette apparente cellule géante ne ressemble pas à la cellule géante du follicule tuberculeux, mais semble résulter de l'oblitération d'un vaisseau dont l'endothélium a proliféré.

Au niveau des méninges, on constate un processus de leptoméningite diffuse avec lymphocytes abondants.

Les artérioles sont toutes atteintes d'endartérite énorme avec nombreuses couches lamelleuses et de périartérite montrant une gaine de lymphocytes.

Le même processus inflammatoire agglutine les faisceaux radiculaires, et le tissu conjonctif qui les englobe est infiltré de lymphocytes.

De la méninge, l'infiltration gagne les sillons antérieur et postérieur ainsi que la profondeur de la moelle par les septa. Les petits vaisseaux intraspinaux ont leurs parois épaissies et infiltrées de lymphocytes.

La moelle elle-même présente de l'œdème. Les cellules nerveuses montrent des lésions de chromatolyse et ont un aspect homogène. Certaines n'ont plus de noyau ou bien celui-ci est rejeté à la périphérie. Signalons enfin la désintégration de la myéline et la prolifération diffuse de la névroglie.

Le canal épendymaire est obstrué.

En somme l'examen de cette coupe montre des lésions typiques de méningo-myélite gommeuse.

Quant à la petite tumeur méningo-radiculaire de la queue de cheval elle se montre constituée, sur une coupe perpendiculaire à son grand axe, par un tissu conjonctif très abondant, très épais. Les lames conjonctives sont dissociées par des lymphocytes, des plasmazellen et même quelques polynucléaires. On voit de nombreux vaisseaux, des veines dilatées à parois épaisses et en dégénérescence hyaline.

Parmi les fibres nerveuses qu'on aperçoit sur la coupe, quelques-unes sont dégénérées.

Les nodules ou les traînées de lymphocytes et les plasmazellen que l'on retrouve à ce niveau sont également caractéristiques du tissu de granulation de nature syphilitique.

En résumé, l'examen histologique nous permet d'affirmer qu'il s'agit de gommes méningées avec méningo-myélite et méningo-radiculite syphilitiques.

---

(1) L'examen histologique a été pratiqué par le docteur Lhermitte, que nous remercions de son extrême obligeance.

L'observation de notre malade est tout à fait classique au point de vue du syndrome de coagulation massive. Tout d'abord, comme dans la plupart des faits observés, elle présente une paraplégie progressive à terminaison mortelle. La ponction lombaire a montré, à deux reprises successives, un liquide jaune qui se coagule en masse, puis qui ne se coagule pas dans les ponctions ultérieures.

A l'autopsie, nous avons trouvé au niveau de la partie terminale de la moelle, dans l'espace sous-arachnoïdien, un processus gommeux syphilitique ayant créé à droite une symphyse et à gauche une adhérence inflammatoire méningo-médullaire. En outre, il existait une symphyse méningo-radiculaire de même nature siégeant sur les racines nerveuses droites de la queue de cheval, expliquant la prédominance des troubles douloureux et paralytiques au niveau du membre inférieur droit.

L'intérêt de notre observation résulte dans les constatations anatomiques et histologiques que nous a permis de faire l'autopsie. En effet, il n'existe à l'heure actuelle que six autopsies de cas de syndrome de coagulation massive, et celle que nous rapportons aujourd'hui est la septième. Or, on s'est fondé sur les constatations nécropsiques pour expliquer la pathogénie de cet aspect séro-fibrineux du liquide céphalo-rachidien dont la cause est très variable.

En effet, la cause primitive de l'altération méningée peut être très dissemblable. Si, dans la plupart des cas, elle a été impossible à mettre en évidence ou est restée douteuse dans d'autres, un sarcome de la dure-mère (Blanchetière et Lejonne), une méningite tuberculeuse (Debré et Paraf), une syphilis méningée, comme dans notre observation, ont produit les lésions qui engendrent le syndrome de coagulation massive.

Quand on a voulu expliquer la raison de l'exsudation fibrineuse si abondante, accompagnée de xanthochromie, qui se produit dans l'espace sous-arachnoïdien, certains auteurs ont incriminé un processus congestif et hémorragique, surajouté à un processus méningitique. La couleur très jaune du liquide qui coïncide ordinairement avec la coagulation massive ne peut résulter en effet que d'une hémolyse locale ou d'une exsudation du plasma sanguin que colore normalement la bilirubine. L'idée d'un processus hémorragique s'imposait tellement à l'attention que MM. Blanchetière et Lejonne, dans leur observation de sarcome de la dure-mère avec liquide de coagulation massive sans réaction méningée leucocytaire, admettaient qu'il s'agissait d'un liquide hémorragique bien que l'on n'y ait décelé à aucun moment ni globules rouges ni hémoglobine. Ainsi donc, selon les constatations objectives, on incriminait soit une méningite avec processus hémorragique surajouté, soit une hémorragie simple au niveau d'une tumeur très vasculaire.

En réalité, on sait aujourd'hui que dans les hémorragies méningées pures le liquide retiré par ponction lombaire est, dans la presque totalité des cas, d'aspect sanglant et privé de fibrine. Dans les méningites hémorragiques, le liquide des ponctions est également plus ou moins rouge et contient un coagulum fibrineux, mais ce dernier est moins important que dans le syndrome de coagulation massive. Dans les 27 observations de coagulation massive publiées, on n'a constaté qu'une couleur plus ou moins jaune ou jaune verdâtre et jamais l'aspect rougeâtre ou rosé caractéristique des liquides hémorragiques.

Il est donc certain que le processus hémorragique, seul ou associé à un processus méningitique, ne peut pas expliquer l'énormité de l'exsudation fibrineuse. Il fallait trouver une autre modalité anatomique surajoutée à l'inflammation et à l'hémorragie banales pour faire comprendre l'extravasation prédominante de la fibrine. Nous admettons avec MM. Mestrezat et Roger et avec M. Aubry l'importance primordiale du cloisonnement des espaces sous-arachnoïdiens médullaires. Les constatations anatomiques que nous avons faites chez notre malade viennent à l'appui de cette opinion. Déjà, M. Mestrezat a montré que dans toutes les autopsies on trouve une cavité close. Il rapporte les six cas suivants (1).

Cas de Cestan et Ravaut (1904) : au niveau du cône terminal, symphyse fibreuse des méninges et de la moelle par pachyméningite interne annulaire.

Cas de Tedeschi (1906) : tuméfaction au niveau du cône terminal ou légèrement au-dessus avec symphyse méningo-médullaire assez étendue englobant la partie correspondante du cône terminal et de la moelle ainsi que toutes les racines nerveuses.

Cas de Sicard et Descomps (1908) : la dure-mère épaissie forme une véritable gaine périmédullaire de la dixième dorsale à la deuxième sacrée; par places, un processus symphysaire accole les méninges dures et les méninges molles, encerclant la moelle dans une gangue scléro-conjonctive.

Cas de Blanchetière et de Lejonne (1909) : au niveau des huitième et neuvième dorsales, tumeur sarcomateuse qui fait compression.

Cas de Verhoogen et Dustin (1910) : compression par effondrement pottique et manchon de pus concrété qui entoure la moelle sur une hauteur de plusieurs centimètres.

Cas de Mestrezat et Roger (1912) : au niveau des huitième et neuvième dorsales, néoformation pachyméningitique qui comprime la moelle sur une hauteur assez grande; au-dessus et au-dessous de cette région, la moelle œdématiée s'étrangle dans un gant méningé trop étroit, ce qui achève de supprimer toute communication entre le cul-de-sac lombaire et les espaces sous-arachnoïdiens supérieurs.

Aux cas rapportés par M. Mestrezat il faut ajouter une observation de MM. Marinesco et Radovici et la nôtre.

Cas de Marinesco et Radovici : on trouve entre le deuxième et le onzième segment dorsal, la moelle et les méninges augmentées de volume présentant une symphyse presque totale, de sorte qu'on ne peut détacher les méninges sans léser la moelle. La partie terminale et aussi l'origine de la queue de cheval sont englobées dans une masse de néoformation inflammatoire.

Cas de Launois, Froin et Ledoux : symphyse méningo-

(1) MESTREZAT. *Le liquide céphalo-rachidien normal et pathologique*, p. 445.

médullaire à droite et adhérence inflammatoire des méninges à gauche de la moelle au niveau de sa partie terminale.

En somme, toutes les autopsies rapportées montrent qu'il existe une interruption plus ou moins complète de l'espace sous-arachnoïdien d'où le blocage total ou partiel du cône dural.

Dans ces conditions, on comprend que le liquide céphalo-rachidien s'épanche difficilement jusque dans le cul-de-sac lombaire, et soit facilement remplacé dans cette poche où la pression est très basse par un liquide d'exsudation rappelant, comme le disent MM. Debré et Paraf, celui que produit la pleurésie séreuse bacillo-tuberculeuse.

Si la création d'une cavité close semble nécessaire, il est certain que ce n'est pas une condition suffisante. Nous pensons que l'abaissement de la pression dans la cavité facilite l'exsudation en même temps qu'elle favorise en outre la production et la persistance de l'accolement des surfaces méningées au stade inflammatoire initial.

MM. Marinesco et Radovici insistent sur l'existence d'une lésion particulière de l'endothélium vasculaire. Cette lésion est sans doute nécessaire mais n'exclut pas l'influence de la poche; celle-ci crée l'espace dans lequel le vaisseau malade pourra laisser filtrer le plasma sanguin. La lésion vasculaire, envisagée comme seul facteur du syndrome, s'accommoderait mal avec sa disparition dans l'espace de deux ponctions successives à vingt-quatre ou quarante-huit heures d'intervalle, comme cela a été constaté dans quelques observations. Ce fait cadre mieux avec une disposition mécanique variable qu'avec un désordre histologique permanent.

Les constatations anatomiques nous montrent en outre les modalités de la constitution du processus d'interruption de l'espace sous-arachnoïdien, et nous font comprendre les modes évolutifs du syndrome de coagulation massive.

Nous n'insisterons pas sur l'oblitération de l'espace sous-arachnoïdien par une tumeur intradurale ou une compression soit mécanique, soit inflammatoire (pachyméningite externe) du fourreau dure-mérien. C'est le plus rare des modes lésionnels qui engendrent le syndrome.

Le plus fréquent relève d'une méningite sous-arachnoïdienne avec pachyméningite interne, créant une virole symphysaire plus ou moins fibreuse et serrée. Cette virole n'est pas toujours parfaitement annulaire et oblitérante. Il en résulte que la coagulation massive peut disparaître après la première ponction lombaire ou s'atténuer beaucoup dans les ponctions ultérieures. Dans ces conditions, il est probable que le liquide céphalo-rachidien des espaces supérieurs a pu filtrer dans la poche de stase et remplacer en totalité ou en partie l'exsudation plasmatique. D'ailleurs le même fait peut se produire alors même que l'occlusion sous-arachnoïdienne serait complète. Il suffit que cette occlusion relève, en totalité ou en partie, non pas d'une symphyse fibreuse mais d'une simple adhérence inflammatoire des feuillets méningés. A côté des symphyses fibreuses, il est nécessaire en effet de tenir compte des symphyses ou plutôt des adhérences récentes et molles qui constituent d'ailleurs le stade avant-coureur de la production fibreuse et cicatricielle.

Or, dans notre observation, la gangue inflammatoire périmédullaire était constituée à droite par une symphyse fibreuse impossible à rompre, oblitérant définitivement l'espace sous-arachnoïdien, et à gauche par une adhérence lâche des méninges, permettant le décollement facile des feuillets méningés et le rétablissement de la continuité de l'espace sous-arachnoïdien. Nous pouvons comprendre ainsi comment le coagulation massive a été transitoire et remplacée à la fin par un liquide d'aspect normal. Le liquide céphalo-rachidien a pu filtrer à travers cette zone décollable occupant le flanc gauche de la moelle. Il s'agit donc d'un cas de blocage à caractère mixte, dû en partie à une symphyse fibreuse et en partie à une adhérence inflammatoire lâche concomitantes.

Les autopsies de syndromes de coagulation massive nous montrent surtout le processus de symphyse méningo-médullaire à type fibreux plus ou moins étendu. Grâce à la production de ce tissu scléreux, le tissu si noble qui constitue le névraxe est étouffé et dégénère. De là, la paraplégie, les troubles douloureux, sphinctériens et trophiques incurables, facteurs de complications souvent mortelles. Le syndrome de coagulation massive comporte donc un pronostic grave, en cas de paraplégie à installation lente et graduelle, parce qu'il traduit l'existence d'une inflammation à tendance fibreuse, oblitérante, sclérosante, et par suite dangereuse pour l'intégrité de l'axe nerveux sous-jacent.

Il n'en va pas de même pour le syndrome de coagulation massive qui accompagne les états méningés aigus et à symptômes diffus, avec ou sans signes de lésions localisées. Bien que la cavité close n'ait pas été objectivement constatée dans ces derniers faits, M. Mestrezat admet néanmoins « que l'absence de localisation cliniquement parlant ne saurait être contraire à l'existence de la striction nécessaire à l'apparition du syndrome ». MM. Marinesco et Radovici font quelques réserves sur cette explication, à moins, disent-ils, que l'existence d'une symphyse méningée passagère puisse faire rentrer ces cas dans l'hypothèse de M. Mestrezat. Nous croyons que cette symphyse méningée passagère existe, et qu'elle est sans doute constituée par des adhérences inflammatoires suffisantes pour bloquer d'une façon effective le cône dural, et réaliser la cavité close où se fera l'extravasation séro-fibrineuse. Comme ces adhérences correspondent plutôt à des méningites aiguës, relativement superficielles, elles seront essentiellement résolutives et curables. Si l'on en excepte la méningite tuberculeuse dont l'évolution est mortelle (cas probable de Froin, cas certain de Debré et Paraf), le syndrome de coagulation massive au cours d'une méningite diffuse, avec signes de localisation peu intenses ou transitoires, comporte donc un pronostic plus favorable que les cas précédents. En effet, la guérison est survenue dans les observations de paralysies à type Landry, rappor-

tées par Froin, Donath, Marinesco et Radovici, etc.

Tel est l'enseignement que l'on peut tirer à l'heure actuelle des faits cliniques et anatomiques se rapportant au syndrome de coagulation massive. Ils montrent le rôle primordial de la création, grâce au blocage du cône dural par interruption des espaces sous-arachnoïdiens rachidiens, d'une poche isolée qui peut recevoir le plasma sanguin au lieu du liquide céphalo-rachidien. Et à la faveur de la pression basse et de la lésion vasculaire le plasma sanguin filtre dans la poche.

L'interruption de la cavité sous-arachnoïdienne se produit dans trois conditions anatomo-cliniques fondamentales :

1° Par compression externe du fourreau dure-mérien ou présence d'une néoplasie intradurale comblant, avec le tissu médullaire, l'espace sous-arachnoïdien. Il existe en même temps de la paraplégie.

2° Par symphyse fibreuse méningo-médullaire pure ou associée à des adhérences récentes et fragiles, avec symptômes de localisation prédominants (paraplégie surtout), à cause de la tendance proliférative, organisatrice, lésionnelle et non résolutive du processus inflammatoire. Ce sont les cas les plus fréquents, parce que l'adhérence fibreuse et organisée peut réaliser facilement le blocage du cône dural et sa transformation en cavité close.

3° Par adhérences inflammatoires facilement résolutives et curables, s'accompagnant de symptômes méningés ou médullaires plus aigus, mais de pronostic moins grave, à moins que cette inflammation sous-arachnoïdienne ne reconnaisse une origine tuberculeuse. Ces cas sont très rares, relativement à la fréquence des méningites aiguës, sans doute parce que l'espace sous-arachnoïdien est une cavité toujours réelle, et le liquide céphalo-rachidien, qui la remplit à pression forte, s'oppose en général à l'accolement des feuillets méningés et à la réalisation de la cavité close.

FORMULAIRE

GASTRALGIE. HYPERCHLORHYDRIE

Carbonate de chaux	0g50
Phosphate de chaux	0g25
Magnésie calcinée	0g20
Poudre de belladone	0g02

Pour un paquet. Deux à trois par jour, dans un liquide chaud.

Ou :

Carbonate de magnésie	0g60
Sucre	0g50
Sous-nitrate de bismuth	0g30
Craie préparée	0g20
Codéine	0g01

Pour un paquet. Trois ou quatre par jour, dans un peu d'infusion chaude.

Ou :

Sous-nitrate de bismuth	0g30
Magnésie calcinée	0g25
Poudre d'opium	0g01

Pour un paquet. Deux à quatre par jour.

(L. Pron. *Revue int. de méd. et de chir.*)

SUR

UN CAS ANORMAL D'ŒDÈME PULMONAIRE AIGU

Par MM. L. BABONNEIX et VIGOT.

L'œdème aigu du poumon commence à être aujourd'hui bien connu, grâce aux recherches de multiples auteurs, au premier rang desquels il faut placer Huchard, M. le professeur J. Teissier (de Lyon) et M. Josué. Nous savons qu'il s'observe surtout chez des aortiques et chez des rénaux, et qu'il peut être reproduit expérimentalement, par injection de muscarine, de nitrite d'amyle, de solutions hypertoniques, et, principalement, d'adrénaline. Et pourtant que de points encore obscurs ! que de problèmes non résolus soulève l'étude de cette affection ! Combien de cas semblent, malgré tous les progrès effectués, d'une interprétation délicate ! Celui que nous allons rapporter rentre, sans aucun doute, dans cette dernière catégorie.

***

Observation. — Mme C..., soixante-quatorze ans, entre le 2 septembre 1913, à la nouvelle Pitié, salle Villemin, lit n° 15, dans le service du docteur Lion, pour des accès d'oppression accompagnés d'expectoration mousseuse.

Les *antécédents héréditaires* n'offrent rien d'intéressant.

Antécédents personnels. — Mme C... a eu, quand elle était enfant, un certain nombre des maladies habituelles au jeune âge : rougeole, varicelle, etc. Depuis, elle s'est toujours très bien portée jusqu'à il y a trois semaines environ. A cette époque, elle a été prise assez brusquement de dyspnée et de toux incessante ; elle s'est mise à frissonner et a ressenti un grand malaise général. Ces phénomènes ont persisté jusqu'à maintenant, tout en présentant des alternatives d'amélioration et d'aggravation.

Etat actuel. — Les phénomènes dominants sont : 1° la dyspnée ; 2° une expectoration abondante, mousseuse, rosée, *saumonée*. L'examen méthodique de la poitrine décèle de la submatité aux bases, et, à l'auscultation, dans toute l'étendue des deux poumons, des râles fins assez nombreux. Sur toute la surface de la région précordiale, se perçoit un bruit de galop. Le pouls est dur et tendu. Les urines contiennent un peu d'albumine, mais, autant qu'on puisse en juger par les réponses de la malade, obnubilée et absente, il n'existait pas d'autres phénomènes de néphrite chronique : mouches volantes, doigt mort, cryesthésie. La température oscille entre 38 degrés et 39 degrés. L'état général est précaire. Mme C... est amaigrie, fatiguée, et donne l'impression d'une grande malade.

Elle est saignée et mise au lait le jour même de son entrée. Les jours suivants, la dyspnée rétrocède. Par contre, les phénomènes généraux redoublent d'intensité et font penser à une vieille tuberculose pulmonaire. Mais les recherches orientées dans ce sens, auscultation attentive des sommets, recherche du bacille de Koch dans les crachats, n'aboutissent qu'à des résultats négatifs.

Le 1er octobre, la matité s'accentue à la base droite et comme, au même endroit, on trouve une abolition complète du murmure vésiculaire, on pratique une ponction exploratrice qui ne ramène d'ailleurs pas de liquide.

Le 2, la radioscopie, à laquelle procède M. Laquerrière, montre l'existence, à cette même base, d'une zone obscure. La température, irrégulière, continue à osciller entre 37°8 et 39°2, avec des rémissions matinales et des exacerbations vespérales.

Le 4, sans prodrome, sans cause apparente, la malade fait une *vomique* et rejette, au milieu d'efforts de toux pénibles, une grande quantité de pus fétide. A la suite apparaît, vers la partie moyenne du poumon droit, un souffle cavitaire, accompagné, à la périphérie, de râles bulleux. L'examen bactériologique des crachats y décèle la présence de nombreux cocci prenant le Gram, réunis deux par deux, et offrant les caractères morphologiques des pneumocoques.

Le 5, l'expectoration fétide persiste, l'état général décline encore. La mort survient *le 7*, sans nouveau symptôme.

A l'*autopsie*, on trouve un foie en légère dégénérescence graisseuse, un rein droit kystique, le rein gauche étant ma-

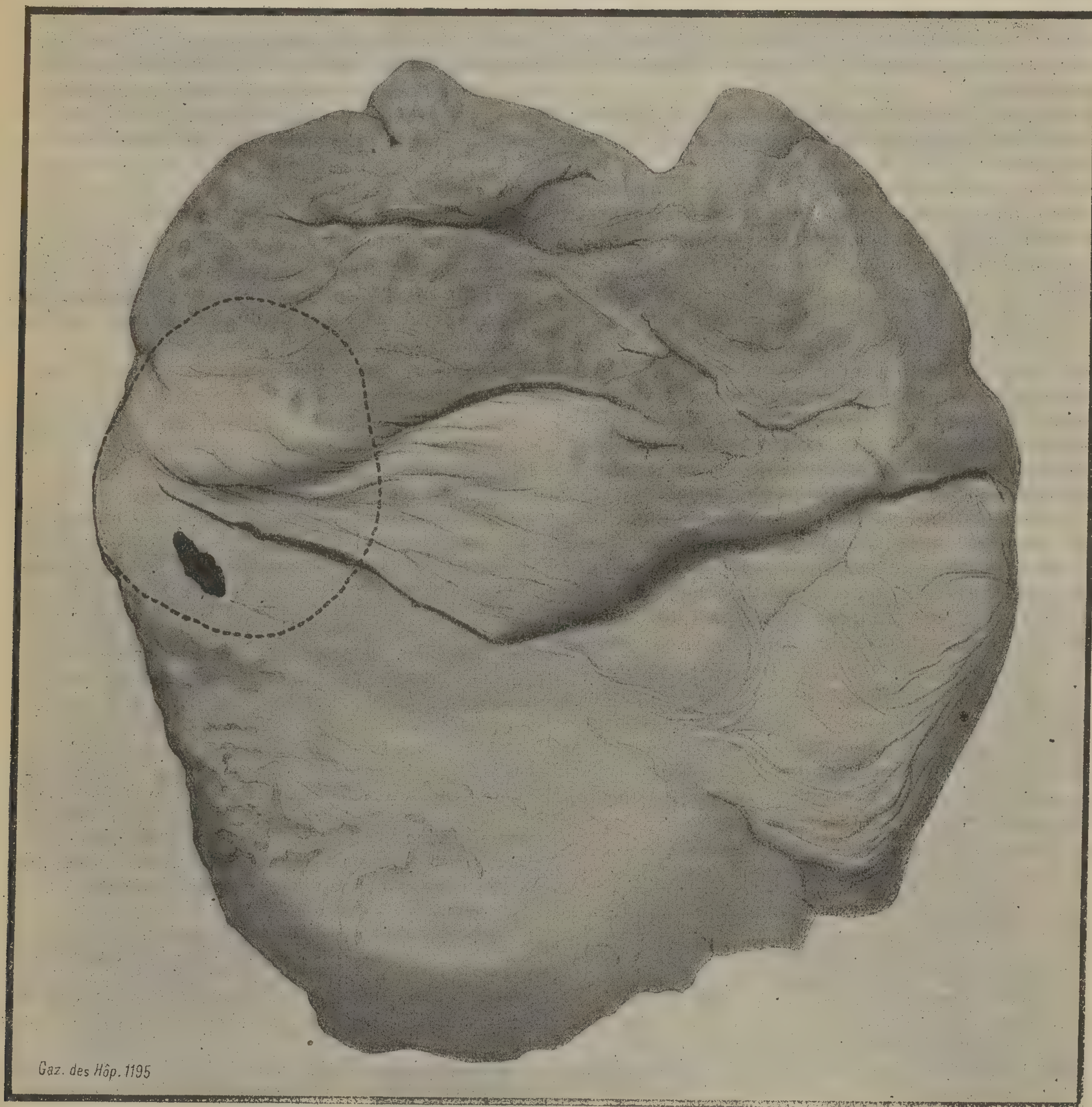


Fig. 1. — *Face externe du poumon droit.*
La cavité intrapulmonaire est figurée en italique.

croscopiquement normal. Le cœur hypertrophié rappelle le cœur de Traube. Le poumon gauche n'offre aucune lésion apparente. Il n'en va plus de même pour le poumon droit. Notons d'abord qu'il existe, dans la cavité pleurale du même côté, une certaine quantité de pus. Au voisinage de la partie inférieure de l'interlobe, le poumon est creusé d'une cavité nettement distincte de la scissure interlobaire, du volume du poing, traversée par les bronches et leurs ramifications dont les parois sont comme disséquées, comme dans la gangrène disséquante péribronchique de MM. Hutinel et Proust. Quant aux parois de cette cavité, elles sont anfractueuses, déchiquetées (fig. 1). La cavité est, comme nous l'avons dit, en plein parenchyme pulmonaire, mais elle communique avec la plèvre par deux conduits fistuleux, dont l'un a un, et le second un demi-centimètre de largeur.

Tout le lobe inférieur est congestionné, œdématié, il s'en écoule, à la pression, une sérosité abondante.

Le sommet n'offre aucune trace de lésions tuberculeuses.

Examen histologique. — Des fragments de la zone malade ont été prélevés à l'autopsie, fixés au formol, inclus dans la paraffine et débités en coupes minces qui ont été colorées à l'hématéine-éosine. Sur ces fragments qui intéressent à la fois la plèvre et le poumon, on constate des lésions de divers ordres.

1. Les parois de l'abcès sont formées par un tissu nécrosé, où rien ne se colore plus, dont les différentes parties tombent en deliquium, et qui est limité, en dehors, par une sorte de membrane anhiste, colorée en violacé par l'hématéine, et qui semble être un parenchyme pulmonaire en voie de nécrose fibrinoïde. L'examen histologique confirme donc ce que nous disions plus haut, à savoir que la cavité est creusée en plein poumon et qu'elle n'est pas, comme on aurait pu croire, constituée par une pleurésie interlobaire enkystée.

2. Le *parenchyme pulmonaire* lui-même présente : *a.* des lésions évidentes d'œdème pulmonaire ; *b.* des lésions inflammatoires constituées par la desquamation de l'épithélium alvéolaire; par l'accumulation autour de certains vaisseaux, de certaines bronchioles et dans certaines cavités alvéolaires, de leucocytes appartenant surtout au type polynucléaire; par l'existence, au sein de ces mêmes cavités, de masses fibrineuses plus ou moins nécrosées. Par endroits, les parois des cavités bronchiques ont subi, elles aussi, la dégénérescence fibrinoïde. Nulle part on ne trouve de lésions tuberculeuses.

3. La *plèvre*, dans les régions correspondant à l'abcès, est épaissie, composée de plusieurs couches tassées les unes contre les autres, mais on n'y trouve non plus ni follicules ni cellules géantes.

*
* *

En résumé, il s'agit, dans ce cas, d'une femme âgée entrée à l'hôpital avec des signes typiques d'œdème pulmonaire aigu qui fit, au bout de trois semaines, une vomique, et à l'autopsie de laquelle on trouva un abcès du poumon droit. Quelle interprétation convient-il de donner à ce cas ?

Première hypothèse. Ces deux affections, œdème aigu et abcès du poumon, sont indépendantes, et n'offrent entre elles que de simples relations de contemporanéité ; la malade était depuis longtemps une brightique ainsi qu'en témoignent la dureté de son pouls, le bruit de galop, la présence d'une petite quantité d'albumine dans les urines, l'hypertrophie du ventricule gauche. Chez cette femme, atteinte de sclérose rénale, est survenue, sous l'influence d'une infection mal déterminée, une suppuration pulmonaire.

Deuxième hypothèse. L'affection initiale a été une pneumonie; elle s'est compliquée, à un moment donné, d'abcès du poumon. Cet abcès a provoqué lui-même, à son voisinage, des lésions œdémateuses, l'œdème étant survenu avec d'autant plus de facilité que les reins étaient déjà partiellement ou totalement imperméables. Cette explication a pour elle les résultats de l'examen histologique décelant la présence, à côté des lésions œdémateuses habituelles, de lésions inflammatoires typiques. Mais elle soulève une objection. Si nous connaissons bien les œdèmes symptomatiques d'une pleurésie enkystée, d'une bronchite, d'une broncho-pneumonie, d'une pneumonie, nous ne sommes guère habitués à voir l'œdème survenir au cours ou à la suite d'un abcès du poumon. Faut-il admettre, dès lors, que, dans notre cas, l'œdème n'est pas sous la dépendance de l'abcès, que l'un et l'autre ne sont que des complications d'une même affection causale, la pneumonie ? On sait, en effet, qu'il existe des relations étroites entre la pneumonie et l'œdème pulmonaire (Mahain, Merklen, Masius, etc.) et que l'œdème succède, dans bien des cas, à une affection pneumococcique du poumon (Caussade, Milhit et de Jong). Si nous étions absolument obligés de nous prononcer, nous dirions donc que, chez notre malade, la pneumonie initiale a « déclanché » les deux manifestations à l'évolution desquelles nous avons assisté : abcès d'une part, œdème aigu du poumon de l'autre.

TECHNIQUE D'ANASTOMOSE TERMINO-TERMINALE DE L'INTESTIN GRÊLE

Par M. René TOUPET,
Prosecteur des hôpitaux.

A une époque où les progrès de la technique permettent d'anastomoser bout à bout des artères de calibre minime, il semble bien peu logique de faire des anastomoses latéro-latérales sur des segments d'intestin ayant sensiblement le même calibre. Ce qui fait que la plupart des chirurgiens rejettent l'anastomose bout à bout, c'est qu'ils craignent de rétrécir le calibre de l'intestin, c'est aussi qu'avec une technique imparfaite on laisse toujours un point faible au niveau du mésentère.

C'est pour remédier à ces deux inconvénients, rétrécissement et point faible mésentérique, que je propose quelques modifications à la technique classique.

Ces modifications rendent l'opération d'une simplicité extrême. J'ai eu bien souvent occasion de faire appliquer cette technique sur le cadavre à des élèves qui n'avaient pas grande habileté manuelle et toujours ils ont pu, dès leur premier essai, faire des anastomoses correctes, absolument étanches et sans trace de rétrécissement.

On ne peut poser de règle absolue en ce qui concerne le matériel de sutures à employer. Des chirurgiens de valeur égale emploient, avec d'excellents résultats, l'aiguille de Reverdin, l'aiguille courbe maniée avec un porte-aiguille, l'aiguille demi-courbe et la simple aiguille de couturière ; c'est une question d'habitude et d'aptitudes personnelles. Que les jeunes, qui n'ont pas encore fait leur choix, aient la patience de consacrer de longues heures à apprendre à coudre avec une aiguille et un dé, d'abord à main nue, puis avec des gants, et je suis sûr qu'ils adopteront ce matériel si simple et si peu coûteux qui permet d'opérer très vite, très correctement et avec un seul aide, toutes les fois que l'on peut extérioriser suffisamment le champ opératoire ; car, lorsqu'on travaille dans la profondeur, l'aiguille droite maniée à la main perd tous ses droits.

Avec quelques aiguilles de Kirby qui n'accrochent pas, du fil de lin, un dé de tailleur et des pinces de Chaput on doit faire vite et bien une anastomose

termino-terminale en suivant la technique que nous allons décrire.

Il y a deux écueils à éviter : le *rétrécissement* et le *point faible mésentérique*.

Pour éviter le rétrécissement il suffit de ne suturer que des tissus tendus et minutieusement accolés ; c'est le principe de la technique de Carrel pour les sutures artérielles, les points d'appui sont ici remplacés par des pinces de Chaput qui bâtissent l'ouvrage et permettent de le tendre.

Pour éviter le point faible mésentérique il suffit de faire, au niveau de l'insertion du méso, un double accolement séro-séreux par les petits détails de technique que nous allons indiquer.

Les premiers temps de la résection sont identiques à ceux de la résection classique.

Extériorisation soigneuse de l'anse à réséquer, coprostase, résection de la partie malade et d'un coin mésentérique.

La résection faite, on éponge soigneusement les deux bouts intestinaux et on les déterge à l'éther.

On passe alors à l'anastomose.

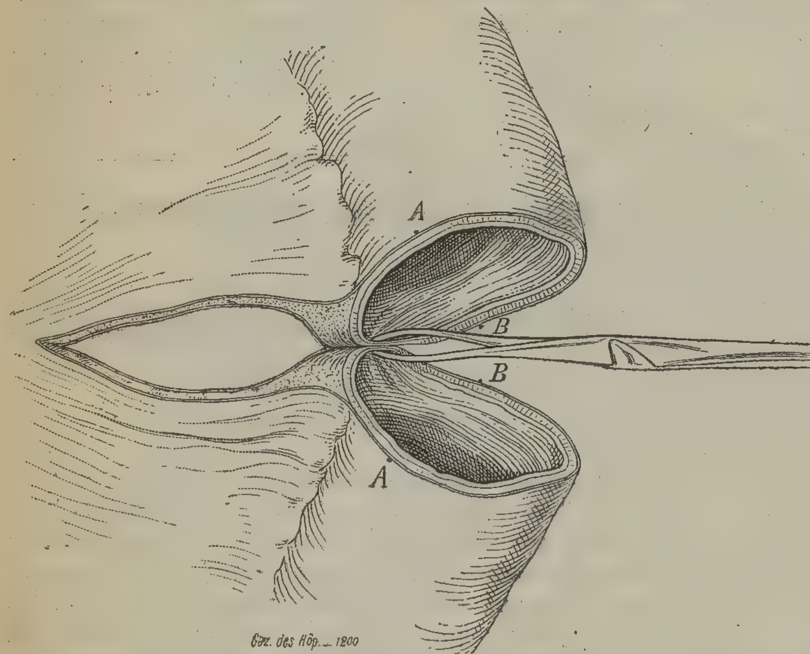


Fig. 1. — La pince repère et accole les zones mésentériques. Deux autres pinces vont réunir *B* à *B* et *A* à *A*.

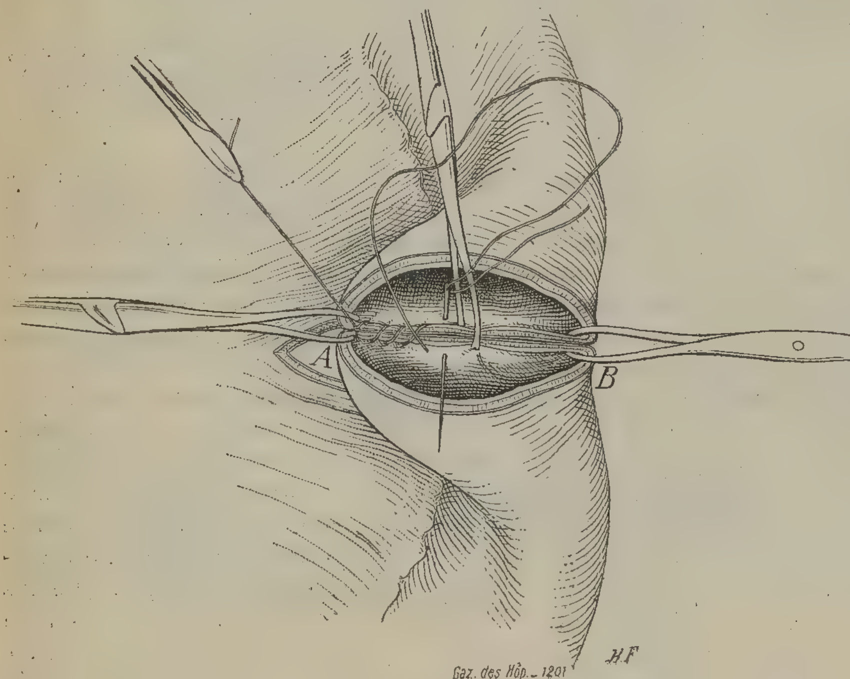


Fig. 2. — *Surjet total postérieur.* — La pince médiane repère la zone mésentérique, il y a d'emblée accolement séro-séreux.

Premier temps. — *Surjet total.* — On ouvre largement la lumière intestinale et on repère soigneusement le point de la circonférence qui répond à l'insertion du mésentère (fig. 1). Une pince de Chaput accole séreuse à séreuse les deux zones mésentériques de la circonférence. Cette pince doit être placée avec un soin minutieux ; elle repère la zone dangereuse où il faut que la suture soit particulièrement soignée.

A droite et à gauche de cette pince on en place deux autres accolant séreuse à séreuse la moitié postérieure des tranches de section, ou plutôt un peu moins que la moitié pour ne pas être gêné par les deux demi-circonférences antérieures. Ces deux pinces correctement mises sont à égale distance de la pince médiane mésentérique que l'on peut à volonté laisser ou enlever. Les deux pinces extrêmes sont confiées à l'aide qui les tient de très loin par les anneaux, les mains à plat sur le champ opératoire, il doit les tendre suffisamment et rester immobile ; les surfaces à suturer doivent être présentées longitudinalement et de gauche à droite, d'une pince à l'autre on fait un surjet total à points suffisamment rapprochés. Il vaut mieux coudre de gauche à droite quand la chose est possible, la main gauche peut ainsi tendre le fil sans difficulté et les anses successives se placent beaucoup plus régulièrement. Le surjet est arrêté par un point passé au niveau de la pince droite (fig. 2).

Il faut maintenant préparer soigneusement la suture de la large demi-circonférence antérieure. On ne peut accoler ici séreuse à séreuse sans risquer de rétrécir l'intestin ; cet accolement nécessite en effet la béance de la lumière intestinale pour que l'aiguille puisse cheminer de muqueuse à séreuse, puis de séreuse à muqueuse ; les tranches intestinales ne sont plus tendues et il devient très difficile d'éviter le rétrécissement. Avec beaucoup d'habitude il est possible de réaliser sans rétrécissement cet accolement séro-séreux sur la demi-circonférence antérieure, mais il ne présente pas suffisamment d'avantages pour compenser les difficultés de technique.

Trois pinces de Chaput vont préparer la besogne : l'une, à droite, pince les deux lèvres intestinales *der-*

rière le dernier point de suture; l'autre, à gauche, *derrière* le point initial; la troisième pince est placée à égale distance entre les deux premières accolant muqueuse à muqueuse les deux lèvres intestinales exactement au milieu de la demi-circonférence antérieure (cette demi-circonférence étant une large demi-circonférence, mais moins des deux tiers).

La mise en place des pinces constitue le point essentiel de l'opération, il ne faut pas craindre d'y consacrer du temps; lorsque les pinces sont correctement placées l'anastomose est forcément correcte et la suture n'est plus qu'un jeu.

Les trois pinces sont en place, le chef initial du surjet se trouve à la gauche de l'opérateur et le chef terminal muni de l'aiguille à sa droite. Si on veut continuer le surjet de gauche à droite, ce que je conseille, il suffit de transposer les deux chefs par une demi-torsion de l'anse intestinale, l'aiguille passera à gauche; l'aide tend la pince gauche et la pince médiane, rapidement on mène le surjet total d'une pince à l'autre; arrivé à la pince un point d'arrêt, on enlève la pince médiane et on la place derrière le point d'arrêt; on fait tendre et toujours, de gauche à droite, on termine le surjet; arrêter en nouant le chef initial et le chef terminal en faisant attention de ne pas faire coulisser le fil (fig. 3).

Les deux segments intestinaux se trouvent ainsi réunis par un surjet total ayant accolé séreuse à séreuse la demi-circonférence postérieure *mésentérique*, muqueuse à muqueuse la demi-circonférence antérieure. On met des champs propres, on lave ses gants, on prend des instruments aseptiques; l'opération est devenue presque aseptique, je dis presque, car la muqueuse est herniée sur la demi-circonférence antérieure, et c'est surtout tout à l'heure quand l'anastomose terminée on voudra rentrer l'intestin dans le ventre qu'il faudra changer de gants et prendre d'autres instruments pour fermer la paroi.

Deuxième temps. — *Surjet séro-séreux.* — Ici encore, il faut

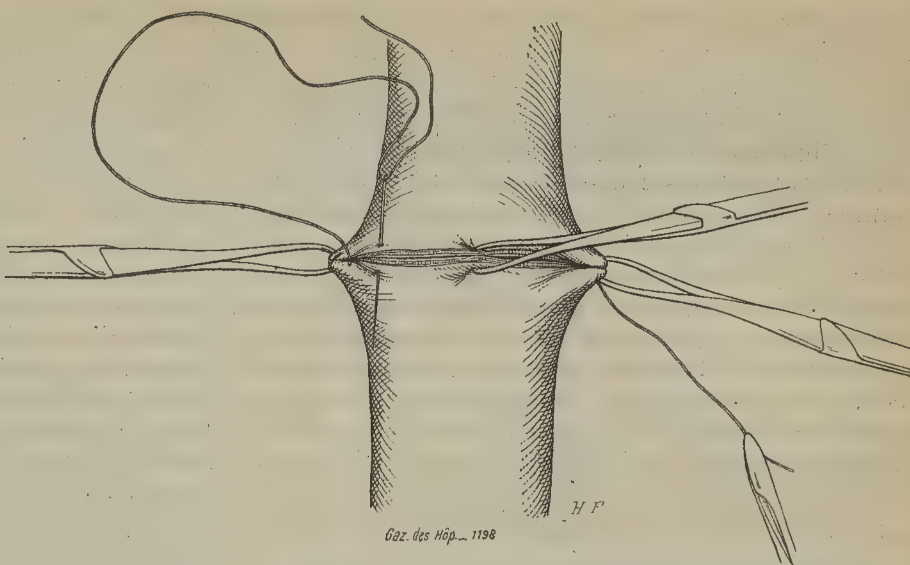


Fig. 3. — *Surjet total antérieur.* — L'intestin a été tordu sur l'axe mésentérique pour pouvoir coudre de gauche à droite. La muqueuse est éversée.

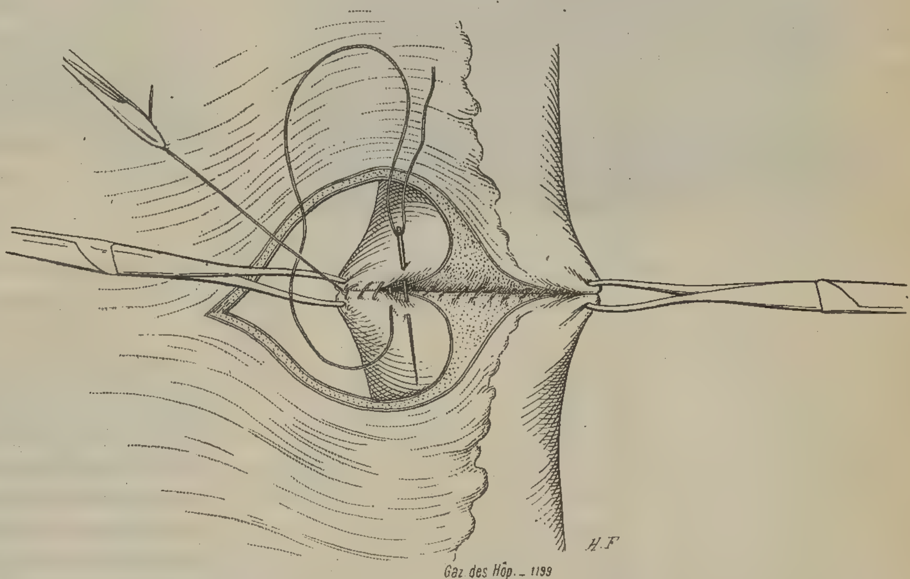


Fig. 4. — *Surjet séro-séreux postérieur.* — L'intestin est tordu sur son axe pour exposer la zone mésentérique. Double accolement séro-séreux.

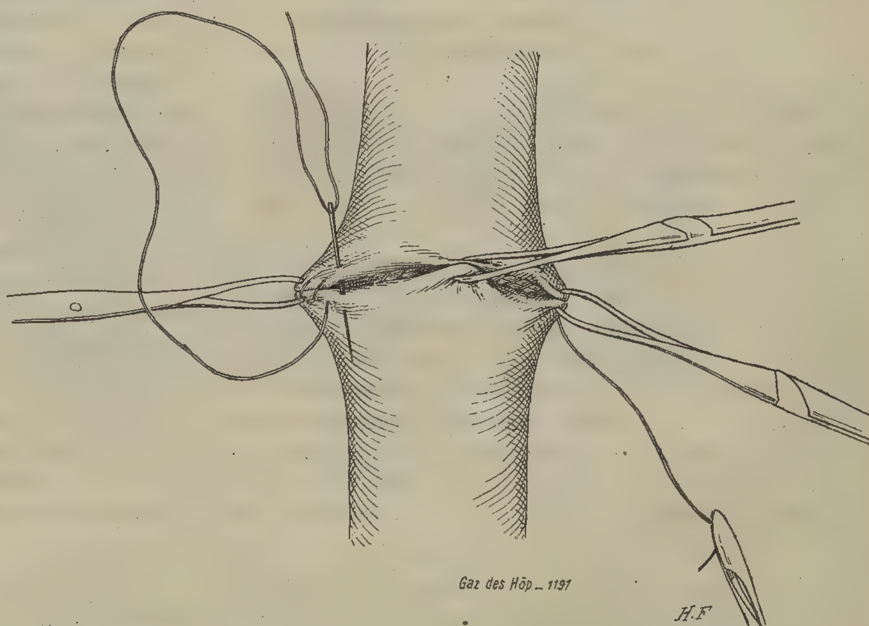


Fig. 5. — *Surjet séro-séreux antérieur.* — Enfouissement de la muqueuse herniée.

commencer par la demi-circonférence postérieure et mettre la racine mésentérique à moitié du premier segment du surjet. Pour ce faire, laisser l'intestin reposer devant soi de telle sorte que la ligne de suture soit parallèle à l'opérateur ; si on a tordu l'anse sur son axe on la détord ; on prend une pince de Chaput et on l'engage de gauche à droite à travers la brèche mésentérique, on pince la partie droite de la demi-circonférence postérieure et on l'attire à travers la brèche de telle façon que tordant l'intestin on s'expose directement la zone d'insertion mésentérique ; il faut alors préparer la suture postérieure ; une pince à droite et une pince à gauche du mésentère accolent séreuse à séreuse ; c'est facile puisque cet accolement est déjà réalisé par la suture totale, ce qu'on vérifie d'ailleurs minutieusement ; de gauche à droite, d'une pince à l'autre mener le surjet

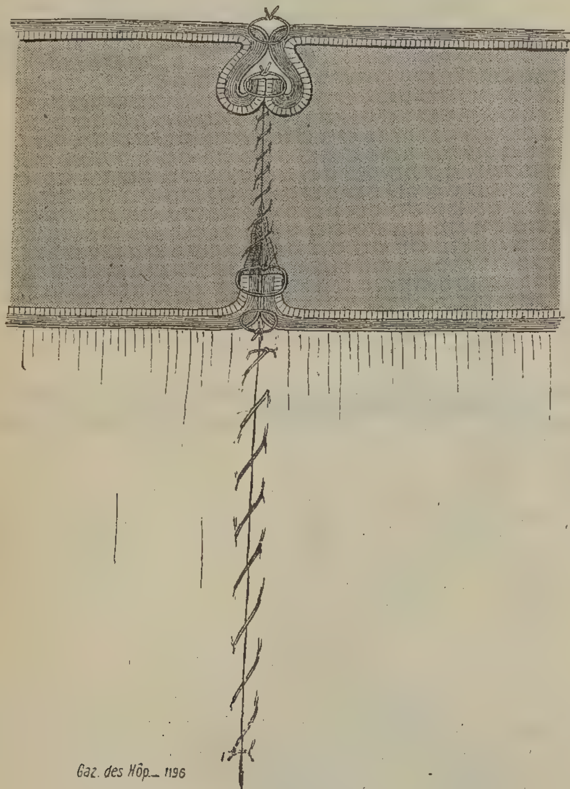


Fig. 6. — *Coupe parallèle à l'axe intestinal passant par l'insertion du mésentère.*

qu'on arrête à la pince droite, enlever les deux pinces et détordre l'intestin, le chef initial passant dans la brèche mésentérique va se trouver à droite et l'aiguille à gauche, c'est-à-dire en bonne place (fig. 4).

Il reste à enfouir sous un surjet séro-séreux la large demi-circonférence antérieure qui présente seulement un accolement muquo-muqueux ; c'est là surtout qu'il est important de bien placer les pinces pour préparer un accolement séro-séreux suffisant pour enfouir la muqueuse, pas trop large pour ne pas rétrécir l'intestin ; on place trois pinces en prenant son temps, une à chaque extrémité *derrière* le dernier et le premier point du surjet postérieur, la troisième à égale distance des deux autres. L'aide tend les deux premières pinces et, reprenant l'aiguille, de gauche à droite on continue le surjet ; arrivé à la pince médiane passer un point, enlever la pince et repincer derrière ce dernier point passé ; faire tendre les deux dernières pinces et on finit le surjet ; on noue sans faire coulisser le chef initial et le chef terminal ; on ferme rapidement la brèche mésentérique, l'anastomose est terminée (fig. 5).

Si elle est correcte on peut sur le cadavre insuffler l'intestin, il n'y a pas la moindre fuite, le calibre est absolument normal.

Il n'est pas nécessaire que les deux bouts intestinaux aient exactement les mêmes dimensions ; l'intestin est suffisamment élastique pour se laisser distendre quand la différence de calibre est peu accentuée. Dans ce cas il faut placer les pinces avec plus de soin encore et prendre plus d'étoffe sur le segment dilaté ; la tension des pinces rétablit l'accolement des deux bords, le plus court se trouve seulement plus tendu. La difficulté du raccordement n'existe, d'ailleurs, que pour la première partie de l'anastomose ; le surjet total rétablit la congruence et l'accolement séro-séreux se fait avec la même facilité.

Pendant toute la durée de l'intervention il faut veiller à ce que l'aide tende régulièrement les pinces, c'est la seule chose qu'il ait à faire ; qu'il reste immobile et les mains à plat ; on peut ainsi prendre un point d'appui utile sur le champ opératoire et manier l'aiguille plus sûrement et sans fatigue.

ACTUALITÉS

LES TUMEURS CÉRÉBRALES CHEZ L'ENFANT

Au dernier congrès de l'Association française de pédiatrie, la question des tumeurs cérébrales chez l'enfant a fourni le sujet de trois importants rapports.

Le professeur d'Astros (1) a bien montré combien la symptomatologie de ces tumeurs était complexe et leur diagnostic souvent difficile. Toute tumeur cérébrale détermine en effet des lésions d'ordres très divers : dégénérescence des tissus nerveux au voisinage de la tumeur, troubles de la circulation du liquide céphalo-rachidien, qui aboutissent à un degré plus ou moins marqué d'hydrocéphalie, parfois lésions méningées. L'hydrocéphalie amène à son tour des troubles nutritifs dans la substance cérébrale ; elle provoque de l'œdème du nerf optique, quelquefois aussi du nerf acoustique ; elle peut amincir les os de la boîte cranienne, surtout si l'enfant est très jeune. Ces désordres profonds dans l'encéphale et la boîte cranienne se traduisent en clinique par deux groupes de symptômes : symptômes d'hypertension et symptômes de foyer. Les premiers qui s'observent dans 70 p. 100 de l'ensemble des tumeurs cérébrales sont plus fréquents encore dans les tumeurs de l'enfance ; ils peuvent exister seuls. Les symptômes de foyer au contraire existent rarement seuls.

Dans la très grande majorité des cas, c'est à l'épanchement ventriculaire qu'il faut rapporter le développement des symptômes d'hypertension et la tumeur n'a, par son volume, qu'un rôle secondaire dans leur production, sauf le cas de tumeurs très volumineuses, de kystes par exemple. Céphalée, vertiges, vomissements, convulsions épileptiformes constituent le plus souvent les premiers symptômes d'hypertension ; les troubles de la respiration et du pouls sont inconstants et relativement tardifs ; une grande importance doit être attribuée

(1) D'Astros. Les tumeurs cérébrales chez l'enfant, *Congrès de l'Association française de pédiatrie*, Paris, octobre 1913, et *La Pédiatrie pratique*, 25 nov. 1913 ; — Diagnostic et traitement des tumeurs cérébrales chez l'enfant, *La Province méd.*, 7 fév. 1914.

à l'œdème de la papille, aux labyrinthites, aux troubles auditifs et la recherche de ces signes est toujours indispensable, nous y reviendrons. Quelquefois l'hypertension détermine des troubles moteurs, sensitifs et des modifications des réflexes, avec un syndrome pyramidal ou tabétiforme. Les phénomènes pyramidaux dus à l'hypertension présentent un caractère de bilatéralité, qui les différencie du syndrome pyramidal produit par une tumeur atteignant la zone motrice ou les faisceaux qui en émanent, mais ces symptômes bilatéraux peuvent être plus marqués d'un côté que de l'autre ; ce que l'on constate alors, c'est une paraplégie d'abord flasque, puis spasmodique, avec exagération des réflexes tendineux, et, dans un certain nombre de cas, une véritable contracture (Raymond, Bull, d'Astros) ; à un degré intense d'hypertension, des troubles trophiques, des escarres sacrées, peuvent survenir au cours de ces paraplégies (d'Astros). Le syndrome tabétiforme décrit par Raymond et Lejonne est plus rare, il apparaît quand l'hypertension se propage à l'espace sous-arachnoïdien spinal ; on note, dans ces cas, l'abolition des réflexes tendineux, la vivacité des réflexes cutanés, l'ataxie des mouvements, la diminution de la sensibilité osseuse et du sens des attitudes, des troubles de la miction.

En abordant l'étude des symptômes de foyer, d'Astros fait remarquer que ceux-ci ne relèvent pas exclusivement de l'altération du tissu nerveux envahi par la tumeur, qu'ils peuvent dépendre de lésions périphériques ou de réactions des régions voisines ; aussi la constatation d'un symptôme considéré isolément permet-elle rarement d'affirmer la localisation précise d'une tumeur et le diagnostic topographique doit-il s'appuyer sur le groupement des éléments symptomatiques. D'Astros rappelle la symptomatologie des tumeurs des principales régions du cerveau, en insistant sur celles que l'on observe plus fréquemment chez l'enfant (tumeurs de l'hypophyse, de la glande pinéale, du cervelet).

Le diagnostic clinique des tumeurs cérébrales étant souvent très difficile, il importe d'utiliser certains procédés d'exploration pouvant fournir des renseignements utiles. Parmi ces procédés, le plus simple, le plus classique, c'est l'examen ophtalmologique. Terrien (1) a bien indiqué l'importance des symptômes oculaires dont certains permettent d'affirmer l'existence de la tumeur alors qu'il n'y a que des symptômes généraux vagues. La stase papillaire, caractérisée par des lésions d'œdème, ne manque pour ainsi dire jamais dans les tumeurs cérébrales, mais on ne peut tirer de son existence aucune conclusion sur la nature et le siège de la lésion provocatrice de l'hypertension et la stase papillaire se rencontre dans beaucoup d'autres affections (abcès du cerveau, thrombose des sinus, hémorragies méningées). La stase papillaire ne détermine aucun trouble fonctionnel, tout au moins au début ; l'examen du fond de l'œil doit donc être pratiqué systématiquement dans tous les cas où l'on soupçonne une tumeur cérébrale. D'autres symptômes oculaires constituent des signes de localisation : l'hémianopsie, les paralysies des nerfs craniens, l'exophtalmie, l'atrophie du nerf optique. Parfois l'ophtalmoscope montre la présence de tubercules de la choroïde et renseigne ainsi sur la nature d'une tumeur cérébrale.

L'examen des fonctions labyrinthiques est plus compliqué, plus rarement pratiqué, et cependant il apporte des renseignements d'ordre objectif, particulièrement utiles chez l'enfant (d'Astros). On recherchera l'état de la fonction vestibulaire par la provocation expérimentale de ses deux manifestations les plus démonstratives : le nystagmus et le vertige avec tendance à la chute (épreuve galvanique de Babinski, épreuve rotatoire et épreuve calorique de Barany).

Bien qu'on ait signalé quelques accidents parfois mortels à la suite de ponctions lombaires faites à des malades porteurs de tumeurs cérébrales, d'Astros estime qu'on ne peut se priver de ce procédé d'exploration ; en ponctionnant avec prudence en décubitus latéral, en retirant une petite quantité de liquide, en maintenant le malade couché la tête basse quarante-huit heures après la ponction, les accidents seront presque sûrement évités. Liquide hypertendu, clair, dépourvu d'éléments cellulaires, voilà la formule classique du liquide céphalo-rachidien en cas de tumeur cérébrale, mais cette règle générale comporte d'assez nombreuses exceptions. L'augmentation de pression peut manquer si le système ventriculaire ne communique plus avec l'espace sous-arachnoïdien spinal. Si l'absence d'éléments cellulaires est très habituelle, on a cependant publié des observations de tumeur cérébrale avec lymphocytose, très discrète ou assez marquée ; dans ce dernier cas, il faut admettre que la tumeur se complique d'une réaction méningée, parfois même d'une véritable méningite, notamment dans les tuberculomes. On n'oubliera pas de faire une analyse chimique du liquide céphalo-rachidien, Mestrezat ayant montré qu'avant tout retentissement méningé une tumeur cérébrale détermine de l'hyperglycosie de ce liquide (épine irritative, glycosie réflexe) ; puis vient un stade congestif où à cette hyperglycosie s'associe une diminution des chlorures et enfin un stade d'inflammation légère avec hyperalbuminose, l'albuminose atteignant rarement un taux élevé, contrairement à ce que l'on observe dans les méningites (Mestrezat).

L'application de la radiographie au diagnostic des tumeurs cérébrales a fait l'objet de plusieurs travaux ; on recherchera aux rayons X les altérations de la calotte cranienne et la disjonction des sutures, conséquences de l'hydrocéphalie. La radiographie peut aussi fournir des indications quant au siège des tumeurs cérébrales ; Oppenheim, Schönberg, Toupet et Infroit ont fixé les règles de la radiographie de la selle turcique, dans les cas de tumeur de l'hypophyse.

Après toutes ces explorations, il sera quelquefois utile de faire encore la recherche de certaines réactions spécifiques. Si l'on redoute un tuberculome les réactions à la tuberculine n'ont pas une très grande valeur, car elles sont trop fréquemment positives pour qu'on soit en droit d'en tirer de grandes conclusions (d'Astros) ; par contre la réaction de Weinberg recherchée dans le liquide céphalo-rachidien a une très grosse valeur pour le diagnostic des kystes hydatiques. Toutes les fois qu'il y a lieu de soupçonner la syphilis, la réaction de Wassermann doit être pratiquée. Grâce à toutes ces investigations, on arrive dans un certain nombre de cas non seulement à faire le diagnostic de tumeur cérébrale mais à reconnaître quelle est la nature de la tumeur.

A la suite des rapports de d'Astros et de Terrien, le professeur Broca et R. Français (1) ont exposé les résultats actuellement obtenus par le traitement chirurgical des tumeurs cérébrales. La première question qui se pose est celle-ci : dans un cas donné, le traitement curatif est-il possible ? Doit-on se borner au traitement palliatif ?

Le traitement curatif n'est indiqué que si la tumeur se révèle par des symptômes permettant de diagnostiquer son siège, si ce siège est opératoirement accessible, et si la tumeur est suffisamment limitée. La première indication pose le problème de la valeur des symptômes de localisation. « Après les avoir proclamés infaillibles, on en est presque venu à les déclarer en faillite ; il nous a toujours semblé qu'il fallait rester entre ces deux extrêmes. »

Lorsque la guérison proprement dite de la tumeur par suppression chirurgicale sera impossible, on pourra encore rendre grand service au malade en ralentissant l'hyperten-

(1) TERRIEN. Symptômes oculaires des tumeurs cérébrales, *Congrès de l'Association française de pédiatrie*, octobre 1913 ; — *La Pédiatrie pratique*, 5 décembre 1913.

(1) A. BROCA et R. FRANÇAIS. Traitement chirurgical des tumeurs cérébrales, *Congrès de l'Association française de pédiatrie*, oct. 1913 ; — *La Pédiatrie pratique*, 5 déc. 1913.

sion; c'est le traitement palliatif par la trépanation décompressive ou par la ponction lombaire. Broca et Français conseillent la trépanation décompressive, très supérieure à la ponction lombaire, celle-ci ayant une gravité plus grande et une efficacité moindre. M. BRELET.

ANALYSES

MÉDECINE

Cinq ans de pratique du pneumothorax artificiel. Résultats. (F. DUMAREST et MURARD. *Bull. méd.*, 7 janv. 1914.) — L'expérience des auteurs porte sur 98 cas dont 34 de pneumothorax totaux ou presque totaux, 18 cas de pneumothorax partiels, 47 cas où aucune poche importante ne put être constituée en raison des adhérences. Les résultats éloignés sont d'autant meilleurs que le pneumothorax est plus développé. Les auteurs n'ont jamais obtenu une guérison définitive complète avec plèvre libre, sans symphyse; deux fois ils ont obtenu une guérison complète, clinique et anatomique, mais avec symphyse pleurale. Dans 8 cas, la guérison clinique a été complète mais le pneumothorax a dû continuer à être entretenu. Deux fois l'évolution a été arrêtée, mais il a persisté néanmoins des foyers torpides non évolutifs; sept fois une reprise de l'affection a été observée, plus ou moins longtemps après la fin du pneumothorax, avec une évolution ultérieure plus ou moins grave; 4 fois c'est une évolution du côté opposé qui est produite; 2 fois, malgré un bon état local, l'état infectieux général a persisté. Une fois est survenue une localisation secondaire de l'affection (entérite). Il est enfin des cas où le malade a succombé à une complication: une fois, une pneumonie; dans un autre cas, une coqueluche; le plus souvent on assiste à l'apparition des *complications pleurales*, 26 cas de pleurésie, dont 16 primitivement ou secondairement purulentes; l'issue fatale n'a été observée, en cas de pleurésie, que 4 fois.

En résumé la méthode de Forlanini donne des résultats favorables dans 45 p. 100 des cas où le pneumothorax total a pu être réalisé et dans 35 p. 100 des cas où le pneumothorax n'a été que partiel. J. MILHIT.

Contribution à l'étude des pleurésies enkystées tuberculeuses du sommet. (Paul CASTEX. Thèse de Paris, 1912; Vigot frères, édit.) — Les pleurésies enkystées du sommet sont peu décrites dans les traités de pathologie; quelques travaux ont été publiés sur les pleurésies purulentes du sommet, qui ne sont pas exceptionnelles. Quant aux pleurésies séro-fibrineuses, elles sont infiniment plus rares, à tel point que M. Castex n'en a trouvé dans la littérature médicale que quatre observations; en y joignant deux observations inédites recueillies dans le service de M. le professeur Hutinel, M. Castex a pu donner une bonne description de ces pleurésies.

La pleurésie enkystée du sommet est un épanchement constitué dans le cul-de-sac supérieur de la séreuse pleurale et isolé par des adhérences qui le circonscrivent. Les adhérences sont-elles récentes ou bien datent-elles d'une maladie antérieure ? Les deux hypothèses sont l'une et l'autre applicables aux différents cas particuliers. La pleurésie tuberculeuse enkystée au sommet est parfois secondaire à des lésions pulmonaires de même nature ou à une tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques; mais on voit aussi des pleurésies enkystées primitives, au moins en apparence, tout comme une pleurésie primitive de la grande cavité pleurale.

L'anatomie pathologique est mal connue; les observations étant très rares, on ne possède que des renseignements insuffisants sur la topographie de l'épanchement, sur la quantité de liquide, sur les lésions de la plèvre et du poumon. Dans un cas, on a pu s'assurer, tant par la percussion que par la ponction exploratrice que l'épanchement existait aussi bien à la face antérieure qu'à la face postérieure du sommet du thorax; deux ponctions faites l'une en avant, l'autre en arrière, ont ramené du liquide en quantité égale. Ce liquide est séro-fibrineux, contient des lymphocytes et tuberculise le cobaye.

Le début de l'affection n'est pas marqué par des phénomènes douloureux aussi intenses que dans les autres pleurésies enkystées; ce qui domine, ce sont des symptômes généraux d'infection. Les signes physiques ne sont pas toujours très caractéristiques: à la palpation, diminution des vibrations thoraciques; à la percussion, matité avec résistance au doigt sous la clavicule, dans l'aisselle et en arrière; à l'auscultation, abolition du murmure vésiculaire, ou souffle rude, ou même souffle presque cavitaire avec des râles sous-crépitants, par conséquent signes très variables selon la quantité de liquide épanché et l'état du poumon sous-jacent. Aussi l'exploration radiologique est-elle très utile, car elle montre une opacité nette limitée inférieurement par une ligne courbe à concavité supérieure. La ponction exploratrice permet d'assurer le diagnostic.

Pour l'évolution, le pronostic et le traitement, la pleurésie séro-fibrineuse enkystée du sommet né diffère pas des autres pleurésies tuberculeuses. M. BRELET.

L'action des blastomycètes pathogènes dans l'étiologie du cancer. (RONCALI. *Tumori*, an III, août 1913, p. 1-61.) — Les néoplasmes malins, d'après la clinique et l'anatomie pathologique, peuvent découler des infections et inflammations (granulations et nodules). Les cancers sont pluriparasitaires, les blastomycètes et leurs toxines ne représentent qu'un des très nombreux éléments parasitaires en cause.

L. ALQUIER.

MÉDECINE INFANTILE

L'examen des garde-robes de nourrissons : indications diagnostiques et diététiques. (R. GAULTIER. *Paris méd.*, 10 janv. 1914.) — a. *Selles du méconium du nouveau-né.* Le nombre des selles est d'une à deux; l'aspect en est visqueux, gluant, de couleur vert brun; leur réaction est acide; elles contiennent des cellules cornées, des cellules épithéliales de l'intestin, de la graisse, de la cholestérine, de la bilirubine.

b. *Selles normales du nourrisson au sein.* Leur nombre est d'une à trois par jour, d'aspect homogène, jaune d'or, d'odeur aigrelette, de réaction acide; si le nourrisson est élevé au lait stérilisé, les selles ont la consistance d'une pâte molle, leur réaction est alcaline.

Les *selles d'entéro-colite glaireuse* (forme bénigne) sont liquides, glaireuses, d'odeur fétide, très nombreuses et très abondantes; on y voit apparaître le bacillus perfringens; il s'y trouve d'abondants détritus corpusculaires (débris de caséine, de graisse, etc.).

Les *selles vertes panachées de gastro-entérite catarrhale* sont demi-molles avec des grumeaux de lait non digérés; leur couleur verte est due à la bilirubine.

Les *selles de dyspepsie gastro-intestinale chronique* sont blanches, pâteuses, rappelant le mastic du vitrier; on y trouve 37 p. 100 de graisse, en grande partie dédoublée; il y a surtout déficit biliaire, et l'indication thérapeutique consiste à couper le lait, à l'écrémer, à recourir aux féculents.

Dans l'*entérite folliculaire dysentériforme*, les selles sont sanguinolentes, mousseuses, d'odeur putride; elles renferment d'abondantes cellules muqueuses, des globules de pus.

Dans le *choléra infantile*, les selles sont très abondantes, liquides, incolores, inodores, semblables à de l'eau de riz; elles sont riches en cellules épithéliales et en leucocytes.

Les *selles des nourrissons constipés élevés au lait stérilisé* sont rares, pâteuses, avec des grumeaux de caséine, une coloration un peu grisâtre; l'odeur en est ammoniacale, la réaction

alcaline; elles contiennent en abondance des graisses non digérées, du mucus et de petites fausses membranes.

J. MILHIT.

CHIRURGIE

Corps étrangers du rectum. (LAUNAY et VANDESGAL. *Bull. Soc. anat.*, 1913, p. 470.) — Les auteurs présentent un manche à balai de 27 centimètres et demi de long sur 7 de circonférence, que le malade avait gardé vingt-quatre heures dans le rectum avant de venir demander son extraction. Celle-ci fut faite à l'aide d'une pince, après dilatation de l'anus, sous anesthésie générale, sans le moindre incident; ils citent un fait de Montanari, dans lequel un pilon de mortier de 30 centimètres de long fut également bien toléré. A la séance suivante (*Ibid.*, p. 471) M. Mouchet apporte un manche à balai long de 31 centimètres sur 8 et demi de circonférence, extrait par lui sans difficulté et sans dilatation de l'anus; ce fait a été rapporté en détail dans la *Gazette des hôpitaux* du 20 octobre 1896.

L. ALQUIER.

ORTHOPÉDIE

L'évidement, sa place dans un traitement pratique du pied bot varus équin congénital. (P. FAVERET. Th. Paris, 1913.) — Dans ce travail, l'auteur expose la technique suivie pour la cure du pied bot depuis le nouveau-né jusque vers sept ou huit ans, dans le service de M. Jalaguier. Chez le nouveau-né, on fera le redressement manuel forcé qui est décrit en détail, puis on maintiendra l'hypercorrection par le port d'une attelle métallique (modèle de Saint-Germain modifié) et on fera marcher ensuite dans une chaussure spéciale.

Si on a à effectuer la ténotomie du tendon d'Achille, on fera la ténotomie haute (Jalaguier, Veau) qui n'expose pas à la non-réunion comme la ténotomie basse.

Si après redressement du pied on constate la persistance d'une mauvaise attitude due à la torsion spiroïde du tibia, on y remédiera par l'ostéotomie linéaire (Jalaguier) ou en cas de refus des parents par l'un des appareils décrits par Lamy.

Toutes les fois qu'un pied bot aura résisté au traitement manuel et qu'une intervention sera jugée nécessaire, on choisira de préférence l'évidement sous-cutané de l'astragale et au besoin du calcanéum et du cuboïde comme l'a indiqué Mencière. C'est une opération facile, ne nécessitant pas un outillage spécial. Elle peut être pratiquée jusqu'à sept ou huit ans. Après évidement on fait un modelage du pied et application d'un appareil plâtré en hypercorrection. Les indications des résections cunéiformes se trouve réduit aux sujets plus âgés qui ne sont pas justiciables de l'évidement sous-cutané.

M. LANCE.

La coxa vara infantile. (P. PERRIER. Th. de Lyon, 1913.) — D'après les documents du service de M. Nové-Josserand, l'auteur étudie les différentes formes de la coxa vara chez l'enfant avant cinq ans. La forme commune est la coxa vara rachitique avec affaissement portant sur le col, la tête restant élevée dans le cotyle, la ligne épiphysaire étant oblique. La coxa vara, avec abaissement de la tête et ligne épiphysaire verticale décrite par Hoffa comme congénitale, est rattachée aussi par l'auteur au rachitisme. Les coxa vara congénitales, très rares, s'accompagnent de troubles d'ossification multiples comme le retard d'ossification de la tête fémorale, fissuration du col. Enfin il existe des coxa vara d'origine traumatique et inflammatoire.

Les observations de l'auteur montrent que la coxa vara rachitique à ligne épiphysaire oblique, avant cinq ans, peut guérir par le repos au lit et le traitement médical; la coxa vara à ligne épiphysaire verticale de même que les autres variétés exige toujours un traitement orthopédique (immobilisation en abduction forcée); après cinq ans toutes les formes, dans les cas graves, nécessitent le traitement chirurgical (ostéotomie sous-trochantérienne).

M. LANCE.

NEUROLOGIE

Contribution à l'étude de la thérapeutique chirurgicale des tumeurs intramédullaires. (BECK. Th. de Paris, 1913; J.-B. Baillière et fils, édit.) — Presque tous les neurologistes considèrent, ou peu s'en faut, les tumeurs intramédullaires comme des noli me tangere, et l'auteur n'a pu réunir dans la littérature que vingt-sept cas de tumeurs intramédullaires opérées. Il ajoute une vingt-huitième opération due au docteur de Martel dont la technique pour la laminectomie lui paraît être la meilleure (cette observation figure déjà dans la thèse de Gendron).

A l'aide de ces vingt-huit faits, M. Beck tente un plaidoyer en faveur de l'intervention chirurgicale quand elle est possible. Il faut opérer les malades chez lesquels on a diagnostiqué une tumeur intramédullaire puisqu'ils sont fatalement voués à la mort en quelques mois à trois ans à peu près, et que la médecine ne possède encore aucun traitement réellement actif. D'autre part, les vingt-huit opérations relatées dans ce travail donnent les résultats suivants: huit morts (trois subites, une rapide par paralysie respiratoire, quatre tardives par infection, quatre fois aucune amélioration, six améliorations, une est presque une guérison; enfin dix guérisons dont plusieurs datent de douze à vingt-deux mois et une de sept ans et demi).

On peut espérer voir la statistique s'améliorer en suivant la technique de M. de Martel, dont voici les points essentiels (voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 129):

Opérer lentement, toujours sous le contrôle de l'oscillomètre de Pachon, en s'arrêtant dès que celui-ci montre une baisse brusque ou progressive de la tension artérielle.

La salle d'opération est chauffée à 34-35 degrés, et le champ opératoire irrigué pendant toute la durée de l'intervention par un courant de sérum physiologique chaud à 45 degrés.

Comme anesthésique, l'éther après injection d'un milligramme de scopolamine, ou mieux le protoxyde d'azote (méthode de Paul Bert ou celle de Neu).

Eviter la position de Trendelenbourg qui augmenterait l'issue du liquide céphalo-rachidien.

Ouvrir la dure-mère, récliner prudemment la moelle à l'aide d'un écarteur malléable pour rechercher une tumeur de la face antérieure; cette recherche étant négative, se guider sur l'augmentation de volume de la moelle, ses modifications d'aspect extérieur et de couleur, l'absence de pulsations; inciser. Même si l'on ne trouve pas de tumeur extirpable, l'opération pourra amener une notable amélioration.

Fermeture hermétique de la dure-mère et des plans musculo-cutanés.

L. ALQUIER.

PSYCHIATRIE

Des hallucinations physiologiques et pathologiques. (BERNHEIM. *L'Encéphale*, 10 juin 1913.) — L'auteur montre que l'hallucination est une fonction du cerveau humain et qu'elle existe à l'état normal comme à l'état pathologique. Elle résulte de cette propriété en vertu de laquelle l'idée se transforme si facilement en image, l'idée devient sensation.

A l'état normal l'hallucination se produit pendant une grande partie de notre existence, dans le rêve, dans la période hypnagogique, dans la rêverie, dans la cérébration passive, involontaire et automatique, dans les cas d'idées préconçues, dans les suggestions religieuses ou mystiques.

A l'état pathologique elle se manifeste dans les états qui augmentent l'automatisme cérébral, c'est-à-dire l'intensité des représentations mentales spontanées et leur transformation en images, dans les chocs émotifs, dans les psychoses, dans les intoxications cérébrales, ou les maladies organiques du cerveau.

PAUL CAMUS.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1914)

Colectomie. — M. DELBET considère le cancer du côlon comme très insidieux. En 1899, étant chef de clinique chez M. Duplay à l'Hôtel-Dieu, il vit une femme de quarante et un ans qui portait une volumineuse tumeur du côlon pelvien et un fibrome. Il fit une hystérectomie sus-vaginale et une résection du côlon. Il resta une fistulette qui guérit assez rapidement. Il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux. La malade était encore vivante en 1900. Il n'a pas eu de ses nouvelles depuis. Dans ce cas il n'a pas hésité à faire la colectomie en un seul temps. D'une façon générale, on peut dire que les résections intestinales sont bénignes. Il en est tout autrement quand il y a obstruction. Il faut alors commencer par vider l'intestin par un anus artificiel à distance ou alors procéder à l'extériorisation et faire l'anus sur l'anse extériorisée. M. Delbet préfère cette dernière méthode à l'anus artificiel à distance. On peut ainsi réaliser une opération complète tout en bénéficiant de l'extériorisation.

L'obstruction peut être complète ou incomplète. En cas d'obstruction complète, la situation est toujours grave. On va au plus pressé, on fait un anus cæcal. Sur dix-huit opérations d'urgence faites dans ces conditions par ses internes, il y a eu neuf morts immédiates, ce qui représente une mortalité considérable. Quand on ne connaît pas le siège de l'occlusion, que faire ? M. Delbet propose, dans ces cas, l'extériorisation. C'est un moyen de faire un anus artificiel.

M. Delbet a ainsi agi dans deux cas.

Dans le premier cas il s'agit d'une femme de trente ans en occlusion depuis cinq jours, moribonde. Il fit une laparotomie médiane, trouva une tumeur volumineuse à l'angle du côlon, extériorisa la tumeur et fit un anus artificiel. La malade supporta bien l'opération. Dix jours après, M. Delbet procéda à l'ablation de la tumeur et réunit l'un à l'autre les deux bouts de l'intestin.

Dans le second cas, il s'agissait d'un homme de trente-six ans en obstruction depuis cinq jours, probablement par un iléus biliaire. Laparotomie médiane, tumeur dure sur l'origine du côlon transverse, extériorisation de l'anse malade, ouverture directe du côlon, gros tube de verre dans l'ouverture par laquelle s'échappent 5 litres de matières décolorées. Malheureusement ce malade a succombé huit jours après l'opération.

En terminant, M. Delbet insiste sur les avantages de ce procédé par l'extériorisation.

Traitement du cancer par le radium. — M. SAVARIAUD, à propos de l'observation de M. Legueu, communique un cas de guérison en apparence complète d'un cancer de l'utérus par le radium. Il s'agissait d'un épithélioma du col inopérable, chez une femme de quarante-cinq ans ; après plusieurs applications de deux tubes de radium de 5 centigrammes laissés pendant quarante-huit heures, une guérison complète, avec disparition de tous les symptômes et cicatrice rétractile, a été obtenue et date actuellement de dix-huit mois.

M. DELBET a présenté à la Conférence internationale du traitement du cancer une statistique intégrale des cas de cancer qui ont été traités dans son service par le radium. Son impression est que le radium donne des améliorations très réelles, très remarquables, mais n'empêche pas le cancer de se terminer toujours par la mort, à peu près dans le même temps. Le radium ne constitue qu'un traitement local. S'il a une action élective sur les tissus cancéreux, il n'atteint pas les ganglions. Avec un tube contenant 5 centigrammes de radium, l'action ne dépasse pas, en étendue, 2 centimètres et demi. Sans doute on observe des guérisons apparentes, momentanées, des améliorations fort remarquables, mais de guérisons définitives M. Delbet n'en connaît pas. Ce n'est, en somme, qu'un traitement palliatif.

Nos maîtres, qui s'occupaient beaucoup plus que nous du traitement palliatif du cancer de l'utérus, en particulier, à l'aide de grattages, de cautérisations profondes répétées, obtenaient des résultats d'amélioration comparables à ceux que nous donne aujourd'hui le radium (1).

M. THIÉRY a été très frappé du cas de M. Legueu. Il pense qu'il y aurait grand intérêt à ce que chacun apportât les résultats de son expérience sur le traitement dû cancer par le radium. Jusqu'ici, M. Thiéry est resté très sceptique à l'égard de ce traitement comme à l'égard de tous les traitements nouveaux proposés contre le cancer. Toutefois il a constaté quelques notables améliorations; il a même vu des effets merveilleux au point de vue palliatif, mais il n'a pas encore observé de guérison définitive. Il serait indispensable d'être fixé sur l'utilité du radium, car si cette utilité est démontrée il faut que l'Assistance publique nous fournisse les moyens de l'employer.

M. FAURE a observé un cas qui l'a frappé. En juin 1910, il voit une femme atteinte d'un cancer de l'utérus inopérable. D'accord avec M. Chéron, il traite cette malade par le radium. Il a revu cette malade il y a trois mois, elle ne perd plus de sang, ne souffre plus et a engraissé de 10 kilogrammes. L'état général est parfait; localement le cancer est remplacé par un tissu scléreux. La malade se considère comme guérie. Voilà quatre ans que cette guérison apparente se maintient.

Le hoquet postopératoire. — M. AUVRAY, à propos de l'intéressante communication de M. Marion, cite le fait d'un malade qu'il a opéré d'une tumeur ganglionnaire suppurée du cou consécutive à une grippe. Après l'incision de ce ganglion suppuré, survint un érysipèle assez grave; en même temps apparut un hoquet incessant qui dura huit jours. Le professeur Raymond appelé en consultation conseilla une injection de morphine sur le trajet du nerf phrénique. Peu à peu le hoquet diminua et disparut.

M. Auvray cite un autre cas analogue et fait suivre ces observations de considérations générales sur l'étiologie, assez difficile à déterminer, de ces hoquets postopératoires.

Malformations des doigts et des orteils. — M. LENORMANT fait un rapport sur un cas présenté par M. Proust. Il s'agit d'un homme qui avait un pouce droit et un gros orteil gauche très élargis. La radiographie a montré qu'il s'agissait d'une véritable bifidité, il y avait un second métacarpien parallèle au premier et un rudiment de second métatarsien à côté du premier.

Pseudo-étranglement d'une hernie diaphragmatique symptomatique d'une perforation de l'estomac. — M. LENORMANT fait un second rapport sur une observation de M. Heurteaux (de Nantes). Nous résumons très brièvement cette observation : homme de soixante-cinq ans, portant une hernie épigastrique depuis l'âge de quinze ans; douleur brusque en même temps que la hernie devient irréductible, douleur telle que le malade tente de se suicider en se coupant la gorge, hémorragie. M. Heurteaux, croyant à un étranglement her-

---

(1) Nous ne pouvons qu'approuver cette très juste observation de M. le professeur Delbet. Pendant de longues années, nous avons vu notre maître Péan et d'autres enlever complètement des cols cancéreux à l'aide de cautères en platine à bords tranchants. Les suites de ces interventions très larges étaient les plus simples : les malades reprenaient les apparences de la santé, étaient débarrassées de leurs hémorragies et de leurs douleurs et survivaient trois, quatre et cinq ans, après ces cautérisations profondes et étendues. — A. BROCHIN.

mais je m'en voudrais de ne pas citer les passages suivants :

« Je puis bien vous dire que si comme soldat j'ai eu le trac, comme officier j'ai senti les regards de mes soldats fixés sur moi, j'ai été plutôt surexcité, porté à m'agiter, à parler, et le troupier apprécie cette manière d'être. J'ai pu m'en rendre compte. Ne craignez pas de parler à vos hommes pendant le combat, forcez même la note si c'est nécessaire.

J'ai vu aussi des officiers doués d'un courage froid, raisonné, calme. Ceux-là sont admirables! Près de Wœrth je vois encore notre lieutenant-colonel impassible, nous dans le fossé, lui sur le chemin, à cheval, me disant comme à l'exercice : « Mon garçon, vous êtes mal placé, appuyez donc à droite. » Un moment après je le voyais tomber, mort en beauté. Je vois encore notre colonel, de Saint-Hilaire, et notre porte-drapeau, en arrière de la ligne, sur un talus, debout, immobiles, le drapeau haut dressé, drapeau qui n'était plus qu'une hampe avec une croix d'honneur attachée à l'aigle. Le rouge était resté en Afrique, le blanc en Italie et le bleu au Mexique. Autour, les sapeurs à la barbe poivre et sel, l'arme au pied, immobiles. C'était épique. Et croyez que je n'invente pas. Ah! je vous assure que moi qui tirais à ce moment mon premier coup de fusil de guerre — car je n'avais pas fait mes tirs avant de partir — j'avais bien la peur au ventre; mais avec les gaillards qui étaient autour de moi je ne pensais guère à le laisser paraître. A cette époque c'était le vieux soldat qui secouait la recrue qui tentait de se plaindre; demain ce sera l'officier. »

Pour bien apprécier ce rôle de l'officier sur la psychologie des combattants placés sous ses ordres suivons de nouveau le capitaine Tête à travers cette bataille fictive qu'il nous décrit. « A peine paraissons-nous sur le versant que les balles arrivent, rares d'abord, perdues. Cependant on entend parfois un coup sec, comme une claque, et un homme tombe en bousculant ses voisins, ou bien se met à courir en lâchant son fusil et en se tenant le bras, la tête ou le ventre, couvert de sang, hurlant. C'est à ce moment que votre rôle commence à devenir difficile. Il faut que vos soldats marchent, qu'ils ne se groupent pas, et on n'a pas encore commencé le feu. Très difficile ce moment-là. Je vais vous indiquer un moyen qui n'a l'air de rien et qui est énorme. Ce n'est pas moi qui l'ai inventé, mais je l'ai vu employer et je vous garantis qu'il est bon. Sachez le nom de vos hommes! Vous ne sauriez croire quelle influence a sur le soldat l'impression que son officier le voit et le connaît. Parlez à vos soldats mais ne leur criez pas : Eh! là-bas! l'homme de gauche, marchez donc! L'homme de gauche ne prendra pas cela pour lui et se terrera. Dites : Un tel! Laurent ou Pierre, sortez de derrière l'arbre et marchez! Laurent et Pierre marcheront. »

On arrive à un fossé. Halte! « Les hommes se précipitent dans le fossé, derrière les arbres. Inutile de leur dire de s'abriter; au contraire. Inutile même de commander : Commencez le feu! Au contraire. A partir de ce moment c'est la pétarade intense. Avant d'avoir vu où peut se trouver l'ennemi, avant d'avoir pensé à la hausse, les hommes tirent. Ils tirent avec rage, devant eux, dans le brouillard. Ils font du bruit. Et ce qui sera le plus difficile pour une troupe de jeunes soldats qui a commencé le feu, ce sera de le faire cesser. »

L'auteur de la conférence cite, à l'appui de cette dernière assertion, un fait typique auquel il a assisté, en 1881, pendant la guerre de Tunisie. J'en rapprocherai le suivant emprunté à un curieux ouvrage, *La Chasse aux pirates*, publié récemment par M. Louis Carpeaux, et où il raconte une campagne à laquelle il prit part dans le nord du Tonkin. Il s'agit d'un combat, à quatre-vingts pas, au travers d'un ravin.

« Les balles sifflent à nos oreilles à tel point qu'on ne sait où placer sa tête et qu'on s'attend à la voir éclater. Des lianes coupées nous cinglent la figure, à laquelle nous portons la main, étonnés de ne pas la ramener tachée de sang... Nous tirons, nous tirons, sans viser, préoccupés tout juste de mettre le fusil à l'épaule et lâchant le coup dans ce maudit nuage de fumée, sans cesse percé d'éclairs... Pour mon compte, je trouve que mon lebel ne va pas assez vite... En ce moment j'aurais tué n'importe qui pour défendre ma peau, et je regrettais de ne pouvoir tirer plus vite, car je pensais, avec logique, que si je me dépêchais de tuer tous les pirates il n'en resterait plus pour me tuer moi-même... Et nous tirions tous pour faire du bruit, ou sans savoir pourquoi, par besoin : on n'aurait pas pu nous arrêter.

« Mais les tirailleurs annamites qui sont derrière nous, et qui, d'abord, ont fléchi, se mettent de la partie, tirant aussi à toute volée, sans épauler. Nous sommes dans un courant d'air de balles, nous risquons tout autant d'être tués par eux que par les pirates. »

Ce danger des balles venues de l'arrière est, paraît-il, assez considérable. Le capitaine Tête exposant combien il est difficile de faire sortir une ligne de ses abris pour la porter en avant, dit : « On attend toujours que son voisin se mette en route. Si l'officier marche le premier, il sera suivi, d'abord, par quelques-uns, puis, ensuite, par tous les autres. Là, il y a toujours une inquiétude qui s'ajoute : la crainte des balles de ceux qui continuent à tirer et qui sont impossibles à arrêter. La crainte d'une balle dans le dos est, je crois, plus forte que celle d'une balle venant de face. Je n'en veux pour preuve que l'impossibilité que l'on éprouve à tourner le dos à l'ennemi pour inspecter ce qui se passe en arrière. Malheureusement, il y a souvent des balles qui viennent de l'arrière, d'un maladroit, d'un affolé, beaucoup plus souvent que vous ne croyez. Veillez à ce que vos hommes ne restent pas les uns derrière les autres. »

Je me vois forcé d'arrêter ici cette analyse, trop succincte, de la suggestive et impressionnante leçon du capitaine Tête. Je ne veux pourtant pas terminer sans donner comme conclusion ce qu'il dit aux officiers à propos de l'éducation morale de leurs hommes. Car, le moral, tout est là et elle est singulièrement instructive à ce point de vue l'étude du médecin-major italien, Consiglio, faite pendant la récente guerre tripolitaine et portant sur 225 soldats qui avaient été antérieurement condamnés.

« Tandis, conclut-il, que les criminels endurcis, tout en étant impulsifs et agressifs vis-à-vis de leurs supérieurs et de leurs camarades, se montrent presque toujours lâches dans la bataille, il y a, parmi les criminels d'occasion qui ont été égarés par une mauvaise éducation, par l'alcool, ou par l'esprit d'aventures, quelques individus qui se sont distingués en combattant. Mais, eux aussi se rendaient souvent passibles de peines disciplinaires et se montraient incapables d'un travail régulier, d'un effort moral. Le soldat le plus apte à la guerre moderne est celui qui, en temps de paix, était un citoyen énergique et bien équilibré. Il semble que les temps soient passés où le courage aveugle de l'aventurier, inconscient du péril, jouait un rôle important dans les luttes entre nations. »

Mais laissons là les anormaux et les criminels et revenons aux conseils du capitaine Tête.

« Si vous connaissez, dit-il aux officiers, si vous connaissez un moyen d'inculquer à vos hommes le mépris de la mort, employez-le vite. C'est que votre premier soin, votre plus grand effort doit être de relever le moral de vos soldats par n'importe quel moyen..... Apprenez avant tout à bien connaître vos hommes pour trouver le chemin de leur cœur. En vous les attachant vous aurez accompli le plus

important de votre mission ; le reste suivra tout naturellement... Le combat dont vous venez d'entrevoir la réalité, c'est celui d'aujourd'hui ; celui de demain, on peut le prévoir, sera plus terrifiant encore ! Vous y conduirez vos soldats, qui seront, pour la plupart, des réservistes brusquement arrachés à leurs intérêts, à leurs affections, éloignés de l'armée depuis quelques années. Quels soldats feront-ils ? De bons soldats si pendant leur passage sous les drapeaux vous avez su les instruire, développer leur éducation morale, fortifier leur courage, leur inculquer le goût de l'initiative et le sentiment de la discipline, si vous avez fait appel à leur intelligence, si votre enseignement a été basé sur le juste et sur le vrai qui sont immuables et éternels. »

On ne saurait tenir un plus noble langage et avec des chefs s'inspirant des conseils du capitaine Tête la question posée au début de ces lignes se trouve résolue. On irait au combat, « le poux battant plus viste qu'allant disner » sans doute, mais on irait, et c'est là ce que demande la France.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

CONGRÈS

IIe CONGRÈS DES MÉDECINS SCOLAIRES DE LANGUE FRANÇAISE. — Le IIe Congrès de l'Association française des médecins scolaires aura lieu les 30, 31 juillet et 1er août 1914 à Lyon à la salle des Congrès de l'exposition internationale d'hygiène urbaine. Il réunira les médecins scolaires de France et des pays de langue française ainsi que tous les confrères s'intéressant à l'hygiène scolaire.

Trois questions sont à l'ordre du jour de ce Congrès.

1° *a.* L'enseignement de l'hygiène dans les écoles primaires en France (rapport du docteur Dufestel) ; *b.* L'enseignement de l'hygiène dans les écoles primaires à l'étranger (rapport du docteur Goujon) ; *c.* L'enseignement de l'hygiène sexuelle à l'école (rapport des docteurs Butte et Mathé).

2° L'organisation du service médical dans les lycées et enseignements secondaires (rapport des docteurs Blondel et Fouineau).

3° Le bain à l'école (rapport du docteur Weigert).

Toutes les communications ayant trait à la médecine et à l'hygiène scolaire seront admises après avis du bureau du Comité d'organisation. Les titres et un résumé de ces communications devront être envoyés au plus tard le 5 juillet 1914, au docteur Weigert, 3, cours Morand.

La cotisation de membre titulaire fixée à 10 francs devra être adressée à M. le docteur Coste-Labaume, trésorier du Congrès, 1, cours Vitton, Lyon.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.
PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 24. — JEUDI 26 FÉVRIER 1914. 87e ANNÉE. JEUDI 26 FÉVRIER 1914. — N° 24.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 10 francs par an. Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Question donnée : « Abcès de l'encéphale. Anatomie pathologique et bactériologie. — Signes, diagnostic et traitement des angines de la scarlatine. »

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Launay, Richelot, Reynier, Richardière, Thiéry, Arrou et Routier.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 20 février. — MM. Le Mée, 18; Rouget, 19.

Séance du 23 février. — MM. Hautant et Baldenweck, 20. Prochaine séance (épreuve opératoire), vendredi 27 février, à dix heures et demie, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

— Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. de Lapersonne, Morax, Rochon-Duvigneaud, Terrien, Poulard, Campenon et Widal.

— Concours de l'internat en pharmacie. — Le jury est provisoirement composé de MM. Viron, Berthoud, Richaud et Valeur, qui acceptent; Bougault, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Les commissions chargées de juger les concours de l'Académie des sciences pour l'année 1914 sont ainsi composées :

Médecine et chirurgie. — Prix Montyon, Barbier, Bréant, Godart, du baron Larrey, Bellion, Mège : MM. Bouchard, Guyon, d'Arsonval, Laveran, Dastre, Charles Richet, Chauveau, Guignard, Roux, Labbé, Henneguy.

Physiologie. — Prix Montyon (physiologie expérimentale), Philipeaux, Lallemand, La Caze, Martin-Damourette, Pourat : MM. Chauveau, Bouchard, d'Arsonval, Roux, Laveran Dastre, Henneguy.

Cette commission est également chargée de présenter une *question de prix Pourat* pour l'année 1916.

ACADÉMIE DES SCIENCES MORALES ET POLITIQUES. — M. le professeur Grasset (de Montpellier) vient de poser sa candidature au siège laissé vacant par la mort de M. Babeau, membre libre.

Parmi les autres candidats on signale M. Paul Deschanel, président de la Chambre des députés, membre de l'Académie française.

MÉDAILLES DE LA MUTUALITÉ. — Les récompenses honorifiques ci-après sont accordées pour services rendus à la mutualité aux personnes dont les noms suivent :

Rappel de médaille d'or. — M. le docteur Dufau (de Léon).

Médailles d'or. — MM. les docteurs Caron (de Dieppe), Legludic (d'Angers), Mallet et Paul-Boncour (de Paris).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Daulnoy, Fouque et Ch.-Edm. Monod (de Paris), Dupré (de Laval), Lefèvre (de Malakoff).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Barthès, Blottière, Delacour, Destrem, Doury, Gerboud, Huguier, Lévy, Mennessier, Pâquet et Tsakiris (de Paris), Michaux (d'Aubervilliers), Reymondeau (de Limoges).

Mentions honorables. — MM. les docteurs Bidel, Lambour, Maurice, Maury, A.-E. Petit, Regnault et de Speville (de Paris), Bonnent (de Joudreville), Delangle (de Gentilly), Emonet (de Foix), Eyriès (de Marseille), Faivre (de Poitiers), Nicolas (de Champdeniers), Porte (de Condé-sur-Noireau).

MÉDECIN DE LA SANTÉ ET DE L'ASSISTANCE PUBLIQUES DU MAROC. — Un concours pour l'emploi de médecin de la Santé et de l'Assistance publiques sera ouvert le 6 mai 1914, à huit heures du matin, pour les épreuves écrites, simultanément : à Paris, au Val-de-Grâce ; à Marseille, à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales; à Alger, à l'hôpital du Dey ; à Tunis, à l'hôpital du Belvédère.

Le nombre des candidats à admettre est de dix médecins et deux doctoresses.

Conditions d'admission. — Nul ne peut être admis au concours s'il n'a préalablement justifié : 1° qu'il est Français ou naturalisé Français; 2° qu'il a moins de trente-cinq ans au 31 décembre de l'année du concours.

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées à la direction de la Santé et de l'Assistance publiques, à Rabat, avant le 1er avril au plus tard.

Pour tous renseignements concernant le fonctionnement du service et les questions relatives à l'avancement, etc., consulter le règlement sur le service de la Santé et de l'Assistance publiques inséré au *Bulletin officiel* du protectorat, n° 30, 23 mai 1913.



NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Aimé Lombard (d'Aix-en-Provence) et Spillmann, professeur à la Faculté de Nancy.

JURISPRUDENCE

MÉDECIN ET INDIGENTS

Un arrêt rendu par le Conseil d'Etat le 16 janvier 1914 a examiné un point de droit relatif à l'assistance médicale gratuite, et aux indemnités qui peuvent être dues, de ce chef, au médecin.

Il arrive souvent qu'une commune, ne possédant pas de médecin, passe avec un docteur un contrat par lequel il s'engage, moyennant une indemnité, à soigner les malades indigents de la commune. Mais ce contrat, purement civil, n'engage pas le médecin à soigner les malades de l'assistance médicale gratuite dans les termes de la loi du 15 juillet 1893. Et le Conseil d'Etat a adopté cette théorie par les considérants suivants :

« Considérant que par délibération du 19 mars 1901, le conseil municipal de Brenod a voté, pour remédier à l'absence d'un médecin dans la commune, une subvention annuelle de 1800 francs en faveur du docteur R..., qui, par acte du 21 avril 1901, a accepté moyennant l'allocation de cette subvention, de venir s'installer dans la commune à la condition de donner des soins gratuitement à un certain nombre de personnes indigentes dont la liste lui serait remise au 1er janvier de chaque année ; que cette délibération a été approuvée le 8 juin 1901, par le préfet, qui a eu soin de spécifier que cette subvention devait être votée pour chaque année et prendrait fin dès qu'un autre médecin viendrait se fixer dans la région ; que depuis l'année 1901, la subvention a été renouvelée par le conseil municipal et approuvée par le préfet dans les mêmes conditions ;

« Considérant que le sieur R... ayant, le 3 novembre 1910, fait connaître au maire de Brenod son intention de quitter la commune et ayant, par requête du 13 mai 1911, réclamé la somme de 1500 francs représentant la subvention afférente à la période du 1er janvier au 1er novembre 1910, le maire n'a pas répondu à cette demande de paiement ; que le sieur R... défère au Conseil d'État la décision implicite de rejet résultant du silence gardé par le conseil municipal ;

« Considérant que l'accord conclu par la commune de Brenod avec le sieur R... dans les conditions où il est intervenu, n'a pas eu pour but d'assurer le fonctionnement d'un service public communal, mais a constitué une convention destinée à obtenir la présence d'un médecin dans la commune et a été passée dans les conditions du droit commun ; que, si le sieur R... s'est engagé à soigner gratuitement un certain nombre de personnes indigentes dont la liste serait par lui approuvée, il ne s'est pas ainsi obligé à assurer l'assistance médicale gratuite dans les conditions de la loi du 15 juillet 1893, et que, par suite, cette clause qui ne constitue d'ailleurs qu'une condition accessoire de la convention, n'a pu avoir pour effet de modifier la nature du contrat ; qu'il suit de là que l'autorité judiciaire est seule compétente pour statuer sur le litige survenu entre le sieur R... et la commune de Brenod à l'occasion de ce contrat de droit civil et que le Conseil d'État est incompétent pour en connaître... »

Ainsi donc la haute assemblée a déclaré valable la passation d'un semblable contrat, qui ne visait que des soins à donner à des indigents. En effet, d'après sa jurisprudence, elle a décidé qu'un conseil municipal, alors qu'aucune circonstance exceptionnelle n'est relevée, excède ses pouvoirs en allouant un traitement annuel à un médecin communal chargé de soigner gratuitement tous les habitants riches ou pauvres (Cons. Etat, 29 mars 1901 et 26 juillet 1907).

Examinant ensuite la valeur juridique de cette convention, le Conseil d'Etat a posé en principe que la convention intervenue entre une commune et un médecin, convention aux termes de laquelle la commune, pour remédier à l'absence d'un médecin dans la localité, s'est engagée à allouer une subvention annuelle à ce praticien, moyennant quoi celui-ci a accepté de venir s'installer dans la commune et de donner, en outre, ses soins gratuitement à un certain nombre d'indigents dont la liste lui serait remise chaque année, constitue un contrat civil. En souscrivant en effet, à cette dernière condition, d'ailleurs accessoire, le médecin ne s'est pas obligé à assurer l'assistance médicale gratuite dans les termes de la loi du 15 juillet 1893. Par suite l'autorité judiciaire est seule compétente pour statuer sur un litige survenu entre lui et la commune à l'occasion du contrat qui les lie.

Il n'en serait pas cependant autrement s'il s'agissait de service de l'assistance médicale gratuite. Il est admis en jurisprudence que les contrats passés par l'administration pour l'intérêt des services publics constituent en principe des actes de gestion et que la connaissance des difficultés qui les concernent appartiennent aux tribunaux judiciaires, à moins qu'une disposition précise de la loi ne la leur enlève. Il n'en est autrement que pour ceux de ces contrats qui, exceptionnellement, présentent le caractère d'actes de la puissance publique. Il faut alors leur appliquer la règle de compétence qui découle du principe de la séparation des pouvoirs et les faire rentrer par suite dans le contentieux administratif, alors même qu'aucun texte particulier ne l'ordonnerait.

Même en supposant que la délibération d'un conseil municipal ratifiant la convention de subvention intervenue avec un médecin pour assurer l'assistance médicale gratuite aux habitants indigents, par application de la loi du 15 juillet 1893, constitue un acte administratif comme prise dans l'intérêt d'un service public, il est bien certain qu'en l'espèce le contrat passé avec le requérant avait un caractère purement civil. En effet il n'était pas destiné à assurer le service de l'assistance médicale gratuite, il avait été seulement passé pour la commodité des habitants de la commune afin d'obvier aux inconvénients résultant de ce qu'aucun médecin ne résidait dans la localité. (Comp. en ce sens : Cons. d'Etat 1er juin 1900, *S.* 1902.2.94 ; et Trib. des Confl. 16 novembre 1901, *S.* 1904.2.100 ; Toulouse 23 janv. 1902, *Le Droit* 9-10 juin 1902, *Gaz. Pal.*, T. Q. 1902-1907, v° Commune, n° 283.)

Cet arrêt intéressant définit la valeur de ce contrat médical passé par un conseil municipal, à qui la jurisprudence a reconnu le droit de traiter avec un médecin pour assurer des soins aux indigents d'une commune, même en dehors de l'organisation de l'assistance médicale gratuite (Cons. Etat, 29 mars 1901, *Sirey*, 1901.3.73).

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

RENSEIGNEMENTS

504. — **MÉDECIN ÉTABLI EN PROVINCE** *achèterait bonne clientèle à Paris*, quartier aisé, préférence rive gauche. — CANTILLON, 54, rue Jacob, Paris.

505. — **18, AVEVUE NIEL, 18** (quartier de l'Etoile), près avenue des Ternes, est à vendre à très bas prix, mais de suite, un luxueux et artistique mobilier. Conviendrait à Docteur. Objets d'art, bronzes, marbres, tableaux, pastels signés tous de noms connus et authentiques. Salle à manger, 2 chambres dont une unique avec armoire 5 portes. Un salon Aubusson et un autre doré. Bergère, très beaux tapis. Tapisseries. Ravissant bureau de dame. Colonnes marbre. Bahut panneaux vernis Martin. Vitrine collection Saxes, Sèvres. Miniatures appareils appliques et lampes électriques, etc.

Vu l'urgence, on recevra à toute heure. On vendra le tout, ou objet par objet.

UN CAS
DE
HERNIE INGUINO-SUPERFICIELLE

Par le docteur F. CASAGLI,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien de l'hôpital de Santa Maria Nuova (Florence).

Il est assez rare d'observer des hernies inguinales sortant totalement ou partiellement entre les différentes couches de la paroi abdominale, soit que le sac s'insinue entre le péritoine et la fascia transversalis (hernie inguinale propéritonéale de Krönlein), soit qu'il s'insinue au contraire entre le petit oblique et l'aponévrose du grand oblique (hernie inguino-interstitielle proprement dite de Goyrand), soit enfin que, après être sorti de l'anneau inguinal externe, il s'étale dans le tissu cellulaire lâche entre l'aponévrose du grand oblique et la fascia superficialis (hernie inguino-superficielle de Küster). C'est de cette dernière variété de hernie que je veux dire quelques mots à propos d'une observation personnelle.

Il n'existe dans la littérature médicale qu'un petit nombre, à peine une trentaine, de ces hernies inguino-superficielles. Bien différents entre eux, dans les divers cas, sont les rapports topographiques et la direction du sac dans les couches superficielles. Ainsi Huecke, Le Fort, Küster, Barbarin, Marion, Arrou, Bruchi, dall'Acqua, Palazzo, Fasano, Viscontini, Costa et Cosentino ont rapporté des observations où, avec quelques variantes de forme et de volume du sac, son expansion se fait toujours à peu près dans la même direction, en haut et en dehors, vers l'épine iliaque antéro-supérieure (hernie inguino-superficielle abdominale) ; Busch, Marion, Sellenings, Sertoli et Küster, dall'Acqua, ont trouvé au contraire le sac s'étendre en bas jusqu'au delà du pli de l'aine, dans la racine de la cuisse (hernie inguino-superficielle fémorale) ; Goyrand enfin dans un cas a vu le sac, qui, de la région inguinale, se dirigeait vers le périnée, en arrière de la poche scrotale gauche (hernie inguino-superficielle périnéale).

Dans les cas que je viens d'énumérer le sac s'étalait dans les couches superficielles directement et indépendamment de toute formation congénitale spéciale. Dans le cas de Marion, le sac franchissait à peine l'orifice inguinal externe, et le testicule était situé normalement dans le scrotum. Dans les autres cas le sac s'était développé de façon évidente dans la totalité du processus péritonéo-vaginal resté perméable et dévié de sa direction normale. Cependant il me semble qu'il faut excepter les cas de Bruchi et de Sertoli dans lesquels la déviation du trajet semblait porter seulement sur une partie du processus péritonéo-vaginal et le sac avait l'apparence d'un diverticule latéral du processus (cas de Bruchi) ou bien on voyait à l'intérieur du sac un infundibulum se dirigeant vers le scrotum, ébauche de bilobulation du sac.

Dans d'autres cas il existait un véritable sac bilobé, à direction divergente des deux parties : Bourdon, Küster, Marion, Arrou, Broca, Göbell et Coley ont décrit des cas dans lesquels un sac se dirigeait vers le scrotum, s'y engageant plus ou moins profondément, tandis qu'un autre s'étalait soit vers l'épine iliaque antéro-supérieure (Bourdon, Küster, Marion, Arrou), soit vers l'ombilic (Broca), soit vers la région crurale (Göbell).

Dans la hernie inguino-superficielle, le testicule est presque toujours ectopique ou en tout cas plus ou moins atrophié. Dans le seul cas de Marion où la hernie était acquise, le testicule était de forme et de situation normale. Dans un cas de dall'Acqua, la situation du testicule n'est pas indiquée, et un second cas du même auteur a trait à une hernie inguinale récidivée chez une femme. La situation du testicule ectopique est variable : 9 fois dans le trajet inguinal (Huecke 2, Le Fort, Barbarin, Bruchi, Palazzo, Fasano, Cosentino, Sellenings) ; dans un cas (Viscontini) dans l'abdomen ; dans un autre cas (Costa) en ectopie pubienne. Dans 12 autres observations, le testicule se trouvait dans le sac superficiel (Küster 3, Marion 2, Arrou 2, Busch, Sertoli, Goyrand, Bourdon, Coley), y compris 5 cas de sac bilobé dont une portion était directement tournée vers le scrotum.

Dans un seul cas (Broca) de sac bilobé, avec une portion scrotale et l'autre se dirigeant vers l'ombilic, le testicule se trouvait dans la poche scrotale.

Dans le cas de Göbell, où existait un infundibulum vers le scrotum aplasié et un autre dans la région fémorale, le testicule était fixé à proximité de la racine de la verge par des adhérences fibreuses (ectopie pubio-pénienne de Popow).

Je tiens en outre à faire observer que plus d'un tiers de ces observations se rapportent à des hernies parvenues au chirurgien avec des symptômes d'étranglement.

La littérature médicale montre donc que la variété la plus fréquente de hernie inguino-superficielle est la variété à direction en dehors, vers l'épine iliaque antéro-supérieure, et que les variétés fémorale et périnéale sont absolument exceptionnelles. Elle montre en outre que le sac est assez souvent bilobé, l'un des diverticules se dirigeant vers le scrotum ; enfin qu'elle s'accompagne de manière presque constante de défauts ou irrégularités de migration testiculaire. Remarquons à ce propos que dans un travail récent Büdinger, après avoir groupé les anomalies de position du testicule, des sacs de hernie inguinale et d'hydrocèle, sous le nom générique de dystopie par « Fehllage des Scheidenfortsatzes », les rapporte toutes à une cause commune, la disposition anormale du processus péritonéo-vaginal. Il rapporte dans ce travail 3 cas personnels, dont je n'ai pas fait mention, de hernie inguino-superficielle, deux de la variété abdominale, un de la variété fémorale.

Les théories émises pour expliquer la formation des hernies inguino-superficielles sont multiples et contradictoires. Je les passerai en revue après avoir rapporté le cas personnel que j'ai observé et les hypothèses pathogéniques qu'il m'a suggérées.

Observation. — Aiazzi Francesco, vingt-cinq ans, de Barberino di Mugello (Florence), entre dans le service le 26 no-

vembre 1913. Les parents sont sains, non hernieux. Il a toujours joui d'une bonne santé et n'a jamais fait d'efforts violents. Dès la naissance, les parents remarquent l'absence du testicule gauche dans le scrotum. A seize ans on a noté, au niveau de la région inguinale gauche, la présence d'une tumeur qui a augmenté lentement mais progressivement de volume, s'étalant vers le haut jusqu'aux dimensions actuelles. Un médecin consulté diagnostique une hernie. Le malade n'a jamais porté de bandage. La hernie se réduisait spontanément dans la position horizontale ou tout au plus à la suite d'une pression très légère jusqu'à il y a un an environ. Depuis cette époque le volume a augmenté considérablement, la hernie est devenue plus difficilement et incomplètement réductible. Quelquefois, mais rarement, la hernie a été le siège de douleurs aiguës donnant lieu à des sensations de pesanteur et d'étirement irradiant profondément vers l'abdomen. Ces crises survenaient après des stations debout prolongées ou un effort violent. C'est ce qui le décide à entrer dans notre service le 26 novembre 1913.

A l'examen, on constate sur le malade debout une tumeur occupant la région inguinale gauche et remontant presque à l'épine iliaque antéro-supérieure en dehors, en dedans atteignant le bord externe du grand droit du côté gauche. La tuméfaction recouverte seulement par la peau est très superficielle, ce dont on se rend compte en faisant contracter les muscles abdominaux.

La tumeur est molle, et à la pression on provoque le gargouillement des anses intestinales, en même temps qu'une réduction partielle. Même dans le décubitus la réduction ne peut être complétée et il persiste un gros cordon dur, enflé, ayant à peu près la direction du canal inguinal, mais plus directement dirigé en dedans, parallèlement au pubis. L'index engagé dans le scrotum retourné ne trouve pas l'anneau inguinal superficiel ni le testicule. Du côté droit le testicule est en place et tout est d'aspect normal.

Le diagnostic de hernie inguinale partiellement irréductible s'impose, mais l'absence du testicule et le siège superficiel de l'intestin me font penser qu'il s'agit sans doute d'une hernie inguino-superficielle. C'est avec ce diagnostic probable que la cure radicale est entreprise.

Opération. Assistance du docteur Lupi. Rachinovococaïnisation. Après incision de la peau, du tissu cellulaire et du fascia superficialis, on tombe sur le sac qui s'isole facilement à la superficie, plus adhérent au contraire vers la profondeur. Le sac est ouvert; on y trouve une grosse frange épiploïque fibrolipomateuse adhérant très fortement au fond du sac. On la résèque et le moignon est réduit dans l'abdomen. A travers la paroi postérieure du sac, adossé à elle, se trouve le cordon et plus bas, vers le pubis, le testicule faisant une saillie dans la cavité au point où l'épiploon était adhérent. Ce testicule, enchâssé dans le tissu fibreux environnant, est très atrophié, aussi je me décide à l'enlever.

Au-dessous de la paroi postérieure du sac péniblement disséquée, on découvre l'aponévrose du grand oblique très amincie, présentant l'ouverture superficielle du canal inguinal formant un angle ouvert directement en bas, sans aucune trace de fibres arciformes. Les piliers très minces se dirigent directement en bas. Le pilier externe, au lieu d'aller s'insérer sur l'épine du pubis, semble se fondre auparavant dans la paroi antérieure du canal inguinal. Ce dernier s'ouvre directement en avant et le sac rabattait latéralement sur les bords de l'aponévrose du grand oblique.

Suture de la fascia superficialis, de la peau. Guérison parfaite et rapide. Le malade sort le onzième jour.

L'opération confirmait donc le diagnostic posé et faisait reconnaître certaines particularités : le siège du testicule qu'il était impossible de reconnaître cliniquement, une disposition anormale de l'aponévrose du grand oblique au niveau de l'anneau inguinal.

Ces dispositions peuvent entrer dans une certaine part dans l'explication de la hernie inguino-superficielle. M. Marion croit, et dall'Acqua se range à son opinion, que la cause de ces hernies doit être cherchée dans la largeur excessive des orifices inguinaux interne et externe, dans leur situation au même niveau, si bien que le canal inguinal devient virtuel et présente une direction antéro-postérieure. Mais, d'une part, cette disposition ne se retrouve pas dans toutes les hernies inguino-superficielles, et d'autre part M. Rochard objecte avec raison que les hernies anciennes et volumineuses présentent presque toujours cette disposition sans être pour cela des hernies superficielles.

Je crois qu'il ne faut pas rejeter entièrement cette théorie, pourvu qu'on sache bien distinguer entre les dispositions anormales acquises et les anomalies congénitales du conduit inguinal. Il faut tenir compte seulement des dernières comme d'un élément possible dans l'interprétation de l'affection dans certains cas.

Chez notre malade, il existait réellement une disposition anormale de l'aponévrose du grand oblique au niveau de l'orifice externe et des piliers.

L'insertion anormale des fibres du pilier externe, l'absence des fibres arciformes, l'aspect du tissu aponévrotique indiquaient une disposition congénitale et non des lésions acquises.

Ces anomalies de l'aponévrose du grand oblique, même à un degré plus marqué, ont été décrites : Debierre, Beauis et Bouchard ont vu l'absence complète d'insertion inférieure du grand oblique; Grüber l'a trouvée très rudimentaire. Des anomalies moins marquées et comparables à ce que j'ai observé ont été trouvées par Cooper, Loobzeck, Velpeau et Scarpa; dall'Acqua, enfin, dans une de ses observations, note l'absence de fibres arciformes et l'amplitude anormale de l'orifice inguinal superficiel.

Dans quelle mesure cette anomalie de la paroi peut-elle influencer la disposition particulière de la hernie? Nous le discuterons quand nous aurons étudié la deuxième anomalie observée, la position ectopique du testicule.

Küster suppose que la position vicieuse du sac n'est que la conséquence directe de la position vicieuse du testicule qui, dans sa migration, ne ferait que tracer la route au processus péritonéo-vaginal. Cette théorie est condamnée par l'embryologie qui montre que le conduit péritonéo-vaginal est un diverticule péritonéal primitif occupant la bourse scrotale primitive avant que le testicule ait atteint l'anneau inguinal dans sa migration. C'est le conduit séreux qui au contraire fraye le chemin au testicule à travers les tissus de la paroi abdominale (Hertwig).

D'ailleurs, en dehors de toute considération générale, comment admettre dans le cas présent que le testicule situé en bas et en dedans contre le pubis puisse déterminer l'étalement du sac dans une direction diamétralement opposée, en haut et en dehors?

Fasano a tenté d'accorder la théorie de Küster avec les données embryologiques : le testicule attiré

par une insertion vicieuse du gubernaculum attire dans une direction anormale le canal péritonéo-vaginal déjà développé. Nous rejetons cette explication qui ne nous semble pas plus logique que la précédente.

La migration incomplète du testicule ne peut donc expliquer directement l'anomalie du sac. Tout au plus peut-on admettre avec Bruchi que le testicule logé à l'entrée du scrotum puisse en obturer mécaniquement l'entrée et favoriser ainsi l'étalement du sac dans les couches superficielles.

Pour Broca c'est l'atrésie congénitale, l'imperméabilité du scrotum qui amène la situation vicieuse du sac.

Tout en admettant que la situation du testicule puisse jouer un rôle adjuvant dans l'obturation de l'entrée du scrotum, je me range à l'avis de Broca et je pense que l'obstacle mécanique est une imperméabilité du scrotum. Cependant, alors que Broca fait de cette atrésie la cause unique et suffisante de la hernie inguino-superficielle, je la considère seulement comme un de ses éléments déterminants, un autre élément étant l'aplasie congénitale de l'aponévrose du grand oblique.

Dans le cas présent, on peut admettre que la force de propulsion du contenu intestinal ne pouvant se manifester librement vers le bas, et trouvant dans la constitution particulière de la paroi une résistance moindre que d'ordinaire en haut et en dehors, le sac se développe dans cette direction.

Il ne faut pourtant pas perdre de vue qu'il s'agit d'une hernie évidemment congénitale, si les notions précédentes expliquent son développement à l'extérieur dans un sens plutôt que dans un autre, grâce à des influences mécaniques dues à des dispositions anormales et congénitales de la région, il n'en est pas moins vrai comme le remarque Palazzo, que dans la hernie réellement congénitale il faut admettre une préformation virtuelle du sac, et que lorsque l'intestin y pénètre, ce sac a déjà une direction et une topographie déterminée. Il s'agit donc avant tout d'une anomalie primitive de formation du conduit péritonéo-vaginal.

C'est aussi la conception de Büdinger qui explique l'origine des diverses dystopies du testicule, des hydrocèles, des sacs herniaires (dans lesquelles il comprend la hernie inguino-superficielle) par une anomalie du processus vagino-péritonéal.

« Wenn der Scheidenfortsatz », dit l'auteur, « bei seinem Abstieg einen falschen Weg einschlägt, so kann daraus die abnorme Lagerung einer Hernie, bezw. eines Herniensackes, einer Hydrocele, bezw. eines Hydrocelensackes und des Hodens entstehen. Alle diese Anomalien gehören zusammen und sind in ihren mannigfaltigsten Formen nur Unterarten der Fehllage des Scheidenfortsatzes. »

Donc, Büdinger admet que la hernie inguino-superficielle est due à une anomalie du processus vagino-péritonéal, dont la cause échappe souvent mais que dans certains cas on peut attribuer à des adhérences par suite de péritonite fœtale.

Je ne discuterai pas plus la pathogénie de ces hernies, ne pouvant apporter d'arguments décisifs en faveur d'une théorie d'après les constatations faites dans mon observation. Celle-ci m'a montré seulement une disposition spéciale de la paroi abdominale pouvant favoriser selon moi le développement progressif de la hernie en haut et en dehors, bien plus que l'obstacle mécanique résultant de la présence du testicule devant l'entrée du scrotum. Mais cette disposition ne suffit pas à expliquer l'anomalie de disposition du sac dans une hernie certainement congénitale et nous en arrivons forcément à admettre une anomalie primitive de siège du processus péritonéo-vaginal. Pour moi les anomalies constatées à l'opération, qui ne résolvent que d'une manière incomplète le problème de la pathogénie de l'affection, ne sont que l'expression d'un trouble primitif de développement beaucoup plus étendu de toute la région, atteignant tous les organes qui s'y trouvent, y compris le testicule et le conduit vagino-péritonéal, les anomalies portant sur ce dernier jouant le rôle principal dans la production de la hernie inguino-superficielle. En parcourant les cas publiés dans la littérature médicale, on voit qu'aucune théorie particulière ne peut expliquer tous les cas, tandis que celle que j'adopte, celle de Palazzo et Büdinger, peut au contraire sans difficulté expliquer toutes les variétés de hernie inguino-superficielle. En effet les hernies inguino-superficielles acquises sont des exceptions (Marion, dall'Acqua, Costa), et pour les expliquer on peut invoquer un élargissement successif de l'anneau inguinal, et la tendance du canal à devenir antéro-postérieur ; on peut y joindre le port constant du bandage (Le Fort) comme cause d'imperméabilité ou acquise du scrotum. Dans le cas de Costa, bien qu'il s'agît d'une hernie acquise il existait cependant une ectopie pubienne du testicule avec aplasie de la moitié correspondante du scrotum, on pouvait donc attribuer les particularités de la position du sac à certaines anomalies congénitales.

Donc, comme conséquence de mon observation personnelle, je ne puis que me rallier à l'opinion des auteurs qui admettent que, pour obtenir une interprétation pathogénique rationnelle de l'affection, il faut nettement distinguer les formes acquises et les formes congénitales de l'affection. Pour ces dernières, qui forment l'immense majorité, pour ne pas dire la presque totalité de cette rare affection, je crois devoir admettre la théorie de l'anomalie congénitale du processus péritonéo-vaginal, avec ou sans coexistence d'anomalies des testicules ou de tous les tissus de la région. Cette théorie ne se trouve pas en contradiction avec les données embryologiques modernes suivant lesquelles la migration du testicule est subordonnée à la formation du canal péritonéo-vaginal, et n'est non plus en contradiction avec les diverses constatations anatomiques faites au cours des opérations [ectopie testiculaire, la lobulation du sac, etc. (Cosentino)].

Nous passerons rapidement sur le diagnostic de l'affection. Comme nous l'avons vu il a été facile, la position superficielle et externe de la hernie, la possibilité de la réduction partielle, l'aplasie scrotale du côté correspondant, l'ectopie testiculaire, ne

laissaient guère de place au doute. Pour le traitement je ferai seulement remarquer que le testicule fut enlevé en raison de son atrophie extrême et de la brièveté du cordon et que le plan musculaire profond était assez robuste pour garantir le succès de la cure radicale.

BIBLIOGRAPHIE

ARROU, cité par SCEMANA, Th. de Paris 1902.

BARBARIN. *Bull. Soc. anat.*, 1899. — BOURDON. *Soc. anat.*, 1871. — BROCA. *Soc. anat.*, 1888. — BRUCHI. *Riforma medica*, 1907. — BÜDINGER. *Arch. f. klin. Chir.*, 1911, Bd. XCV. — BUSCH. *Arch. v. Langenbech*, Bd. IV.

COLEY. *Soc. chir. New-York*, nov. 1910. — COSENTINO. *Il Morgagni*, juin 1911. — COSTA. *La Liguria medica*, janv. 1912.

DALL'ACQUA. *La Clinica chirurgica*, 1907.

FASANO. *Il Policlinico*, 1910, nos 41, 42.

GÖBELL. *Arch. f. klin. Chir.*, Bd. XXXIV. — GOYRAUD, d'après DURET. Th. d'agr. Paris, 1883.

HUECKE. *Med. chir. Transact.*, 1866, XLIX.

KÜSTER. *Arch. f. klin. Chir.*, 1886, 1887.

LE FORT. *Bull. gén. de thérap.*, 1886.

MARION. *Bull. Soc. Anat.*, 1899.

PALAZZO. *La Clinica chirurgica*, mai 1908.

SELLENINGS. *Med. News*, mars 1905. — SERTOLI. *La Clinica chirurgica*, 1909.

VISCONTINI. *Gazz. ospedali e cliniche*, 1911, n° 21.

ACTUALITÉS

LA TRANSFUSION DU SANG EN OBSTÉTRIQUE (1)

La transfusion du sang, qui était à peu près abandonnée depuis une vingtaine d'années, vient de prendre un nouvel essor sous l'influence des chirurgiens des Etats-Unis à la suite de Carrel et de Crile (2). Cette méthode thérapeutique est devenue dans l'Amérique du Nord d'une pratique presque courante en de nombreuses circonstances ; d'un emploi encore restreint jusqu'à ces derniers temps dans les autres pays, elle semble devoir prendre, d'après de récentes publications, et notamment en France, une place rapidement plus grande.

A ce renouveau deux raisons peuvent être données : c'est d'abord une connaissance plus exacte des phénomènes biologiques de la transfusion, et en second lieu le perfectionnement de la technique.

L'idée première des anciens avait été de remplacer du sang mauvais par du meilleur, et ils infusaient, dans ce but, du sang d'animaux jeunes, ignorant encore les dangers que faisait courir à l'organisme l'introduction de cet élément étranger qu'ils manipulaient sans souci d'éviter sa coagulation (Levant).

Lorsqu'on substitua, à la transfusion du sang, l'opération beaucoup plus facile de l'injection de sérum artificiel, on pensait que, lorsqu'un malade meurt d'hémorragie, ce ne sont pas les globules qui lui manquent, mais le liquide nécessaire pour les faire circuler et relever la pression vasculaire. Et, de fait, dans la plupart des cas d'hémorragie, l'injection de sérum artificiel, répétée au besoin plusieurs fois, suffira à ramener le malade à la vie ; c'est que, pour ranimer un animal saigné à l'extrême limite, il suffit de reconstituer le volume du liquide intravasculaire.

Il résulte cependant d'expériences faites, dès 1881, par le professeur Hayem (1) que, dans les hémorragies très graves, l'injection de solution saline est inférieure à la transfusion du sang. Il concluait en effet de ces expériences : « Lorsque les animaux sont saignés à mort, avec du sang défibriné nous avons pu plusieurs fois ranimer nos animaux ; mais la survie n'a pas été longue. Le sérum artificiel semble avoir la même efficacité relative que le sang défibriné ; ici encore rétablissement passager, mais mort prompte. Au contraire avec le sérum naturel, emprunté à un animal de la même espèce, on peut faire survivre les animaux mais on ne réussit pas constamment. Il paraît évident que certaines hémorragies sont mortelles alors que l'organisme contient assez de sang pour en entretenir le jeu. Qu'on dilue alors le sang restant, la vie redevient possible. Mais il faut que cette dilution soit effectuée avec un liquide n'altérant pas les hématies de l'individu anémié, en n'introduisant pas dans la circulation des éléments frappés à mort et devenant nuisibles par leurs profondes et brusques altérations. Voilà pourquoi le sérum du sang d'un même animal a été efficace dans des conditions analogues à celles dans lesquelles nous avons échoué, soit avec du sérum artificiel, soit avec du sang défibriné. Mais lorsqu'il ne reste probablement plus assez de sang pour l'entretien de la vie, dans les cas de mort véritablement imminente par anémie absolue, seul le sang complet peut amener à coup sûr un rétablissement durable, définitif de l'animal. »

Quelle est la raison de cette supériorité de la transfusion sur l'injection de sérum physiologique ? Pour la discerner, il est indispensable de comparer, ainsi que le fait M. Levant dans son travail, les mécanismes d'action des deux méthodes (2).

Le sérum intraveineux ne tend évidemment qu'à un but : relever la tension sanguine ; c'est là la seule indication qu'il puisse remplir : il y réussit en général et rapidement ; mais son influence salutaire est de courte durée. De plus, il est de toute évidence qu'une solution isotonique injectée dans le torrent circulatoire ne pourra être d'aucun secours dans la régénération des globules rouges soustraits par l'hémorragie, et c'est le sujet saigné qui devra en faire, par lui-même, tous les frais. L'action du sérum uniquement mécanique est donc très précieuse pour ses bons effets immédiats, mais elle est plus discutable si l'on envisage son action ultérieure.

Les effets immédiats de la transfusion du sang sont en tous points comparables à ceux des injections de sérum ; à noter toutefois, dans un certain nombre d'observations, la rapidité avec laquelle se relève la tension artérielle après passage d'une très petite quantité de sang ; il semble donc qu'il faille dans ces cas faire jouer un rôle, non plus à la quantité, mais à la qualité des produits injectés qui par leur spécificité même peuvent agir sur le système nerveux pour ramener vers la moyenne la pression dans les vaisseaux.

C'est surtout dans ses effets secondaires que la transfusion du sang montre sa supériorité sur l'injection de sérum artificiel : état général meilleur, maintien de la tension artérielle à un taux plus élevé, régénération plus rapide des globules rouges ; le sang transfusé remplace bien réellement dans une très grande mesure le sang perdu par hémorragie. Cette régénération rapide des hématies ne serait d'ailleurs pas due, pour Képinoff (3), à l'action du sang total, mais aux lipoïdes que libèrent les hématies transfusées et qui vont gagner les

(1) Les éléments de cet article ont été puisés dans les travaux suivants :

LEFÈVRE. *La transfusion du sang et ses applications en obstétrique*, Th. de Paris, 1913.

LEVANT. La transfusion du sang, plus particulièrement étudiée en gynécologie et en obstétrique ; indications, technique, résultats, *Arch. d'obstét.*, nov. 1913.

JEANNIN et ROUX-BERGER. A propos de deux cas de transfusion du sang suivie de succès, *Arch. d'obstét.*, déc. 1913.

(2) CRILE. *Hémorragies et transfusion*, New-York 1909.

(1) HAYEM. *Leçons sur les modification du sang*, Paris 1885.

(2) LEVANT. Loc. cit., p. 390.

(3) KÉPINOFF. *Xe Congr. des chir. russes*, déc. 1910, Saint-Pétersbourg.

organes hématopoïétiques pour y activer la formation de nouveaux globules sanguins.

Il faut encore ajouter à l'action du sang transfusé l'augmentation du degré de coagulation; celle-ci se fait dans un temps beaucoup moindre qu'avant la transfusion, en moyenne de quatre à six minutes au lieu de huit à douze avant l'opération; la transfusion favorise donc l'hémostase.

Dans les cas assez fréquents où des phénomènes de shock s'ajoutent aux signes d'anémie aiguë, l'indication de la transfusion du sang n'est que plus formelle, de l'avis de tous les auteurs, car l'anémie constitue l'élément principal du shock, dont l'hémorragie a été la cause déterminante. Par contre, la transfusion semble n'être d'aucune utilité lorsque les accidents relèvent uniquement du shock, opératoire ou traumatique, sans hémorragie notable concomitante.

Les auteurs anciens faisaient généralement la transfusion de veine à veine, ou plutôt ils recueillaient le sang par phlébotomie et le réinjectaient ensuite au malade. Il arrivait souvent qu'au cours de l'opération le sang se coagulait, d'où des accidents plus ou moins graves. La coagulation était donc le grand danger que les auteurs ont cherché à éviter. Certains préconisèrent l'emploi du sang défibriné, mais son action paraît inférieure à celle du sang complet.

Le sang complet peut être introduit dans la circulation par plusieurs voies. Dans la crainte de la coagulation on a proposé l'injection sous-cutanée, ou intrapéritonéale; ces deux méthodes ne présentent que des inconvénients, et la transfusion directe doit être aujourd'hui préférée, avec les perfectionnements apportés dans la technique opératoire; les procédés varient un peu suivant les auteurs, mais la plupart consistent à anastomoser bout à bout une artère du donneur, presque toujours l'artère radiale, avec une veine périphérique du transfusé, de telle façon que le sang reste toujours en contact avec l'endothélium des vaisseaux. Cette anastomose artério-veineuse peut être réalisée de plusieurs façons, et c'est en cela que diffèrent les différentes méthodes (Carrel, Crile, Hartwell, Tuffier, etc.) dans le détail desquelles nous n'entrerons pas; qu'il nous suffise de dire que l'une des plus faciles à exécuter paraît être celle de Crile au moyen de la canule modifiée par Elsberg. L'emploi de tubes anastomotiques comme celui de M. Tuffier est aussi très simple et ne semble pas présenter de danger de coagulation.

On s'assurera, autant que possible, que le sang du donneur et celui du transfusé sont sans action l'un sur l'autre au point de vue de l'hémolyse et de l'agglutination par des essais préalables. A défaut du temps nécessaire pour faire ces épreuves, on choisira le donneur parmi les proches parents du malade.

Quelles peuvent être, en obstétrique, les indications de la transfusion du sang? Elles sont au nombre de quatre que nous allons passer rapidement en revue: hémorragies puerpérales, grossesses extra-utérines rompues, éclampsie, hémorragies des nouveau-nés.

I. Les *hémorragies obstétricales* et spécialement celles qui succèdent à la délivrance représentent le type de la perte sanguine survenant chez un individu sain et, à ce titre, elles devaient, a priori, fournir à la transfusion matière à de nombreux succès; l'expérience clinique n'a pas démenti, loin de là, cette attente. Si les cas publiés de transfusion au cours de l'accouchement ne sont pas très nombreux, la cause en est que les moyens sont multiples, et le plus souvent efficaces, de lutter contre l'anémie aiguë des hémorragies obstétricales; on ne recourt à l'opération de la transfusion, aux conditions matérielles longues, complexes, parfois difficiles à remplir, que dans les cas vraiment presque désespérés et, même ainsi désavantagée, cette thérapeutique a, pour ainsi dire, toujours amené la guérison, on a même dit la « résurrection » de l'accouchée (1).

(1) A. Levant. Loc. cit., p. 399

Cette méthode a d'ailleurs fait depuis longtemps l'objet de nombreuses discussions parmi les accoucheurs; alors que Depaul et Blot la considéraient comme dangereuse, car elle expose à l'entrée de l'air dans les veines et aux embolies (et ces craintes s'expliquent par la technique employée à l'époque), Cazeaux l'autorisait « comme un moyen extrême à employer dans quelques cas désespérés, mais sur lequel il ne faut pas trop compter »; et cependant Oré rapporte 46 observations avec 38 guérisons, et Roussel (de Genève) 12 cas avec 50 p. 100 de guérison.

Depuis que l'on fait la transfusion par anastomose directe des vaisseaux, il n'y a encore que peu d'observations d'hémorragies puerpérales traitées par ces méthodes; la première observation semble être celle de Season et Lee, rapportée par Crile (1), concernant une hémorragie de la délivrance: la malade ayant perdu une grande quantité de sang et ne se remontant pas malgré 800 centimètres cubes de sérum artificiel, on fit la transfusion; les suites furent des plus heureuses. Clarence Sichel (2) rapporte peu après à l'Académie de médecine de New-York une observation à peu près analogue d'hémorragie profuse de la délivrance et suivie, elle aussi, de guérison après transfusion.

En France, la première observation est celle que communiquèrent, le 8 mai 1912, Tuffier et Lepage à la Société de chirurgie; pour des raisons purement matérielles, on intervint trop tard et la malade mourut pendant que l'on pratiquait la transfusion, il s'agissait encore d'une hémorragie de la délivrance.

D'autres observations ont été publiées depuis lors et ont permis d'enregistrer des succès. Oui et Lambert (3) pratiquèrent la transfusion pour une hémorragie rétroplacentaire suivie de shock intense. Puis ce sont les observations de Ribemont-Dessaignes et Marcille (4) en France, de Flörcken (5) en Allemagne, de Santoro (6) en Italie.

Deux observations récentes rapportées par Jeannin et Roux-Berger (7) concernent deux accouchées atteintes d'infection et de grave anémie posthémorragique; elles sont des plus intéressantes à lire dans le détail et ont été suivies toutes deux d'un plein succès; il faut surtout noter que, dans ces deux observations, c'est l'élément infectieux qui dominait la scène; très peu de sang fut infusé: la transfusion n'agit donc pas là d'une façon mécanique, mais il semble, au dire des auteurs, que le mode d'action ait été d'ordre biologique; que c'est parce qu'on a introduit dans l'organisme, outre des globules sanguins neufs, un sérum vivant contenant de nombreux produits organiques tout élaborés, qu'on a pu agir efficacement sur les différents organes des deux malades et leur permettre à leur tour de lutter contre l'hémorragie et l'infection.

Il semble bien, en lisant toutes ces observations d'hémorragies puerpérales pures, ou accompagnées de shock, ou d'infection, que dans quelques-unes d'entre elles la transfusion ait été le moyen héroïque auquel, seul, la malade ait dû la vie. Mais il faut bien dire que ce n'est que rarement qu'on aura l'occasion de recourir à cette intervention; dans la grande majorité des cas, en effet, le médecin sera suffisamment armé avec les moyens habituels, délivrance artificielle, tamponnement et, au besoin, injections d'ergotine, joints aux excitants

(1) Season et Lee, in Crile. Grave hémorragie post partum, transfusion, guérison.

(2) Sichel. La transfusion du sang en obstétrique et gynécologie, *New-York med. Journ.*, no 14, 2 avril 1910.

(3) Oui et Lambert. Transfusion pour hémorragies par décollement du placenta normalement inséré, état désespéré, guérison, *Acad. de méd.*, 25 oct. 1912.

(4) Ribemont-Dessaignes, in Leborgne. Th. de Lille, 1912-1913.

(5) Flörcken. *Münch. med. Woch.*, no 49, 3 déc. 1912.

(6) Santoro. *Arch. ital. di ginecol.*, no 1, 1913.

(7) Jeannin et Roux-Berger. *Arch. mens. d'obstét. et de gynécol.*, déc. 1913.

généraux, éther, huile camphrée, caféine et aux injections de sérum artificiel. La transfusion pourra être surtout utile dans les cas où le shock se joint à l'hémorragie. On peut espérer, avec MM. Delbet et Lepage, que dans les cas de rupture, ou d'inversion de l'utérus, on pourra peut-être empêcher de mourir quelques-unes des femmes que, jusqu'ici, il était impossible de tirer d'affaire (1).

II. *Grossesse extra-utérine.* — Dans les cas d'inondation péritonéale, lorsqu'on hésite à opérer la malade avant d'avoir remonté son état général, on pourrait, avec avantage, pratiquer la transfusion ainsi que l'ont fait certains chirurgiens américains (Hartwell, Dorrance et Ginsbourg); d'autant que certains auteurs ont soutenu qu'il pouvait être nuisible d'essayer, avant l'intervention, de remonter les malades à l'aide des injections de sérum; ils prétendent que le sérum, en augmentant la pression artérielle, peut faciliter la continuation de l'hémorragie. La transfusion présenterait sur l'injection saline l'avantage d'augmenter le degré de coagulabilité du sang, ainsi que nous l'avons dit précédemment.

M. Delbet (2) affirme que la transfusion n'est que rarement nécessaire dans les hémorragies dont la source peut être atteinte et tarie; et, de fait, bien souvent des malades atteintes de grossesse extra-utérine rompue sont opérées dans des conditions qui paraissent laisser peu d'espoir, ce qui ne les empêche pas de se rétablir promptement dès qu'on a lié, ou extirpé la trompe et les vaisseaux qui saignent (Lefèvre).

III. *Eclampsie puerpérale.* — Il n'y a que trois observations publiées de transfusion sanguine dans des cas d'éclampsie; elles sont toutes trois américaines et dues à Crile (3), à Lance (4) et à Newell (5). Si l'on analyse ces trois observations, que l'on trouve publiées au long dans la thèse de Lefèvre, on se rend compte qu'il ne faut pas attribuer à la transfusion seule les succès obtenus dans les trois cas; d'autres moyens qui, seuls, peuvent être efficaces, ayant été mis en œuvre concurremment. Il semble donc qu'elle sera rarement indiquée dans l'éclampsie. On la réservera, dit Lefèvre, aux malades chez lesquels les méthodes ordinaires de traitement auront échoué. Dans les cas où la toxémie aiguë a paralysé les fonctions excrétoires, où il y a même quelques signes de dégénérescence du foie, elle pourra, peut-être, donner de bons résultats.

IV. *Hémorragies des nouveau-nés.* — Les observations de transfusion au cours des hémorragies graves des nouveau-nés sont relativement nombreuses et toutes d'origine étrangère. Il s'agit là évidemment d'une opération très délicate, étant donné le faible volume des vaisseaux sur lesquels on opère; mais c'est cependant la méthode qui, à l'heure actuelle, a donné les meilleurs résultats chez des enfants qui étaient presque à la mort. L'injection est généralement pratiquée dans la veine jugulaire externe.

A ces quatre groupes d'indications obstétricales de la transfusion du sang, nous devons ajouter une observation unique de Viannay (6) qui a traité un cas de *vomissements incoercibles* par une transfusion directe du sang d'une femme enceinte de huit mois : les vomissements disparurent dans les cinq jours qui suivirent la transfusion.

Nous ne pouvons mieux faire en terminant cet article que de reproduire les conclusions de l'intéressant travail de Levant :

En résumé, dans l'état actuel de la question, les indications obstétricales de la transfusion du sang semblent relativement restreintes. Cette méthode ne semble avoir donné d'une façon constante de bons résultats que dans les hémorragies mécaniques et dans celles des nouveau-nés; mais encore faut-il choisir les cas, et ne doit-on recourir à cette thérapeutique qu'après avoir épuisé en vain les moyens usuels de traitement.

Par contre, il semble qu'une quantité de sang transfusé, relativement minime, a un effet immédiat aussi bon qu'une abondante injection de sérum intraveineuse et que, surtout la supériorité de la transfusion apparaît dans les jours suivant l'intervention ; enfin, cette méthode semble avoir une action hémostatique des plus nettes dans les hémorragies d'origine mécanique.

M. DELESTRE.

(1) LEFÈVRE. Loc. cit., p. 61.
(2) DELBET. *Soc. de chir.*, 1er mai 1912.
(3) CRILE. Loc. cit.
(4) LANCE, in CRILE.
(5) NEWELL. *Boston med. and surg. Journ.*, 17 fév. 1910.
(6) VIANNAY. *Loire méd.*, n° 4, avril 1913.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1914)

M. LE PRÉSIDENT prononce l'éloge de M. Spillmann (de Nancy), récemment décédé.

Remèdes secrets. — M. MEILLÈRE lit une série de rapports, au nom de la commission des remèdes secrets, dont les conclusions sont adoptées.

Blessures des vaisseaux et des nerfs par les projectiles de guerre. — M. DELORME lit un rapport sur un travail de M. le professeur Laurent (de Bruxelles) sur les blessures des vaisseaux et des nerfs par les projectiles de guerre (campagne des Balkans). A la narration des faits signalés par l'ex-chirurgien des hôpitaux de Philippopoli et d'Andrinople, il ajoute ses idées personnelles sur le traitement de ces blessures.

Autrefois, les blessures des grosses artères par les projectiles étaient tout particulièrement graves. Le diamètre assez large des plaies rendait facile l'hémorragie extérieure. La compression immédiate suivie rapidement de la ligature en étaient les traitements. Avec les balles actuelles, pointues, à calibre réduit, l'hémorragie extérieure est moins fréquente, mais le sang s'épanche dans les tissus et forme un anévrisme qu'on a souvent le loisir d'opérer tardivement, d'où le conseil qui a été donné de ne plus faire de ligature dans les formations sanitaires, mais d'évacuer le blessé après avoir exercé une compression sur le trajet de l'artère. C'est là pour M. Delorme une mauvaise pratique qui, pendant le transport, expose le membre à la gangrène, aux hémorragies, à l'infection, comme l'a remarqué Manteufell pendant la guerre de Mandchourie. Revenir à la ligature, dans les formations sanitaires, quand l'hémorragie continue, immobiliser le blessé et le surveiller pour le faire transporter ensuite dans l'hôpital le plus proche, quand l'hémorragie est arrêtée, telle serait, pour lui, la conduite à suivre.

M. Laurent a eu à traiter un certain nombre d'anévrismes par l'incision de la poche ou l'extirpation. Ces opérations ne peuvent être le plus souvent entreprises que par un chirurgien de carrière en raison de leurs difficultés. M. le professeur Laurent a guéri ses opérés.

Le traitement des blessures des nerfs par les projectiles tire aujourd'hui profit des perfectionnements nouveaux de la thérapeutique chirurgicale depuis la suture jusqu'à l'anastomose. Mais, comme le remarque M. Delorme, les blessures des nerfs par les projectiles ou bien sont en général légères, ou étendues avec perte de substance. Dans le premier cas il ne saurait être question d'opérer, dans le second l'opération est aveugle. On ne sait pas les limites exactes des dégâts. Il

faut attendre, d'autant que dans des plaies susceptibles d'infection les sutures seraient vouées à l'insuccès. Ultérieurement, on libérera les nerfs, on enlèvera les névromes et on suturera ; on les dégagera des gangues fibreuses qui les compriment. C'est ce qu'a fait M. Laurent sur dix-neuf blessés.

Il a appliqué le traitement de Foranuti qui consiste à engainer le nerf dans un segment d'artère ou de veine de veau ou de mouton. Il a aussi engainé plusieurs nerfs en les enroulant dans un fragment d'aponévrose emprunté au blessé (fascia lata), procédé original mais qui ne lui a pas donné de succès. Le travail de M. le professeur Laurent est une contribution intéressante à l'étude des blessures des vaisseaux et des nerfs.

Discussion sur la réglementation de la vente des substances vénéneuses. — M. Lucet lit son rapport complémentaire sur ce sujet. Après une discussion à laquelle prennent part MM. Bourquelot, Hayem et Barié, les conclusions de ce rapport sont adoptées avec de légères modifications.

Cette discussion se terminera probablement dans la prochaine séance, et nous donnerons les conclusions définitives.

La lèpre. — Les conclusions du rapport de M. Netter (voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 12, p. 185) sont mises aux voix et adoptées.

Etude expérimentale sur la chirurgie des orifices du cœur. — M. Tuffier rend compte des expériences qu'il a faites avec le docteur Carrel à l'Institut Rockefeller à New-York. Elles ont pour but d'étudier le moyen de remédier à certains rétrécissements de l'aorte, de l'artère pulmonaire et de la valvule mitrale dans les cas où ces lésions sont progressives et incurables.

Après avoir établi que le cœur présente des régions facilement abordables pour le chirurgien alors que d'autres lui sont défendues, ils montrent que la circulation dans le cœur peut être interrompue pendant trois minutes sans danger, temps bien suffisant aux opérations les plus complexes. Ils décrivent ensuite le procédé qui leur est personnel. Il consiste en une section du rétrécissement avec mise d'une pièce empruntée à un autre vaisseau. Sur six expériences les quatre dernières ont pleinement réussi et les animaux sont encore vivants. On serait donc maintenant en possession d'une technique permettant d'espérer son application à la chirurgie humaine.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1914)

Nouveau cas de tintement métallique d'origine cardiaque chez une malade atteinte de pyopneumothorax. — MM. Lortat-Jacob, Gassier et J. Paraf. Chez une malade atteinte de pyopneumothorax les auteurs ont perçu nettement pendant quarante-huit heures un bruit métallique synchrone aux bruits cardiaques qui disparut par la suite.

Comme dans les cas précédents il s'agissait de pyopneumothorax gauche.

Syphilis et tuberculose. Action du salvarsan et du néosalvarsan. — MM. Jeanselme, A. Vernes et Marcel Bloch présentent treize observations de syphilis chez des tuberculeux traitée par le 606.

En aucun cas et quelque avancées que fussent les lésions pulmonaires, ils n'ont vu survenir d'hémoptysies après les injections.

Le traitement salvarsanique, s'il n'a pas arrêté les lésions arrivées au stade de ramollissement et de caverne, ne les a ni hâtées, ni aggravées; certains tuberculeux aux deuxième et troisième degrés ont même tiré du traitement un bénéfice passager.

Dans les cas de tuberculose au début l'action des injections de salvarsan et de néosalvarsan a été très efficace, l'état général s'est relevé rapidement, le poids des malades a augmenté, l'anémie, l'asthénie, la dyspnée se sont atténuées; dans un cas la fièvre a été nettement supprimée par le traitement; dans un autre cas l'évolution d'une tuberculose pulmonaire hémoptoïque est arrêtée depuis deux ans et demi.

Chez les syphilitiques atteints de tuberculose, hormis les cas de cachexie très avancée, le traitement salvarsanique manié avec prudence est le traitement de choix. Les réactions individuelles de chaque malade doivent être minutieusement éprouvées par de très petites doses d'essai au début du traitement.

Par contre, les auteurs font toutes réserves sur l'emploi de ce traitement dans les tuberculoses à marche aiguë.

Méningite saturnine et réaction de Wassermann. — MM. Œttinger, P.-L. Marie et Baron signalent chez un homme employé à la fabrication du minium et intoxiqué d'une façon massive par le plomb, qui présentait des troubles gastro-intestinaux et des symptômes généraux (asthénie profonde, diminution considérable de la force musculaire avec abolition des réflexes sans paralysie vraie), la présence d'une réaction de Wassermann positive dans le sang et le liquide cérébro-spinal en l'absence de toute syphilis. Il existait, en outre, une lymphocytose modérée et de l'hyperalbuminose rachidiennes. Réaction de Wassermann, lymphocytose et hyperalbuminose disparurent en même temps que les signes cliniques dus à l'intoxication saturnine. Ce cas de réaction de Wassermann positive au cours d'accidents saturnins confirme les faits analogues déjà rapportés par Dreyer, Schnitter, Field et Dreesen et montre quelles difficultés présente la solution de la question si controversée des rapports du plomb et de la syphilis dans l'étiologie des accidents nerveux du saturnisme.

Méningite aiguë à coli-bacille. Evolution vers la guérison. Mort par épendymite aiguë suppurée. — MM. Braillon et Pierre Merle (d'Amiens). Le point de départ paraît être utérin, par infection puerpérale. La maladie évolue en trois périodes de dix jours chacune. La première est marquée par l'élévation thermique considérable, les signes de méningite cérébro-spinale. Le liquide céphalo-rachidien est purulent et permet d'obtenir en cultures pures un bacille ayant tous les caractères du coli-bacille. Le sérum et le liquide céphalo-rachidien de la malade agglutinent les cultures. La deuxième période montre l'évolution vers la guérison : le liquide céphalo-rachidien devient presque complètement clair, sa formule cytologique évolue vers la lymphocytose, il est stérile. La troisième période est marquée par la réascension thermique, l'aggravation des symptômes généraux et cérébraux, et terminée par la mort. L'autopsie révèle la guérison des méninges et la cause de la mort provoquée par une épendymite aiguë suppurée. Les deux ventricules cérébraux sont presque remplis de pus. Ce cas très typique, en dehors de l'intérêt bactériologique, les méningites à coli-bacille étant rares, montre que l'épendymite peut expliquer certaines « réitérations inflammatoires » au cours des méningites et la réascension thermique quand le liquide rachidien demeure clair. La forme clinique précisée par leur observation peut être appelée : épendymite aiguë suppurée, complication de méningite à son déclin.

La débilité surrénale et les accidents dus au salvarsan. — M. Emile Sergent. Les réflexions que la récente communication de M. Joltrain a inspirées à MM. Milian et L. Bernard sur le rôle possible de l'insuffisance surrénale dans les accidents consécutifs aux injections de salvarsan engagent l'auteur à étudier l'une des modalités pathogéniques de l'insuffisance surrénale dans les infections et les intoxications.

A côté des lésions aiguës, inflammatoires, dégénératives ou hémorragiques que les infections et les intoxications peuvent provoquer dans les glandes surrénales, et qui, par leur intensité, font naître les accidents aigus de l'insuffisance surrénale, il convient, en effet, de faire une place importante à une autre cause, l'auteur veut dire à la défaillance de la fonction surrénale en face d'un excès de poison subitement introduit dans l'organisme. Quel que soit le mécanisme du rôle antitoxique de la fonction surrénale, celui-ci ne saurait être mis en doute; les expériences récentes de J. Camus et R. Porak l'établissent une fois de plus. Or, il est des sujets chez lesquels la fonction surrénale est réglée en quelque sorte pour un petit service; dès qu'un surcroît de travail lui est imposé, elle devient insuffisante; l'organisme fléchit devant une tâche qui est « au-dessus de ses forces surrénales ». Cette débilité surrénale, qui peut être congénitale, est le plus souvent acquise; elle résulte alors des séquelles laissées dans les glandes surrénales par une atteinte antérieure ou chronique. Elle se traduit par les signes de la petite insuffisance surrénale (tendance à la fatigue, à l'apathie, à l'hypotension...) et menace de se transformer brusquement en insuffisance surrénale aiguë à l'occasion de circonstances intercurrentes qui imposent à la fonction surrénale un travail qui dépasse ses forces (tels le surmenage, le traumatisme accidentel ou opératoire et surtout les infections et les intoxications, même légères). Cette notion pathologique a une importance pratique considérable; les bons effets de l'opothérapie surrénale dans les accidents consécutifs à la médication de la syphilis par le salvarsan en sont une preuve nouvelle à ajouter à celles qu'elle a déjà fournies dans les grandes infections et intoxications (diphtérie, scarlatine, fièvre typhoïde, intoxications alimentaires, chloroformique, gravidique...).

Inhalateur oxyfume du docteur Braunberger. — M. L. Rénon présente un inhalateur très ingénieux imaginé par le docteur Braunberger. Cet appareil de petit volume dégage de l'oxygène formé par l'action de l'eau froide sur l'oxylithe. Par suite de la chaleur intense développée par cette réaction chimique, l'appareil permet de faire inhaler des vapeurs médicamenteuses chaudes transportées par un courant d'oxygène naissant.

Saturnisme, paralysie générale et réaction de Wassermann. — MM. Sicard et Reilly ont eu l'occasion de rechercher la réaction de Wassermann chez un certain nombre de sujets atteints d'intoxication saturnine aiguë, ou chronique, avec ou sans réactions méningées. L'épreuve faite, à l'aide du liquide céphalo-rachidien, ou du sérum sanguin, s'est toujours montrée négative.

L'éclosion d'une paralysie générale typique chez un saturnin ne relève pas de l'intoxication par le plomb. La syphilis en est responsable. Dans ce cas, la réaction de Wassermann est franchement positive. Les auteurs ajoutent un nouveau fait de paralysie générale chez un saturnin, ancien syphilitique, avec réaction de Wassermann positive, à ceux qu'ils avaient étudiés déjà, en 1910, avec M. Marcel Bloch.

La ponction du disque intervébral : incident au cours de la rachicentèse chez l'enfant. — M. Pierre Merle (d'Amiens). Il peut arriver, chez l'enfant, que l'aiguille de la ponction lombaire pénètre dans le disque intervertébral, sans que la main de l'opérateur soit avertie par une sensation appréciable de résistance. Si l'aiguille est demeurée perméable, si elle est entrée assez profondément et si l'enfant fait des mouvements qui immobilisent ses vertèbres, on peut voir sortir par le pavillon de l'aiguille une substance blanchâtre mi-sirupeuse, mi-gélatineuse, restant, en suspension dans l'eau, sous forme de flocons. Après l'évacuation spontanée il ne s'écoule aucun liquide. Cette substance sort comme de la vaseline sort d'un tube que l'on presse. Elle provient du noyau gélatineux du disque intervertébral. Les préparations montrent des amas cellulaires et des éléments homogènes, réfringents, prenant surtout les colorants basiques, formant des corpuscules arrondis, filamenteux, se présentant parfois sous forme de pseudo-levures avec pseudo-bourgeonnement. Cet incident s'est produit au cours d'une ponction lombaire chez une enfant de six ans atteinte d'ataxie aiguë (Soc. méd. des hôpit. de Paris, 17 oct. 1913). L'auteur n'a pu, à ce moment, donner l'explication du phénomène.

COURS ET CONFÉRENCES

COURS D'OPÉRATIONS ET APPAREILS. (Professeur : M. Aug. Broca.) — M. le professeur Aug. Broca, à partir du 1er mars, dirigera les travaux pratiques en assistant, après les cours de MM. les prosecteurs, à la répétition des opérations par les élèves.

Enseignement complémentaire : cours sur le traitement chirurgical des maladies du thorax et de l'abdomen professé par MM. les agrégés de la section de chirurgie, les mardis, jeudis et samedis, à quatre heures, grand amphithéâtre de l'Ecole pratique.

CLINIQUE ANNEXE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. (Hôpital Lariboisière, service de M. Pierre Sebileau.) — Tableau des cours et conférences du semestre d'été 1914 :

1° *Enseignement clinique permanent.*

2° *Cours pratique et élémentaire de clinique oto-rhino-laryngologique.* — Ce cours (avec présentation et examen de malades) commencera le mardi 3 mars, à neuf heures (hôpital Lariboisière, salle des conférences). Il se continuera les jeudis, samedis et mardis suivants jusqu'à Pâques. Il sera fait par les assistants et internes du service. Ce cours est obligatoire et gratuit pour les stagiaires du service. Pour les autres auditeurs, le droit à verser est de 50 francs. Se faire inscrire dans le service.

3° *Cours complémentaire de perfectionnement.* — Cet enseignement sera fait sous la direction de M. Sebileau; il comprendra : *a.* des conférences d'anatomie chirurgicale spéciale, par M. Grivot, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux; ces conférences auront lieu les lundi 16, mercredi 18 et vendredi 20 mars 1914, à deux heures trente, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux; *b.* un cours d'opérations spéciales, par MM. Sebileau, Lemaître et Grivot, oto-laryngologistes des hôpitaux; ce cours commencera à deux heures trente, le lundi 23 mars 1914, à l'amphithéâtre des hôpitaux; il se continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants; il comprendra dix leçons; *c.* des conférences sur l'acoumétrie et l'examen des appareils acoustique et vestibulaire, par M. Halphen; ces conférences auront lieu le matin, à l'hôpital Lariboisière, les 21, 22, 23 avril 1914; *d.* des conférences théoriques et pratiques de broncho-œsophagoscopie, par M. Lemaître; ces conférences auront lieu le matin, à neuf heures, à l'hôpital Lariboisière, les mardi 28, mercredi 29, jeudi 30 avril 1914, et l'après-midi à l'amphithéâtre des hôpitaux, à deux heures, le vendredi 1er mai 1914; *e.* des conférences d'anatomie pathologique et de bactériologie à l'usage des spécialistes; ces conférences auront lieu du 4 au 10 mai 1914.

Le droit à verser pour l'enseignement complémentaire est de 150 francs. On peut s'inscrire pour un seul cours; le droit à verser est de 60 francs, sauf pour le cours d'opérations spéciales, dont le droit est de 80 francs.

Se faire inscrire dans le service.

Des certificats d'assiduité pourront être délivrés aux élèves à la fin des cours.

ANALYSES

UROLOGIE

Traitement des grosses tumeurs vésicales. (HEITZ-BOYER. *Journ. d'urol.*, 1913, n° 5.) — En général la grosse tumeur vésicale est extirpée par voie hypogastrique; la petite tumeur vésicale est détruite par les voies naturelles au moyen de la fulguration; mon maître, M. Heitz-Boyer, dans les cas de grosses tumeurs vésicales combine les deux procédés et cela présente un gros avantage, car le procédé mixte n'expose pas, comme l'opération purement sanglante par la voie sus-pubienne, aux récidives; la destruction de la tumeur est complète.

Voici comment fit M. Heitz-Boyer :

L'opération est menée en deux temps :

1° Dans un *premier temps* on pratique une taille hypogastrique comme pour une prostatectomie; ouverture très large; l'opérateur reconnaît la tumeur vésicale et place un clamp coudé sur son pédicule puis une ligature au-dessous du clamp; la tumeur est alors enlevée; le clamp est retiré; le tout dure cinq minutes; l'anesthésie locale suffit; la vessie n'est pas refermée; on la rétrécit simplement par l'incision et on place un drain hypogastrique comme après la prostatectomie; le gros drain est remplacé par la série décroissante des tubes de Marion; au bout de dix jours on met une sonde à demeure et en trois semaines la vessie est fermée.

2° *Deuxième temps.* — Quinze jours après que la vessie est fermée, on pratique le second temps, c'est-à-dire la destruction endoscopique par la haute fréquence du moignon néoplasique : c'est, en effet, ce moignon qui provoque la récidive; le chirurgien fait une cystoscopie, il aperçoit le moignon, puis, en deux ou trois séances, à l'aide de la fulguration, il le détruit; Heitz Boyer a donné la preuve de l'action de la haute fréquence sur toutes les tumeurs vésicales; elle permet, seule, la destruction d'une tumeur du volume d'une pêche; toutefois il est bon de ne pas avoir recours à la haute fréquence seule quand le papillome est trop volumineux à cause des manœuvres trop fréquentes qui sont nécessaires; il est préférable de faire l'opération en deux temps ; enlever la presque totalité de la tumeur par l'opération sanglante et détruire le pédicule par voie endoscopique, c'est le moyen d'éviter les récidives ou greffes, le « cauchemar » du chirurgien qui traite les néoplasies vésicales. R. DE BUTLER D'ORMOND.

Traitement de la chaudepisse. (Jules JANET. *Journ. d'urol.*, n° 5, nov. 1913.) — L'auteur donne de nouveau quelques documents sur le traitement antiseptique de la blennorragie confirmée; tout travail provenant de cet auteur d'une expérience considérable sur la question est toujours intéressant; il est deux agents dont il se sert particulièrement, c'est le permanganate de potasse et le protargol; mais comment faut-il les employer?

A. *Dose.* — La question de dose est très importante. Janet donne le permanganate de potasse à la dose de 10 centigrammes p. 1000 dans les cas très aigus, 25 centigrammes dans les cas subaigus et 30 centigrammes dans les cas de guérisons apparentes; la dose de 10 à 15 centigrammes p. 1000 ne doit pas être dépassée dans les états tant soit peu aigus, il faut également recourir à cette dose faible, quand on tente pour la première fois de pénétrer dans la vessie : dans le premier cas il est nécessaire de produire aussi peu de réaction possible; dans le second cas, il faut éviter au malade toute sensation douloureuse pour faciliter la pénétration vésicale.

Après un traitement semblable de trois semaines, si on voit encore des gonocoques actifs dans l'écoulement ou les filaments et si cet écoulement persiste plusieurs jours de suite sans trace d'amélioration, il faut élever la dose de permanganate de 30 centigrammes à 35; autrement dit il faut que l'urologue surveille l'accoutumance urétrale et que, au fur et à mesure que l'écoulement se produit, il augmente progressivement et légèrement les doses; si le traitement dure longtemps il peut être conduit à la dose de 40 centigrammes p. 1000; ils sont souvent bien tolérés dans les cas rebelles, mais si on atteint des fortes doses, il est bon de laver l'urètre à l'eau bouillie après l'injection de permanganate, pour ne pas provoquer un suintement visqueux persistant. Toutefois, Janet préfère ne jamais dépasser 40 centigrammes de permanganate p. 1000, et alors, si cela ne suffit pas il le remplace par le protargol à la dose de 1 à 5 grammes p. 1000; ce changement de tactique a souvent un très bon effet et permet d'obtenir rapidement la guérison.

B. *Les intervalles des lavages* jouent un rôle très important et doivent être d'autant plus rapprochés que l'acuité de la maladie est plus grande, il faut en faire 2 par jour en cas de blennorragie aiguë, un lavage par vingt-quatre heures suffit, seulement au bout de quelques jours, alors que le gonocoque a commencé à perdre son activité c'est-à-dire au bout de quatre à cinq jours; l'intervalle de vingt-quatre heures doit être poursuivi jusqu'à disparition complète du premier verre et jusqu'à disparition complète des gonocoques dans les filaments. Quand on a obtenu ce résultat, il faut quand même faire encore deux lavages à vingt-quatre heures d'intervalle, de manière que le malade reste sans aucune suppression pendant trois jours. « Il est bien entendu, dit Jules Janet, que le dimanche n'est pas un jour de repos pour l'urètre blennorragique »; il voit à chaque instant des malades que des confrères n'ont pas réussi à guérir, tout simplement parce qu'ils n'ont pas voulu les laver le dimanche, ainsi une blennorragie qui aurait pu guérir rapidement devient chronique et incurable, rien que par ce fait qu'on a supprimé un jour au cours du traitement, il est donc nécessaire de continuer avec persévérance : la façon d'appliquer le médicament est plus important que le médicament lui-même et c'est là que l'expérience d'un urologue peut nous être d'un si précieux secours.

R. DE BUTLER D'ORMOND.

FORMULAIRE

ENTÉRITES CHRONIQUES ET DIARRHÉES

Le képhir est un aliment excellent contre les diarrhées des hypopeptiques parce qu'il n'irrite pas l'intestin et que ses ferments exercent une action destructive non seulement sur les microbes intestinaux, mais aussi sur leurs toxines.

Donner le « Képhir Salières » à la dose d'un verre toutes les deux heures, pur ou coupé d'eau de Vals au début.

NOTES POUR L'INTERNAT

Complications de la méningite cérébro-spinale épidémique [1].

II. COMPLICATIONS TARDIVES, SÉQUELLES. — *A.* **Complications nerveuses.** — Les complications nerveuses relèvent soit de lésions de l'axe cérébro-spinal ou des nerfs concomitantes des lésions méningées (encéphalite, myélites,

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 21, p. 333.

radiculites, polynévrites), soit de l'organisation fibreuse cicatricielle des méninges enflammées (Courtellemont, Voisin); les symptômes qui traduisent l'atteinte du système nerveux peuvent être divisés en trois groupes : moteurs, sensitifs, mentaux; une place à part doit être réservée à l'hydrocéphalie.

a. Troubles moteurs. — Ils consistent spécialement en paralysies : si les lésions qui les provoquent siègent au niveau de l'encéphale, il s'agira de paralysies spasmodiques; si elles atteignent les cornes antérieures ou les nerfs périphériques, les paralysies seront flasques; il s'y adjoindra des troubles sensitifs, si les racines ou les nerfs sont lésés. La *paralysie spasmodique* est la forme la plus fréquemment observée : tout se réduit dans quelques cas, à la constatation d'un peu de raideur, du tremblement des membres, de l'exagération des réflexes; on peut observer exceptionnellement parfois une quadriplégie; la forme hémiplégique, avec ou sans aphasie et paralysie faciale, est bien connue depuis les recherches de Florand, Netter, Castaigne et Rivet. Les *paralysies flasques* sont rares, surtout depuis que l'on a appris à distinguer la paralysie infantile épidémique (maladie de Heine-Medin), de la méningite cérébro-spinale; l'erreur souvent commise à ce propos d'ailleurs est de prendre la forme méningée de la paralysie spinale épidémique pour une méningite cérébro-spinale; le diagnostic se fait, dans bien des cas, uniquement par l'examen du liquide céphalo-rachidien et par l'exploration électrique. Néanmoins on a observé parfois, à la suite d'une méningite cérébro-spinale, l'apparition de symptômes rappelant ceux d'une poliomyélite pure, avec atrophie et guérison possible, ou persistance de paralysies localisées à des nerfs périphériques.

b. Troubles sensitifs. — Ils sont très rares; Widal et Lemierre signalent une sciatique persistante, d'autres auteurs ont noté l'existence de symptômes syringomyéliques.

c. Séquelles psychiques. — Parfois les troubles mentaux apparus pendant la méningite persistent, s'aggravent même et peuvent entraîner la mort : il s'agit là de démence post-méningitique; parfois les troubles psychiques ne se sont révélés qu'assez longtemps après la guérison apparente de la méningite : ils consistent en troubles de l'activité intellectuelle, de l'intelligence; ils apparaissent plus fréquemment chez l'enfant dont le cerveau en état de développement est plus vulnérable que celui de l'adulte. Ils semblent liés à un processus de méningite chronique; la guérison est possible mais souvent elle est incomplète; il en résulte alors une infirmité incurable; on est autorisé à penser que l'épilepsie peut succéder, dans certaines conditions, à des lésions atténuées des méninges.

d. Hydrocéphalie. — L'hydrocéphalie peut succéder directement à la méningite, elle peut n'apparaître que tardivement, marquant ainsi une sorte de rechute, démontrée d'ailleurs par l'examen du liquide céphalo-rachidien retiré par la ponction ventriculaire, liquide contenant des méningocoques; si la méningite a passé inaperçue, l'hydrocéphalie peut paraître primitive. La pathogénie relève de deux mécanismes (Harvier et Schreiber) : il peut s'agir soit d'hypersécrétion du liquide ventriculaire par épendymite, soit de dilatation des ventricules, relevant de la rétention du liquide céphalo-rachidien, rétention occasionnée par l'oblitération des trous de Magendie ou de Luschka, ou des espaces périvasculaires de l'épendyme. Ce syndrome ventriculaire provoque chez le jeune enfant une hydrocéphalie très nette et chez l'enfant plus âgé des accidents d'hypertension intracranienne, avec vomissements, stase papillaire, céphalée, phénomènes démentiels, etc. On a préconisé contre ces accidents la ponction des ventricules et l'injection intraventriculaire du sérum antiméningococcique.

B. **Complications des organes des sens.** — Ces complications sont parmi les plus fréquentes et les plus sévères des complications de la méningite cérébro-spinale épidémique; elles relèvent de deux mécanismes assez différents; tantôt elles succèdent à une lésion centrale, tantôt elles sont le résultat d'une infection endogène ou exogène, atteignant directement ou indirectement les organes des sens. Ce sont les complications auriculaires que l'on rencontre le plus souvent.

Complications auriculaires. — L'otite moyenne est relativement rare; lorsqu'elle se rencontre, elle occasionne une surdité bénigne, passagère, sans gravité; il n'en est pas de même de l'otite interne et des lésions nerveuses concomitantes, qui sont relativement fréquentes et laissent à leur suite, comme séquelle souvent définitive, la *surdité*, et chez le tout petit enfant la *surdi-mutité*. Parfois il est impossible de mettre en évidence une lésion appréciable de l'oreille; on est alors obligé d'attribuer la surdité à une lésion du plancher du quatrième ventricule, à une altération des noyaux d'origine des nerfs acoustiques, parfois à l'hypertension intracranienne. Le plus souvent le nerf acoustique est altéré; Gradenigo a montré comment l'infiltration purulente méningée suit la voie tracée par le conduit auditif interne, le limaçon, les canaux semi-circulaires; les rameaux du nerf sont infiltrés, puis ils dégénèrent et l'évolution cicatricielle scléreuse des méninges achève souvent l'atrophie d'un nerf qui paraissait sain au cours de la méningite; parfois il s'agit de labyrinthites; les terminaisons cochléaires sont atteintes grâce aux communications existant entre les espaces sous-arachnoïdiens et les espaces péri et endo-lymphatiques (Lermoyez), cette dernière variété est de beaucoup la plus sévère.

Le plus souvent la surdité n'apparaît que du troisième au quatrième jour; parfois elle apparaît après la disparition des accidents méningés; elle est le plus souvent bilatérale; souvent elle n'est que partielle; elle présente tous les caractères de la surdité centrale; la guérison ne survient en général jamais s'il s'agit de lésions labyrinthiques; en dehors de ces cas on a pu observer soit son atténuation permettant alors la rééducation de l'ouïe, soit sa disparition plus ou moins complète. Lorsqu'une surdité complète survient chez le jeune enfant, elle entraîne presque fatalement la surdi-mutité.

Complications oculaires. — L'appareil visuel tout entier peut être atteint, aussi bien les membranes externes et internes, que la musculature intrinsèque ou extrinsèque. La *conjonctivite aiguë* avec inflammation purulente est fréquente. On a pu déceler dans l'exsudat inflammatoire un diplocoque intracellulaire que l'on a identifié au méningocoque.

Les *ulcérations de la cornée* s'observent dans quelques cas. Terrien et Bourdier ayant constaté la diminution de la sensibilité de la cornée et de l'exophtalmie par cellulite orbitaire, pensent qu'il s'agit d'un véritable syndrome neuro-paralytique par altération de la branche ophtalmique du trijumeau; l'anesthésie cornéenne et l'absence habituelle de clignotement palpébral sont d'ailleurs deux symptômes de réelle valeur au cours de la méningite cérébro-spinale.

Les modifications de la *pupille* sont intéressantes à étudier; à la période d'état de la méningite, on note plus spécialement la mydriase par lésion discrète de l'innervation du sphincter de l'iris; lorsque les phénomènes d'excitation (contractures, convulsions) dominent, on note plutôt le *myosis*. L'*inégalité pupillaire* est fréquente. Les *réflexes à la lumière* sont souvent diminués; leurs modifications peuvent persister après la guérison de la méningite; c'est ainsi que l'on a signalé la persistance du myosis, de la mydriase, etc.

Les *paralysies des nerfs moteurs* de l'œil ont été observées 8 fois sur 44 cas par Terrien et Bourdier; c'est surtout la sixième paire, plus rarement la troisième paire, qui sont atteintes; la lésion est le plus souvent unilatérale et s'accompagne de strabisme, diplopie, ptosis; ces paralysies sont ordinairement transitoires, parfois elles peuvent persister.

Les *iritis*, les *irido-choroïdites* sont d'une fréquence variable suivant les épidémies; Uhtoff signale l'*ophtalmie métastatique suppurée* dans 5 p. 100 des cas; cette ophtalmie se complique rapidement d'hypopion, d'atrophie de l'œil. On a signalé également le phlegmon de l'orbite.

Nous allons étudier maintenant les lésions du fond de l'œil que tout clinicien doit systématiquement faire rechercher chez les malades, alors même que ceux-ci n'accusent aucun trouble de la vision.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LÉVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 25. — SAMEDI 28 FÉVRIER 1914. 87e ANNÉE. SAMEDI 28 FÉVRIER 1914. — N° 25.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, **10** francs par an. Étudiants étrangers, **15** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **5 fr. 50.** — 6 mois : **11 fr.** — 1 an : **20 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin de l'assistance médicale a domicile. — Un concours pour la nomination à six places de médecin de l'assistance médicale à domicile sera ouvert le lundi 18 mai 1914, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel), de dix heures à trois heures, du mercredi 15 avril au samedi 2 mai 1914 inclusivement.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Grenoble. — Des concours seront ouverts courant juin 1914 pour la nomination d'un médecin adjoint et d'un chirurgien urologiste adjoint des hôpitaux de Grenoble.

Les épreuves auront lieu dans une des sept villes de la Métropole, sièges de Facultés de médecine. Cette ville sera désignée par le sort.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration des hospices, avant le 15 mai 1914.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours pour l'adjuvat. — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 11 mai 1914, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves de la Faculté, français ou naturalisés français, sont admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au 2 mai inclusivement.

Les aides d'anatomie entreront en fonctions le 1er octobre 1914.

— Concours pour le prosectorat. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 18 mai 1914, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au 9 mai inclusivement.

Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1914.

GUERRE. — Corps de santé des troupes coloniales. — M. le médecin inspecteur Simond, membre du comité consultatif de santé, a été nommé directeur du service de santé des troupes du groupe de l'Indochine à Hanoï, en remplacement de M. le médecin inspecteur Clarac, dont la période de séjour colonial va expirer.

— Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle du 24 février 1914 :

Médecins-majors de première classe. — MM. Benoit dit Becker passe aux salles militaires de l'hospice mixte de Châlons-sur-Marne; Larrieu, aux salles militaires de l'hospice mixte de Commercy; Marie est nommé médecin chef de l'hôpital militaire de Verdun.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Combe passe au 3e génie; Malaspina, au 12e d'artillerie; Sirot est désigné pour l'Algérie; Melnotte passe au 3e chasseurs à cheval; Goudeyras, au 5e dragons; Sciaux est désigné pour la Tunisie; Bories, pour l'Algérie; Renoux, pour les troupes d'occupation du Maroc occidental; Clot est affecté au 11e escadron du train des équipages.

LES EXPERTISES EN MATIÈRE D'ACCIDENT DU TRAVAIL. — La question suivante a été dernièrement discutée : si dans une ville ne comprenant qu'un petit nombre de médecins, tous attachés à des compagnies d'assurances, ou de chemins de fer, une expertise est ordonnée, peut-on faire appel à des praticiens éloignés de la localité. L'affirmative ne semble pas douteuse.

Aux termes de l'article 17, § 4, de la loi du 9 avril 1898,

RENSEIGNEMENTS

modifiée par celle du 22 mars 1902, toutes les fois qu'une expertise médicale sera ordonnée, soit par le juge de paix, soit par le tribunal ou par la Cour d'appel, l'expert ne pourra être le médecin qui a soigné le blessé, ni un médecin attaché à l'entreprise, ou à la société d'assurance à laquelle le chef d'entreprise est affilié.

Les circulaires des 25 juillet 1910 et 24 juin 1912 ont rappelé la règle ainsi formellement posée.

Elles ont, en outre, recommandé, tout en reconnaissant que la loi n'interdit pas de commettre un médecin attaché à une autre compagnie d'assurances, de ne jamais confier une expertise en matière d'accident du travail à un médecin attaché à une société d'assurance, à un syndicat de garantie contre les accidents du travail, ou encore à une entreprise s'assurant elle-même.

A cet effet, elles ont prescrit de mettre les médecins experts appartenant aux catégories susvisées en demeure d'opter entre leurs fonctions et leur maintien sur la liste, ou tout au moins de diviser la liste en deux parties, dont l'une ne comprendrait que les médecins pouvant être commis dans les affaires d'accident du travail.

Au cas où tous les médecins d'une localité seraient attachés à une société d'assurances contre les accidents du travail, à un syndicat de garantie, ou à une entreprise s'assurant elle-même, il y aurait donc lieu, pour se conformer strictement aux dispositions des circulaires susvisées, de désigner un médecin d'une ville voisine.

ŒUVRE PARISIENNE DE SECOURS IMMÉDIAT ET D'ASSISTANCE A LA FAMILLE MÉDICALE. — L'assemblée générale aura lieu le jeudi 12 mars 1914, à six heures, à la Faculté de médecine (salle des thèses n° 2).

Ordre du jour : Elections de membres du conseil d'administration; nomination du bureau; rapport du trésorier et des commissaires aux comptes; compte rendu du secrétaire général.

CHRONIQUE

LA CHIRURGIE EN AMÉRIQUE, SON PARALLÈLE AVEC LA CHIRURGIE FRANÇAISE

Conférence faite par M. TUFFIER *à la Société de l'Internat.*

M. Tuffier qui est un ardent partisan du progrès, d'où qu'il vienne, qui envisage toutes les questions sous leur côté pratique et utilitaire, qui ne se paie pas de mots et appuie ses assertions sur des faits, a visité tous les établissements chirurgicaux de l'Amérique et en a tiré des enseignements qui peuvent avoir leur utilité aussi bien pour les élèves que pour les malades. Ce sont ces enseignements qu'il a portés hier devant la Société de l'Internat, dans une conférence qui a eu un grand et légitime succès.

Autrefois, quand un voyageur revenait d'un lointain pays, on attendait de lui des récits et des anecdotes plus ou moins extraordinaires. Les temps sont changés. L'unification est devenue l'apanage des progrès de la civilisation et des facilités de communication. Partout où il a passé, M. Tuffier a donc vu la même salle d'opérations, peinte en blanc, aux angles arrondis, la même table d'opération, les mêmes chirurgiens vêtus de blanc, coiffés de blanc, masqués et gantés, le même matériel instrumental, les mêmes moyens de stérilisation. On peut dire que c'est l'uniformité internationale. Mais là où se trouvent les différences, c'est dans le fonctionnement des établissements hospitaliers de New-York, de Baltimore, de Chicago, de Rochester et autres lieux.

La cause de ces différences, c'est l'autonomie de ces établissements, qu'il s'agisse d'écoles ou d'hôpitaux. Chez nous c'est l'inverse, c'est la centralisation à outrance, c'est l'administration de l'assistance publique. Voyons ce qui résulte de ces différences et tâchons de discerner ce qui semble préférable au point de vue de l'enseignement et de l'intérêt des malades.

Ce qui frappe le visiteur qui voit opérer les chirurgiens américains, c'est la régularité avec laquelle fonctionnent les équipes de chaque opération. Les assistants, les aides, les nurses forment un ensemble parfaitement entraîné depuis des années. Ce qui fait la supériorité de cette organisation c'est que les maîtres et les assistants collaborent depuis longtemps ensemble. Cushing est resté pendant dix-sept ans avec son maître Halstead; Tinely est resté à l'hôpital John-Hopkins pendant plus de dix ans. Les frères Mayo ont des assistants déjà grisonnants. En France les chirurgiens changent d'assistants tous les mois.

Ce qui différencie aussi la vie des chirurgiens américains de la nôtre, c'est que leurs établissements sont à la fois publics et privés et qu'ils y opèrent également les malades de leur clientèle et ceux de l'hôpital. Quelle simplification et quelle économie de temps! Les systèmes ne valent que ce que valent les hommes qui les dirigent. L'autorité du maître, dans ces hôpitaux autonomes, est donc le premier élément de succès. Chacun de ces hôpitaux est un centre d'expérimentations sur une petite échelle. Les richards qui entretiennent ces établissements s'y intéressent, s'appliquent à ce que les services rendus par eux soient aussi efficaces que possible et cela les met en rapports plus directs avec les misères qu'ils soulagent d'autant mieux. Tous ces riches savent où va leur argent. Pourrait-on en dire autant de ceux de chez nous qui donnent à l'Assistance publique?

M. Tuffier nous donne des chiffres bien suggestifs. En 1912 les hôpitaux de New-York ont reçu plus de 25 millions. Dans la même année l'Assistance publique de Paris a reçu 1 million.

M. Tuffier nous dépeint un de ces établissements hospitaliers d'Amérique; il nous montre M. le superintendant de l'administration, personnage important, qualifié, compétent, instruit, et il insiste sur le parfait fonctionnement administratif de ces hôpitaux.

Passant aux laboratoires de recherches qui, au point de vue scientifique, constituent une réelle supériorité, M. Tuffier déclare qu'il n'en est pas de plus justement célèbre que le Rockefeller Institute. C'est pour les Américains le véritable sanctuaire voué à la recherche de la vérité. M. Tuffier nous décrit les quatre laboratoires qui le composent et qui sont dirigés par Flexner, Carrel, Melzer et Loeb. Ils n'ont d'autre souci que le travail, d'autre ambition que la recherche de la vérité.

La place nous manque pour suivre M. Tuffier dans les descriptions fort intéressantes qu'il nous fait des laboratoires du Rockefeller Institute, du laboratoire de Carrel en particulier, des recherches de Melzer sur un nouveau mode d'anesthésie qui supprime la respiration en conservant la vie, des techniques opératoires différentes, de la merveilleuse installation des frères Mayo dans le Rochester, de la merveilleuse organisation de ces deux chirurgiens qui ont su s'entourer de tous les moyens de renseignements sur le passé des malades qu'ils opèrent et qui ont chacun leur fiche pathologique complète. M. Tuffier insiste sur l'importance de ces renseignements et demande pourquoi l'administration de l'Assistance publique ne constituerait pas, elle aussi, un dossier semblable pour chacun de ses malades.

Quelle richesse d'observations et de renseignements utiles constituerait une pareille organisation!

Avec une semblable documentation la France se trouverait à la tête du mouvement médical mondial.

La conférence de M. Tuffier a été écoutée avec un religieux silence et a été unanimement applaudie.

Le président de la Société de l'internat, notre ami Delaunay, dont tous connaissent l'éloquence naturelle, a trouvé de très heureuses expressions pour féliciter et remercier M. Tuffier comme il le méritait.

A. BROCHIN.

REVUE GÉNÉRALE

LES PROCÉDÉS ACTUELS D'ÉTUDE DE

L'INSUFFISANCE HÉPATIQUE

Par MM. M. BRULÉ,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Chef de laboratoire à la Faculté de médecine,
et H. GARBAN,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Parmi ceux de nos organes dont le rôle physiologique complexe commande l'atteinte fréquente au cours des maladies les plus diverses, il en est peu dont la lésion se traduise en clinique par une symptomatologie aussi pauvre que la symptomatologie hépatique ; l'examen du malade ne nous permet le plus souvent de conclure à une affection de foie que lorsque existent déjà des lésions intenses ou depuis longtemps en évolution ; les modifications de volume et de consistance du foie, le syndrome d'hypertension portale, l'ictère (dont la valeur pathogénique reste encore matière à discussion), tels sont presque les seuls symptômes cliniques qui nous font diagnostiquer l'atteinte du foie, sans nous permettre, d'ailleurs, de mesurer quelle est la gravité de cette atteinte.

L'insuffisance hépatique ne devient évidente, de par la seule clinique, qu'aux périodes ultimes des affections de l'organe lorsque se montre le syndrome d'ictère grave. Or, ce qu'il importerait bien plus de déceler serait l'atteinte du foie, si fréquente, quoique légère, au cours des infections et des intoxications ; ce qu'il importerait de pouvoir fixer serait la valeur fonctionnelle de la cellule noble du foie au cours de ses affections chroniques comme les cirrhoses.

Aussi, pour chercher à mesurer l'insuffisance hépatique, s'est-on adressé depuis longtemps à de nombreuses épreuves, et s'est-on efforcé, en étudiant les modifications morbides de certaines fonctions qui semblent nettement dévolues au foie, de juger la valeur fonctionnelle de cet organe.

Nombreuses ont été les épreuves préconisées pour la recherche de l'insuffisance hépatique ; tour à tour acceptées, puis discutées, tout d'abord simples puis peu à peu compliquées par la nécessité d'éliminer des causes d'erreur qui s'avéraient fréquentes, ces épreuves ont donné lieu depuis quelques années à tant de publications qu'il est difficile actuellement d'en fixer la valeur réciproque et l'importance pratique; il nous a donc semblé utile de passer en revue la question en insistant particulièrement sur certains modes de recherche qui ont été récemment proposés.

L'insuffisance hépatique pouvant être révélée par le trouble de l'une quelconque des grandes fonctions physiologiques du foie, nous serons amenés à étudier dans différents chapitres quel intérêt pratique peut avoir la recherche des troubles de la fonction glycogénique, de la fonction d'élaboration azotée, de la fonction biliaire, de la fonction de fixation et de la fonction sanguine du foie.

I

Troubles de la fonction glycogénique. — Au cours de ses travaux sur la fonction glycogénique du foie, Cl. Bernard avait montré, dans une expérience classique, que la ligature progressive de la veine porte est suivie de glycosurie spontanée et que cette glycosurie augmente si l'on fait ingérer du sucre à l'animal en expérience.

Colrat (de Lyon), en 1875, Lépine, en 1876, furent les premiers à appliquer à la clinique humaine ces données expérimentales ; la glycosurie, spontanée ou provoquée, fut, comme dans l'expérience de Cl. Bernard, interprétée par les premiers observateurs dans le sens d'une obstruction partielle ou totale de la veine porte ; ce n'est qu'ultérieurement qu'on y voulut voir la manifestation d'une lésion de la cellule hépatique.

L'*épreuve de Colrat* consistait dans l'absorption, par le sujet à jeun, de 150 à 200 grammes de sirop de sucre, on recherchait et on dosait le sucre dans les urines des vingt-quatre heures qui suivaient l'ingestion du liquide sucré.

Cette épreuve fut considérée pendant plusieurs années comme le meilleur critérium de l'insuffisance hépatique.

Devant la contradiction des résultats obtenus, on s'efforça de donner à la méthode une plus grande précision en substituant à la saccharose la *glycose* On avait, en effet, reconnu que la saccharose doit être dédoublée par le suc intestinal en glycose et lévulose pour être utilisée dans l'organisme; à défaut de ce dédoublement, une partie de la saccharose passe inaltérée dans les urines, même chez les sujets normaux, et, dans l'ignorance de la quantité du sucre qui a été invertie, on ne peut établir exactement la dose de glycose et de lévulose à partir de laquelle apparaîtra la glycosurie.

Avec la glycose même, les causes d'erreur restent nombreuses, comme l'ont montré MM. Achard et Castaigne (1), en 1897, et M. Linossier (2), en 1899. M. Castaigne (3) assure cependant que les résultats de l'épreuve auront de la valeur si l'on en règle la technique de la façon suivante :

Dans les jours qui précèdent l'épreuve, le sujet est mis à un régime déterminé dont on connaît la teneur en hydrates de carbone. On s'assure de la perméabilité intestinale et rénale, par l'ingestion et l'injection sous-cutanée de bleu de méthylène. On pourra en outre rechercher, par la méthode de MM. Achard et Weil, s'il n'existe pas d'insuffisance glycolytique des tissus. On constate enfin qu'il n'existe pas de glycosurie spontanée, spécialement dans les urines correspondant aux heures de digestion.

Pour pratiquer l'épreuve elle-même, le malade ingère, le matin à jeun, dans l'espace d'un quart d'heure, 100 à 150 grammes de glycose pure (exempte de dextrines qui favoriseraient la glycosurie) dissoute dans 300 à 500 centimètres cubes d'eau.

On examine ensuite les urines d'heure en heure ou au moins de deux heures en deux heures.

Chez un sujet normal, le sucre ne passerait à aucun moment dans l'urine. « Chez les sujets à foie insuffisant, la réaction de Fehling serait au contraire positive pendant un certain nombre d'heures à la suite de cette ingestion. » (Castaigne et Chiray.)

Malgré toutes les précautions dont on a ainsi entouré l'épreuve, les résultats restent encore assez peu satisfaisants et on a souvent la surprise, comme l'a montré M. Linossier (1, 4), de voir apparaître du sucre en proportion notable dans les urines de sujets qui ont toutes les apparences d'une santé parfaite, alors que, chez des cirrhotiques très gravement atteints, la glycosurie reste constamment absente.

Dans une série de publications, de 1898 à 1900, Strauss (5, 6) établit que les contradictions relevées dans les résultats publiés tant en Allemagne qu'en France peuvent être expliquées par la nature et par la dose du sucre ingéré. D'après cet auteur, si la saccharose provoque plus fréquemment la glycosurie que la glycose, c'est que le dédoublement de la saccharose met en liberté de la lévulose et que, comme l'a montré Sachs (7), chez les grenouilles auxquelles on a enlevé le foie, la lévulose est plus apte que tout autre sucre à manifester l'insuffisance de la cellule hépatique. Comme suite à ses critiques, Strauss institue *l'épreuve de la lévulosurie alimentaire*.

Cent grammes de lévulose sont administrés à jeun et l'urine évacuée pendant les quatre heures qui suivent l'ingestion du sucre est examinée par la fermentation et la polarisation.

L'individu normal tolérerait 100 grammes de lévulose sans lévulosurie (*). Cette épreuve a été contrôlée par de nombreux expérimentateurs, particulièrement en Allemagne et en Amérique. Encore qu'il soit très difficile d'arriver à une conclusion précise sur la valeur de ce procédé, devant l'insuffisance des observations cliniques et nécropsiques qui sont fournies par les auteurs, il semble que l'épreuve de la lévulosurie alimentaire n'ait pas justifié les espérances qu'on avait fondées sur elle. Les travaux publiés à son sujet témoignent des incertitudes auxquelles elle a conduit les médecins qui l'ont appliquée. Tandis que Ferranini (8), V. Halasz (9), Bruining (10), considèrent, à la suite de Strauss (5, 6) que les résultats sont très intéressants et que l'épreuve est préférable à celle de la glycose, Landsberg (11) et Churchmann (12) déclarent que la tolérance pour la lévulose varie dans de si larges limites, qu'on ne peut tirer de l'épreuve aucune indication utile.

En 1906, Bauer (13) préconise l'emploi de la *galactose*.

On donne, à jeun, 40 grammes de sucre de lait dans 400 à 500 centimètres cubes de thé et on dose le sucre dans l'urine émise durant les quatre à cinq heures qui suivent l'ingestion.

Dans l'ictère infectieux grave, on verrait apparaître dans l'urine de fortes proportions de galactose dont l'élimination cesserait quand le malade revient à la santé.

Les travaux de Falk et Saxl (14), de v. Frey (15) et de Hirose (16) montrent que, à l'exception des ictères infectieux, les résultats de cette épreuve sont très inconstants dans les diverses affections du foie.

On a également proposé d'utiliser la glycosurie provoquée par l'injection sous-cutanée ou intraveineuse d'une solution d'*adrénaline* (17) ; on a dû reconnaître bientôt que cette méthode n'offre aucun avantage appréciable et que, comme avec les divers sucres, la glycosurie apparaît aussi bien chez des sujets normaux que chez des hépatiques.

Quelle que soit donc l'épreuve utilisée pour apprécier la valeur de la fonction glycogénique du foie et, par déduction, la valeur fonctionnelle de la cellule hépatique, les résultats qu'on en obtient sont loin d'être satisfaisants.

C'est que, comme l'ont montré MM. Achard et Castaigne (1), M. Linossier (2) et tout récemment encore MM. Achard et Desbouis (3), le déterminisme de la glycosurie alimentaire est infiniment plus complexe que ne l'avaient pensé les premiers expérimentateurs.

Déjà la difficulté qu'on éprouve à fixer les limites de la tolérance de l'homme bien portant pour le sucre, c'est-à-dire la quantité maxima de sucre qu'on peut faire ingérer en une fois, sans qu'il se produise de glycosurie, révèle la complexité du phénomène. Linossier et Roque (4) ont vu la glycosurie apparaître chez certains sujets avec 50 grammes de saccharose, chez d'autres avec 350 grammes seulement. Le coefficient individuel d'utilisation du sucre est donc extrêmement variable.

Ce coefficient varie, en outre, pour un même individu, selon la nature du sucre ingéré, le coefficient étant différent, par exemple, pour la glycose et pour la saccharose, d'où la nécessité de déterminer exactement la nature du sucre dont on aura fait choix, dans les diverses épreuves.

En admettant que l'ingestion du sucre n'ait provoqué aucun malaise, et l'on connaît la fréquence des vomissements ou de la diarrhée qui suivent l'ingestion de volumes considérables de liquides fortement sucrés, il est nécessaire, pour que le sucre soit apporté au foie dans des conditions toujours identiques et, par suite, comparables entre elles, que l'absorption intestinale soit normale. La grande fréquence des troubles intestinaux, chez les hépatiques, permet de prévoir des retards dans l'absorption, en cas de constipation, ou des défauts d'absorption, en cas de diarrhée. Si l'absorption est retardée, le sucre n'arrive plus au foie que par doses fractionnées et l'organe pourra paraître suffisant, alors qu'une dose massive eût forcé sa capacité fonctionnelle.

La perméabilité du rein n'est pas moins importante à considérer. On sait qu'en cas de sclérose rénale on peut voir apparaître une hyperglycémie notable sans glycosurie correspondante.

On a bien préconisé, pour évaluer l'importance de ces divers facteurs, l'emploi du bleu de méthylène en ingestion et en injection sous-cutanée, mais les renseignements fournis par ce procédé sur l'état des

(*) Le prix de la lévulose pure étant assez élevé, on a conseillé de donner du miel qui renferme une très forte proportion de lévulose.

fonctions intestinales et rénales sont très insuffisants et il semble surtout difficile de conclure de l'élimination du bleu au passage du sucre dont les propriétés biochimiques sont sans doute infiniment différentes.

Mais ce qui enlève à l'épreuve de la glycosurie alimentaire la plus grande part de sa valeur pour l'étude des fonctions hépatiques, c'est le rôle prépondérant qu'on a reconnu aux divers tissus de l'organisme dans les phénomènes de glycofixation et de glycolyse.

Les divers tissus et, en particulier, les muscles, peuvent, comme le foie, emmagasiner la glycose sous forme de glycogène et aussi, comme l'ont montré MM. Ch. Richet et Hanriot, sous forme de graisse.

Quant à la combustion de la glycose, c'est surtout dans les tissus qu'elle a lieu, comme l'ont établi, à nouveau, récemment, les recherches de MM. Achard et Desbouis (18) sur l'insuffisance glycolytique, lévulolytique et galactolytique des tissus, appréciée par la mesure des échanges respiratoires. De très nombreux facteurs (sécrétion interne du duodénum, pancréas, surrénales, corps pituitaire, corps thyroïde, glandes génitales (?), système nerveux) interviennent au même titre que le foie pour influencer, d'une manière indirecte, l'aptitude des tissus à brûler les sucres. L'épreuve de la glycosurie alimentaire est une résultante de l'activité de tous ces facteurs ; aussi peut-on dire, avec MM. Linossier, Achard et Desbouis, que cette épreuve indique moins l'état du foie et son pouvoir de fixer les sucres que l'insuffisance des tissus à brûler ces sucres, c'est-à-dire un trouble général de l'assimilation.

Nous devons ajouter d'ailleurs que, si une analyse minutieuse des divers éléments d'une épreuve de glycosurie alimentaire permet d'attribuer au foie le succès de cette épreuve, on est obligé de reconnaître qu'un trouble fonctionnel superficiel et passager de la cellule hépatique peut lui donner naissance aussi bien qu'une altération profonde et définitive de la glande et que le taux de cette glycosurie n'est nullement en rapport avec la gravité de l'atteinte hépatique ; on ne peut, par suite, tirer de l'épreuve interprétée dans le sens d'une affection hépatique, aucune indication pronostique.

II

Troubles de l'élaboration azotée. — Le rôle prépondérant du foie dans la désintégration des protéiques et en particulier dans la formation de l'urée est un fait bien établi.

Sans parler des recherches des physiologistes (Cyon, Kaufmann, Doyon, Murchison, Brouardel) sur l'uréogenèse hépatique, on a reconnu depuis longtemps que, dans les affections du foie, le taux de l'urée est fréquemment abaissé dans l'urine, tandis que le taux de l'ammoniaque y est anormalement élevé. L'atteinte du foie peut se révéler en outre par le passage dans l'urine d'une importante proportion d'acides aminés et de polypeptides. Aussi de nombreuses méthodes ont-elles été successivement proposées pour apprécier l'activité fonctionnelle du foie par le dosage de l'urée, de l'ammoniaque et des acides aminés dans l'urine et dans le sang.

Des diverses méthodes qui sont fondées sur l'étude des variations du taux de l'urée, la plus ancienne et la plus simple, au moins en apparence, est celle qui consiste à doser l'urée dans l'urine émise par le sujet en vingt-quatre heures. La *diminution de l'excrétion uréique*, dont le taux atteint parfois 5 grammes et même seulement quelques décigrammes, au cours de certaines affections du foie, alors que l'excrétion est habituellement de 25 à 30 grammes, peut donner des indications intéressantes sur l'altération de la cellule hépatique à la condition que le sujet soit soumis à un régime alimentaire fixe, de valeur azotée connue.

Le déficit d'urée correspondant le plus habituellement à une *augmentation de l'ammoniaque*, on a cherché à exprimer encore, par la valeur de l'ammoniaque urinaire, le degré de l'insuffisance uréopoïétique du foie. Normalement, pour une alimentation mixte, l'urine des vingt-quatre heures contient de 0g40 à 1 gramme d'ammoniaque; ce chiffre peut être doublé ou triplé si le foie devient inférieur à sa tâche.

Dans le dessein de déterminer avec plus de précision le défaut de l'activité hépatique pour l'élaboration de l'urée, le professeur Gilbert et M. Carnot ont proposé de doser dans l'urine l'ammoniaque éliminée après ingestion de 4 à 6 grammes d'acétate d'ammoniaque. Weintraud, Calabrese, ont fait des tentatives analogues en utilisant le citrate et le carbonate d'ammoniaque.

Chez le sujet normal, l'ammoniaque ingérée serait intégralement transformée en urée ; si le foie est altéré, le taux d'ammoniaque qui passerait dans les urines serait assez exactement proportionnel à la gravité de la lésion du foie.

Nous devons dire de suite que les résultats de cette épreuve ne sont pas plus satisfaisants que ceux fournis par le dosage de l'ammoniaque urinaire, en dehors de toute élimination provoquée. En dépit de lésions hépatiques très avancées, révélées ultérieurement à l'autopsie, les sels ammoniacaux ingérés peuvent continuer, comme à l'état normal, à être transformés en urée (Ingelrans et Dehon).

Devant l'insuffisance des indications fournies par le dosage isolé de l'urée et de l'ammoniaque urinaires, il est naturel qu'on ait cherché des notions plus exactes sur l'uréogenèse hépatique dans l'étude des rapports qui lient entre eux les éléments azotés dans l'urine et dans le sang.

De très nombreux rapports ont été proposés. Nous ne ferons que citer le rapport du carbone urée au carbone total et le rapport de l'azote ammoniacal à l'azote total. Nous retiendrons seulement le rapport de l'azote uréique à l'azote total, plus connu sous le nom de *rapport* ou *coefficient azoturique*.

Ce rapport a été, pendant longtemps, uniquement établi pour l'urine; le rapport azoturique du sérum sanguin et des diverses sérosités de l'organisme a été étudié plus récemment.

Le *coefficient azoturique de l'urine*, dont le professeur Robin s'est surtout efforcé de préciser la

signification, a une valeur moyenne de 0,82 (Maillard, Lambling). Cette valeur est d'autant plus élevée que la désassimilation des protéiques est plus parfaite; l'insuffisance uréopoïétique du foie se manifestera au contraire par une diminution du coefficient qui peut tomber, dans certaines affections hépatiques à 0,52 (Weintraud) et même 0,44 (A. Frankel). Ce rapport varie à chaque changement de régime, mais tend à revenir, après quelques jours de régime constant, à la valeur qui est habituelle à l'individu, même pour des régimes assez différents (M. Dehon). C'est dire que, pourvu que le sujet soit à un régime constant, il n'y a pas lieu de tenir compte de la quantité d'albumine ingérée, ni absorbée.

A la suite des travaux du professeur Widal et de ses élèves sur l'importance pronostique du dosage de l'urée dans le sérum et sur l'élévation du coefficient azoturique du sérum dans les cas de néphrite azotémique, MM. Jules Courmont, Boulud, Savy, Blanc-Perducet et Gaté (19, 20), MM. Albert Morel et Mouriquand (21) ont étudié la valeur du *coefficient azoturique du sérum* dans les affections hépatiques. Après avoir montré que, pour un sujet déterminé, l'azote uréique et l'azote total se retrouvent sensiblement au même taux dans le sérum et dans toutes les sérosités physiologiques et pathologiques, M. Javal (22) a poursuivi l'étude du rapport azoturique dans les diverses sérosités de l'organisme. Ces divers auteurs ont constaté que ce coefficient oscille normalement entre 0,70 et 0,80, en opérant sur les diverses sérosités désalbuminées. Alors que, comme l'avaient montré le professeur Widal et M. Ronchèse (23), le coefficient augmente chez les azotémiques, et atteint souvent 0,90, 0,95 et au delà, du fait de la lésion rénale qui provoque la rétention uréique, chez les hépatiques au contraire, pour MM. J. Courmont, M. Morel et leurs collaborateurs, le coefficient serait abaissé, jusqu'à 0,50, 0,33 et la constatation de cet abaissement pourrait être d'une grande signification pour le diagnostic de l'insuffisance hépatique. Pas plus que le coefficient azoturique de l'urine, celui du sérum ne serait influencé par l'alimentation. Il n'y aurait pas, d'autre part, de parallélisme entre l'abaissement du coefficient azoturique du sérum et celui des urines qui reste en général élevé. Nous devons ajouter que M. Javal et, dans une communication récente, MM. Albert Morel et G. Mouriquand (24) sont beaucoup moins affirmatifs sur la valeur pronostique du coefficient azoturique du sérum dans l'insuffisance hépatique.

M. Arthus (25), puis M. Maillard (26) ont fait remarquer qu'il y aurait avantage à substituer à la considération isolée du coefficient azoturique celle des variations réciproques de l'azote uréique et de l'azote ammoniacal. Ce coefficient, appelé par M. Maillard *coefficient d'imperfection uréogénique*, prend à l'état normal la valeur moyenne de 0,62 et augmente proportionnellement aux troubles de l'élaboration azotée; c'est dire que l'atteinte du foie peut être appréciée par cette élévation du coefficient.

M. Langenberg (27) a repris récemment ce coefficient, en tenant compte dans la formule qui l'exprime de l'azote des acides aminés; la valeur de ce nouveau coefficient, appelé par son auteur *coefficient d'acidose* pour des raisons qu'il n'y a pas lieu de développer ici, a une valeur normale de 4,18 à 6,31 suivant le régime alimentaire. Chez les hépatiques, le coefficient est d'autant plus fort que la déchéance du foie est plus profonde.

A l'instigation du professeur Chauffard, M. Brodin (28) a étudié sous le nom d'*azote résiduel* le résultat obtenu en retranchant du poids de l'azote total le poids de l'azote uréique, ces éléments étant dosés dans le sérum désalbuminé. L'azote résiduel correspond à un groupe complexe de matériaux azotés (ammoniaque, acides aminés, acide urique, etc.), dont les divers termes ne sont pas encore précisés.

D'après les recherches cliniques et expérimentales de M. Brodin, le taux de l'azote résiduel serait sous la dépendance étroite et exclusive du foie. Chez les sujets normaux, l'azote résiduel serait toujours inférieur à 0g10 par litre de sérum; chez les hépatiques, qu'il s'agisse d'une atteinte passagère (pneumonie, fièvre typhoïde, ictère catarrhal) ou durable (cirrhose, cancer du foie), le taux de l'azote résiduel serait supérieur à 0g10 et sa valeur serait proportionnelle à la gravité de la lésion hépatique. L'alimentation et l'état du rein seraient sans influence sur le taux de l'azote résiduel. Cette méthode serait ainsi en état de fournir des indications précieuses sur l'activité uréopoïétique du foie.

L'existence d'une proportion notable d'acides aminés (leucine et tyrosine) dans l'urine a été signalée dès 1866 par Frerichs (29) au cours d'affections graves du foie (cirrhose, atrophie jaune aiguë). En 1907, Glaessner (30) montre l'intérêt de l'étude de l'amino-acidurie et constate que l'atteinte du foie se manifeste de façon habituelle par une élévation du rapport de l'azote aminé à l'azote total. Depuis le mémoire de Glaessner, de nombreuses recherches cliniques ont été poursuivies sur l'amino-acidurie, notamment par Henriques (31), Falk (32), Saxl (33) et Hesky, v. Frey en Allemagne, par Levene et van Slyke (34) et par Kober (35) en Amérique, par M. Labbé et Bith (36) en France.

Le taux de l'amino-acidurie est habituellement exprimé par le rapport de l'azote aminé à l'azote total qui donne du trouble de la fonction désaminante une notion plus complète que le seul résultat du dosage des acides aminés. La valeur normale de ce rapport varie, suivant les auteurs, de 0,50 à 3,5 p. 100; ces variations sont en relation avec l'alimentation et aussi avec la diversité et la complexité des méthodes de dosage utilisées, chacune de ces méthodes (van Slyke, Sœrensen-Ronchèse, Bournigault, etc.) ayant été d'ailleurs successivement l'objet de discussions.

Dans les affections du foie, le rapport s'élève et peut atteindre 11,4 [angiocholite lithiasique (Bith)] et même 13,4 p. 100 [cirrhose alcoolique (Kober)].

On a, en outre, essayé d'apprécier la gravité de l'atteinte hépatique en faisant ingérer soit des acides aminés définis, glycocolle, alanine, acide asparagique (Glaessner, Falk et Saxl, Masuda, v. Frey), soit un mélange de polypeptides et d'acides aminés,

tel que la peptone commerciale (M. Labbé et Bith) et en dosant les acides aminés et l'azote total dans l'urine pendant quarante-huit heures. Si l'on a pris soin, dans les jours qui précèdent l'ingestion des acides aminés, d'établir le rapport de l'azote aminé à l'azote total le sujet en observation restant à un régime alimentaire constant, l'*épreuve de l'amino-acidurie provoquée* permettra de constater, en cas de lésion du foie, une élévation très nette du rapport, par exemple de 0,9 à 5,1 p. 100 dans un cas de syphilis hépatique, de 3,1 à 17,2 p. 100 dans une intoxication par l'arsenic (Bith).

MM. M. Labbé et Bith ont également dosé les acides aminés dans le sérum sanguin non désalbuminé et ont reconnu que l'élévation du taux de l'azote aminé dans le sérum est dans certains cas en relation avec une atteinte du parenchyme hépatique.

Nous devons ajouter que l'hyperamino-acidurie n'est pas nécessairement l'expression d'une insuffisance fonctionnelle de la cellule hépatique. Elle peut aussi se manifester au cours des amaigrissements rapides, des cachexies, à la période critique de la pneumonie et de la fièvre typhoïde. Elle est de règle dans le diabète avec dénutrition compliqué d'acidose. On peut se demander cependant, et les recherches récentes sur le métabolisme des albuminoïdes autorisent cette hypothèse, si, dans certains de ces cas encore, le foie n'intervient pas pour une part importante dans la genèse de l'amino-acidurie.

Quels renseignements apportent ces diverses méthodes à la connaissance de l'activité du foie ?

Sans insister sur la complexité croissante des procédés de dosage et sur la difficulté de les mettre en pratique sans l'assistance d'un chimiste expérimenté, nous pouvons dire que ces méthodes soulèvent certaines objections de même ordre que celles qu'on a pu opposer aux épreuves de glycosurie provoquée.

La plupart des causes d'erreur qui diminuent la valeur clinique de la glycosurie alimentaire reparaissent, en effet, quand on veut apprécier l'atteinte du foie par l'étude, dans le sang ou dans l'urine, des divers déchets azotés.

Comme pour les sucres, chaque individu a un coefficient d'utilisation des corps protéiques qui lui est personnel. M. Maillard, M. Lambling ont constaté, chez des sujets bien portants, soumis au régime mixte habituel, des variations très étendues du coefficient azoturique, de 0,61 à 0,91 suivant les sujets.

Il n'est pas irrationnel de penser, d'autre part, que, pour un même individu, les diverses albumines doivent être utilisées suivant un coefficient qui est particulier à chacune d'elles.

S'il est facile de mettre le sujet en observation à un régime constant de teneur azotée connue et de fixer, par le dosage de l'azote total, le taux des albumines utilisées par l'organisme, les troubles de la perméabilité rénale pour les divers déchets azotés, en s'opposant à l'excrétion normale de ces éléments, altèrent nécessairement les rapports qui les unissent entre eux et les coefficients qui les expriment deviennent inaptes à traduire une atteinte simultanée du foie et du rein.

Il importe surtout de faire remarquer que de multiples facteurs collaborent avec le foie au métabolisme des matériaux azotés. Nous avons vu que l'hyperamino-acidurie peut apparaître au cours des amaigrissements rapides, par le seul fait de l'hyperalbuminolyse des tissus. L'état du corps thyroïde dans le myxœdème, les troubles du système nerveux dans certaines affections mentales (folie cyclique, manie, mélancolie) provoquent une élévation du coefficient d'imperfection uréogénique, et il est permis de supposer que beaucoup d'autres agents, dont on ne peut qu'à peine soupçonner l'importance, sont susceptibles, comme le système nerveux ou le corps thyroïde, d'entraver la désintégration des déchets azotés.

Dans la part même où il contribue à l'élaboration de ces corps, le rôle du foie est infiniment plus complexe qu'on ne l'avait d'abord pensé. Alors que l'on s'était habitué à considérer le déficit d'urée et l'excès d'ammoniaque fréquemment constatés à l'analyse dans les urines des hépatiques comme la manifestation d'une incapacité de la cellule hépatique à porter à son dernier terme la molécule protéique, on a dû reconnaître que, dans la plupart des cas, même en dépit de lésions importantes du foie, le pouvoir uréogène de l'organe n'est pas atteint. Les recherches modernes ont en effet montré que l'excès d'ammoniaque qui paraît dans l'urine n'a cessé d'être transformé en urée que parce qu'il a servi à neutraliser des acides anormaux ou anormalement abondants. Cette acidose dont on peut directement démontrer la présence par l'analyse de l'urine, au cours de l'atrophie jaune aiguë du foie, ne serait que le résultat d'une intoxication dont l'agent nous reste inconnu ; il semble cependant, d'après MM. Hugounenq et Morel, qu'on doive chercher cet agent dans les produits d'un métabolisme pathologique des albuminoïdes et que le foie soit un facteur important de ce trouble.

Quelque complexe que soit le rôle du foie dans la formation de l'urée, il convient d'ajouter cependant que l'étude de l'élaboration azotée peut donner des indications intéressantes sur l'activité hépatique à la condition de multiplier les épreuves et d'y rechercher, par une analyse minutieuse, la part qui revient au foie dans la détermination des résultats. C'est à préciser cette contribution que doivent tendre les efforts des expérimentateurs si l'on veut obtenir des diverses méthodes proposées une bonne mesure de l'insuffisance hépatique. *(A suivre.)*

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1914)

La colectomie dans le traitement du cancer des côlons. — M. DEMOULIN résume la discussion. Il rappelle son rapport fait en juin 1913 à propos de deux cas communiqués par M. Anselme Schwartz, l'importante communication de M. Quénu en juillet de la même année, les communications de MM. Hartmann, Souligoux, Lenormant, Savariaud, Duval et Delbet. On a parlé d'opération en un ou plusieurs temps. La méthode idéale, quand elle est possible, est la colectomie en un seul temps, mais pendant une longue période cette méthode a donné des résultats désastreux. Alors on a proposé l'opération en plusieurs temps : premier temps, établissement d'un anus cæcal ; deuxième temps, extraction du cancer ; troisième temps, guérison de l'anus cæcal. Certains chirurgiens ont proposé de faire d'abord l'extériorisation, et, consécutivement, l'extraction ou la colectomie extra-abdominale.

M. Demoulin critique l'expression de temps consacrée à ces diverses opérations. L'anus cæcal est une opération préliminaire et non un temps du traitement opératoire du cancer.

Il faut distinguer les faits selon qu'on intervient en période d'occlusion ou en dehors de toute occlusion. On se trouve en présence de phénomènes d'occlusion, on fait une laparotomie, on trouve un cancer non diagnostiqué. Que doit-on faire ? C'est ainsi que doit se poser la question. M. Quénu dit : dans ce cas refermez le ventre et faites un anus cæcal. D'autres, comme M. Anselme Schwartz, dont l'un des cas était en période d'occlusion, font l'extériorisation et traitent en un seul temps ou mieux en une seule séance et l'occlusion et le cancer. Le cas de M. Schwartz, ainsi opéré, s'est terminé par la guérison. Il faut être éclectique et agir suivant les cas. Reste l'extériorisation en dehors de la période d'occlusion. S'il s'agit d'un cancer du gros intestin, la colectomie en une seule séance est l'idéal. Encore faut-il distinguer les cancers du côlon droit de ceux du côlon gauche. Si vous vous trouvez en présence d'un malade avec un bon état général, si vous voyez la possibilité de rapprocher les deux bouts de l'intestin, vous pouvez tenter la colectomie en un temps. Dans le cas contraire, mieux vaut faire d'abord l'extériorisation et pratiquer l'extraction extraabdominale quelques jours après. Chacune de ces méthodes a ses indications. C'est là une affaire d'éclectisme.

Quand on compare entre eux les résultats définitifs de ces deux méthodes on ne trouve pas de différences. En résumé, la méthode de l'extériorisation est une très bonne méthode mais elle ne doit pas détrôner la colectomie en un seul temps qui peut avoir aussi ses indications.

M. QUÉNU, depuis sa communication faite sur ce sujet en 1904, est resté fidèle à la colectomie en un temps. Toutefois, suivant les cas, il est disposé à accepter l'extériorisation. D'accord avec M. Demoulin, il critique cette expression de temps et considère, par exemple, l'anus cæcal préalable comme une opération préliminaire et non comme un temps du traitement chirurgical du cancer. Il préfère le mot séance au mot temps. Il critique également les expressions d'extra ou d'intraabdominales employées par M. Duval. Cela prête à la confusion. Il préfère l'expression de M. Lenormant : à péritoine fermé.

M. Demoulin a semblé admettre que, dans la plupart des cas, on ne pouvait faire le diagnostic de cancer des côlons. Cela tient à ce que la symptomatologie est mal connue des médecins. Avec les moyens dont nous disposons aujourd'hui on peut et on doit faire ce diagnostic.

M. Quénu trouve dangereux le conseil de M. Delbet quand il dit : en présence d'un cancer enlevable, faites l'extériorisation et enlevez le cancer. Ces interventions sont trop souvent suivies de mort. Il cite un exemple qui lui est commun avec M. Duval.

On fait une laparotomie exploratrice, on trouve un cancer qui paraît enlevable, on repère bien son siège, on referme et on fait un anus cæcal.

Quant à l'établissement de cet anus cæcal, M. Delbet a constaté, dans son service, une mortalité de 0,50 p. 100 à la suite de cette opération. M. Quénu trouve cette mortalité très élevée. Il a vu des malades en occlusion complète depuis douze, quinze et vingt jours, supporter très bien l'opération et se remettre. La technique opératoire de l'anus cæcal peut aussi avoir son importance. M. Quénu fait une large incision sous-cutanée, fixe le cæcum par des sutures et n'ouvre que douze ou vingt-quatre heures après l'intestin. Si le malade a le ventre bien ballonné, il met un troquart et donne issue à des gaz et à un peu de liquide. Il n'ouvre largement l'intestin que trois ou quatre jours après. Mais, en principe, M. Quénu n'est pas partisan de l'ouverture immédiate qu'il considère comme quelque peu dangereuse.

Traitement du cancer par le radium. — M. POTHERAT a vu des améliorations très notables se produire après l'emploi du radium, mais il n'a pas vu de guérisons complètes. Il rapporte l'observation d'une femme de trente-huit ans atteinte d'un cancer de l'utérus qui était traitée depuis deux ans par le radium. Son amélioration était telle qu'elle fut envoyée à M. Potherat pour qu'il lui enlève l'utérus. Mais, par le double palper, M. Potherat sentant un empâtement du côté des ligaments larges, refusa d'intervenir. Une nouvelle application de radium fut faite dans ce qui restait de la cavité utérine. Il y eut une hémorragie formidable. M. Potherat enleva le tube de radium, fit un tamponnement et la malade, qui avait été saignée à blanc, se remit peu à peu et succomba deux mois après. Telle est l'observation la plus favorable au traitement par le radium qu'a constatée M. Potherat. Il cite ensuite plusieurs faits d'amélioration mais non de guérison. Quant au cas de M. Legueu, il semble bien qu'il y ait eu là une guérison complète, au moins momentanée, puisque cette guérison a été constatée cliniquement et histologiquement. Toutefois M. Potherat ne croit pas que cette guérison se serait maintenue définitive. En somme le radium ne semble pas donner des résultats bien différents de ceux qu'obtiennent nos maîtres à l'aide du fer rouge.

M. DEMOULIN a observé des améliorations locales, mais non des guérisons définitives. Il cite l'exemple d'un malade qui portait un cancer inopérable du creux sus-claviculaire. Radium, disparition de la tumeur pendant trois mois, relèvement de l'état général, récidive dans la colonne vertébrale, mort subite six mois après. Même constatation pour un cancer de l'utérus, récidive foudroyante et mort. Il semblerait même, dans ces faits, que le radium ait augmenté la rapidité et la sévérité de la récidive.

M. DELBET considère l'action locale du radium comme incontestable. Mais les extensions du cancer échappent à son action.

M. LEGUEU fait observer qu'aucun moyen, dans le cas qu'il a rapporté, n'avait fourni le résultat qu'il a constaté, puisque dans ce cas il y a eu guérison anatomique et guérison clinique.

Appendicite et occlusion. — M. ROCHARD fait un rapport sur un cas d'appendicite avec occlusion communiqué par M. Belot (d'Epernay).

Hématocèle rétro-utérine et occlusion. — M. LEJARS fait un rapport sur un cas d'hématocèle rétro-utérine avec occlusion intestinale déterminée par la coudure d'une anse d'intes-

tin grêle adhérente au ligament large; opération, guérison par M. Postel (du Havre).

Hernie étranglée de l'intestin grêle dans un anus artificiel. — M. Gosset fait un rapport sur une observation de M. Guibé. En voici le résumé : homme de soixante-six ans opéré par M. Alglave pour une occlusion par néoplasme. Etablissement d'un anus artificiel. Nouvelle occlusion, prolapsus de l'anus, hernie de l'intestin grêle au niveau du prolapsus. M. Guibé intervient alors, résèque l'intestin, fait une anastomose et fixe l'S iliaque à la peau. Le malade est mort de généralisation quelque temps après. M. Gosset indique une technique spéciale des anus contre nature pour éviter cette complication.

Réimplantation de l'extenseur propre du gros orteil. — M. Savariaud montre un enfant chez lequel il a fait une réimplantation de l'extenseur propre du gros orteil pour corriger une déviation consécutive à une paralysie infantile.

Vésicule biliaire communiquant avec le duodénum. — M. Gosset présente une vésicule biliaire qui communiquait avec le duodénum; résection, ablation de la vésicule, guérison.

M. Tuffier cite un cas analogue dans lequel on avait cru à un polype du duodénum : c'était la vésicule biliaire elle-même.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1914)

Réaction de l'antigène appliqué à l'étude de certains syndromes néphrétiques. — MM. R. Debré et J. Paraf ont étudié ainsi des tuberculeux présentant le syndrome de la néphrite hydropigène. Dans ce cas, la réaction de l'antigène est positive en règle presque absolue, quand ce syndrome est déterminé par des lésions dues à l'infection tuberculeuse, quelle que soit d'ailleurs la nature anatomique de ces lésions. La réaction de l'antigène est également positive dans les cas de néphrites aiguës survenant chez des tuberculeux pulmonaires. Il en a été de même dans quatre cas de néphrite aiguë en apparence primitive observés chez des enfants. Dans ces cas d'ailleurs, l'inoculation des urines au cobaye tuberculisa les animaux. Enfin les auteurs ont pu constater que pour l'étude de l'albuminurie orthostatique la réaction de l'antigène est à l'heure actuelle la seule méthode qui, alliée à la clinique, puisse fournir une indication sur l'origine tuberculeuse de ce symptôme.

Un signe rétrospectif de la syphilis : hyperalbuminose pure du liquide céphalo-rachidien sans leucocytose et sans Wassermann. — MM. M. Bloch et A. Vernes. Chez un grand nombre de syphilitiques, l'examen du liquide céphalo-rachidien révèle une anomalie consistant uniquement en augmentation de l'albumine, sans leucocytose et sans Wassermann positif.

Cette hyperalbuminose isolée s'observe sans aucun signe clinique d'affection méningée ou nerveuse chez d'anciens syphilitiques. Elle ne semble pas être en rapport avee un processus syphilitique méningo-nerveux en activité. Son origine est difficile à préciser. Mais c'est un fait qu'un très grand nombre de syphilitiques, à une date plus ou moins éloignée de l'accident initial, ont des taux albumineux rachidiens élevés : de $0^{g}30$ à 1 gramme p. 1000 et plus (au lieu de $0^{g}20$ p. 1000, taux albumineux normal).

Cette constatation pourrait aider au diagnostic des syphilis anciennes douteuses. La recherche de l'albumine doit se faire par l'acide nitrique (Sicard) et l'appréciation du taux albumineux est facile et rapide en employant une échelle albuminimétrique spéciale.

Sur la valeur pronostique et diagnostique du signe de l'hyperalbuminose pure du liquide céphalo-rachidien. — M. A. Vernes insiste sur le signe de l'hyperalbuminose pure sans leucocytose et sans Wassermann lorsqu'on l'observe chez les syphilitiques dont le Wassermann, devenu rapidement négatif à la suite d'une médication intensive, se maintient négatif au delà de six mois.

Dans ces conditions, l'existence du syndrome particulier ne semble pas en rapport avec la persistance d'un foyer d'activité syphilitique. Il est, d'autre part, assez fréquent chez les anciens syphilitiques pour qu'on puisse, quand on le rencontre, soupçonner une syphilis préexistante.

Cette anomalie résiduelle observée dans les conditions précitées ne semble pas impliquer qu'il faille s'obstiner à vouloir, par le traitement, la faire disparaître.

Sur l'acclimatation dans le gros intestin de microbes étrangers à la flore intestinale. — MM. Distaso et Schiller. En se mettant dans les meilleures conditions possibles, on ne parvient pas à faire pousser dans l'intestin d'un animal des microbes étrangers à cet intestin. Ce sont toujours les microbes du tube digestif en question et surtout ceux qui poussent, de préférence, dans les milieux sucrés, qui ont le dessus.

Sérodiagnostic de la tuberculose antigène de Besredka. — MM. Kuss, Leredde et Rubinstein. 1° Les sujets atteints de tuberculose pulmonaire bien caractérisée donnent, avec l'antigène de Besredka, dans la très grande majorité des cas, une réaction de fixation positive. 2° Les sujets non tuberculeux, à l'exception de ceux dont le Wassermann est positif, donnent une réaction négative. 3° Dans la tuberculose pulmonaire légère, peu progressive, apyrétique, la réaction de fixation est positive dans les deux tiers des cas.

Pouvoir antihémolytique des sérums humains tuberculeux et non tuberculeux en présence de l'antigène de Besredka. — M. Inman. 1. Une réaction négative indique, soit l'absence d'une lésion tuberculeuse, soit l'arrêt d'une lésion active antérieure. 2. Une réaction positive, surtout avec un sérum dilué, indique une lésion tuberculeuse active.

Coloration vitale des centres nerveux. — M. Salmon. L'injection de vert malachite provoque une coloration élective de la substance grise du cerveau. Certains noyaux sont atteints de préférence.

Action de l'extrait thyroïdien sur la glycosurie adrénalinique. — MM. M. Garnier et Er. Schulmann, étudiant les effets obtenus par l'association de différents extraits pluriglandulaires, montrent que l'extrait thyroïdien, injecté en même temps que l'extrait surrénal, augmente dans des proportions notables la glycosurie. C'est ainsi qu'une dose d'extrait surrénal, qui détermine en moyenne une glycosurie de $0^{g}78$, donne lieu à une élimination de $1^{g}87$ de glycose quand elle est additionnée d'extrait thyroïdien. Dans une autre expérience la glycosurie adrénalinique passa de $2^{g}96$ à $5^{g}13$ quand à l'extrait surrénal on ajouta une dose double d'extrait thyroïdien. L'addition d'extrait thyroïdien à l'adrénaline de Takamine détermine aussi une élévation de taux de la glycosurie. Cette élévation est en général plus marquée quand la dose d'extrait thyroïdien est plus grande, la quantité d'extrait surrénal restant la même, sans qu'il y ait pourtant parallélisme entre la quantité de sucre éliminé et celle de thyroïde injectée. Elle est moins constante quand les deux extraits sont injectés en deux points différents de l'organisme au lieu d'être mélangés.

Hypophysectomie et glycosurie expérimentales. — MM. Jean Camus et G. Roussy. Il résulte des recherches de ces auteurs que la glycosurie est un phénomène rarement observé à la suite des opérations sur l'hypophyse ou sur les régions

voisines. Sur 45 de ces opérations pratiquées sur le chien, les auteurs n'ont observé la glycosurie que 6 fois. C'est de plus un phénomène, quand il existe, qui est transitoire, apparaissant seulement dans les heures qui suivent l'opération.

La glycosurie et la polyurie sont deux phénomènes, non associés obligatoirement; le dernier après les mêmes opérations est beaucoup plus fréquent que le premier.

D'après ces recherches, la glycosurie ne paraît liée ni à une ablation partielle de l'un ou de l'autre lobe, ni à la suppression totale de l'hypophyse. Il y a lieu d'invoquer pour l'expliquer l'intervention de centres nerveux de voisinage.

L'exhalation carbonique après l'introduction du bicarbonate de soude dans l'organisme. — MM. Achard et Desbouis, en faisant ingérer de 20 à 30 grammes de bicarbonate de soude chez l'homme et 10 grammes chez le chien, ont vu s'élever immédiatement l'acide carbonique dans l'air expiré. Mais en injectant dans les veines 6 grammes chez l'homme et 5 grammes chez le chien, cette augmentation ne s'est pas produite. Ce fait paraît montrer que l'acide carbonique ne se dégage pas, avec autant de facilité qu'on semble généralement l'admettre, des bicarbonates alcalins de sang veineux qui traverse le poumon.

Cherchant la raison de cette différence, MM. Achard et Desbouis ont constaté que ce n'est pas le dégagement de gaz carbonique par l'acidité qui provoque, après ingestion, l'accroissement de l'acide carbonique expiré. En effet, en introduisant soit dans l'estomac, soit dans le rectum, une potion de Rivière qui dégage immédiatement du gaz carbonique, ils n'ont pas vu monter l'exhalation carbonique. Par contre, cette augmentation s'est produite quand le bicarbonate était injecté dans une veine mésaraïque.

On peut se demander si le gaz carbonique ainsi exhalé ne vient pas de la combustion de sucre produit en excès par le foie, car, d'après Loeper et Binet, l'ingestion de bicarbonate augmente l'amylase hépatique et diminue le glycogène. Mais s'il en était ainsi, quand l'organisme est en état d'insuffisance glycolytique, l'acide carbonique exhalé ne devrait pas augmenter, puisque dans cet état le glycose injecté dans le sang n'accroît pas cette exhibition. Or, chez un diabétique et chez un chien rendu temporairement hypoglycolytique par l'adrénaline, l'ingestion de bicarbonate n'en a pas moins fait monter l'exhalation carbonique.

Comment se constitue la fibre conjonctive adulte ou faisceau de fibrilles? — M. E. Laguesse. Chez les sélaciens (et d'autres observations permettent d'étendre cette conclusion aux vertébrés supérieurs), les fibres conjonctives adultes, ou faisceaux de fibrilles, se forment habituellement (mais non exclusivement) au cours du développement par épaississement graduel, puis clivage longitudinal des fines fibrilles élémentaires primitives, clivage non brutal, mais accompagné de phénomènes de différenciation.

Autres communications :

Modifications de l'excitabilité des nerfs par les sels qui précipitent le calcium. — M. et Mme Lapicque.

Influence du bicarbonate de soude sur l'élimination des chlorures et du lactose injecté dans les veines. — MM. Hertz et Goldberg.

Action de l'extrait de gui sur la coagulation du sang chez la grenouille. Considérations sur le syndrome expérimental d'hypotension et d'incoagulabilité du sang. — MM. Cl. Gautier.

Variations des paramètres caractéristiques de l'excitabilité des nerfs sous l'influence de l'électrotonus. — MM. Cardot et Laugier.

PRATIQUE MÉDICALE

L'INSUFFISANCE CARDIAQUE DANS L'OBÉSITÉ

La complication à redouter dans l'obésité est sans conteste la surcharge adipeuse du cœur, car en dépendent tous les symptômes notés chez la plupart des obèses : hyposystolie, dyspnée, œdèmes des malléoles, puis, ultérieurement, congestion des bases du poumon et du foie. Plus tard même ces malades peuvent aboutir à l'asystolie confirmée.

Chez eux il s'agit, non pas d'une dégénérescence graisseuse de la fibre musculaire cardiaque, mais d'une infiltration par la graisse du tissu interstitiel du myocarde avec compression et troubles de l'irrigation sanguine et lymphatique des fibres musculaires; en dernier lieu, sous l'influence de cette compression et de cette gêne circulatoire, il peut y avoir dégénérescence de la fibre musculaire, mais il s'agit non pas de dégénérescence graisseuse, mais d'atrophie simple ou d'atrophie avec dégénérescence pigmentaire.

Avant tout, il est nécessaire d'appliquer à ces malades le traitement général de l'obésité par le régime de la physiothérapie.

Il est inutile d'entrer ici dans l'examen approfondi des divers régimes qui conviennent aux obèses, avec les variations qui résultent du degré de l'obésité et de l'état de la nutrition des malades. Disons seulement que le régime d'Œrtel, dans lequel figurent la réduction alimentaire, la restriction des liquides, est tout indiqué dans le traitement du cœur gras; le régime réduit sera composé de viandes, de légumes verts, de fruits, avec suppression des féculents, des pâtes, des laitages et des sucreries. Toutefois, le volume des liquides ingérés ne devra pas être trop restreint, car on risquerait de provoquer des accidents graves d'auto-intoxication.

La physiothérapie s'appliquera soit sous forme de cure de terrain (ascensions graduées sur des terrains en pente douce), soit sous forme de gymnastique suédoise, soit sous forme d'ergothérapie (méthode de Bergonié), soit enfin, sous forme de mécanothérapie, par application des méthodes de Zander; mais, dans tous les cas, l'exercice musculaire devra être surveillé et ne pas déterminer de dyspnée.

La physiothérapie, bien dirigée, peut donner des résultats, mais il ne faut demander aux obèses, et surtout à leur cœur, que ce qu'ils peuvent donner.

Dès le début (surcharge adipeuse sans asthénie cardiaque), le traitement sera complété par l'emploi des iodures à petites doses, mais d'une façon prolongée, trois semaines par mois, en quelque sorte indéfiniment.

Iodure de sodium..............	3 gr.
Eau distillée..................	180 cc.

une cuillerée à soupe aux deux principaux repas.

Aux hypertendus on pourra donner une préparation de nitrite dans l'intervalle; aux malades à tension normale, on prescrira, entre temps, de petites doses de thyroïdine.

A une période plus avancée, lorsqu'il y a des signes manifestes d'hyposystolie et de tendance à la dilatation du cœur, on devra recourir aux divers toni-cardiaques dont on favorisera l'action par des périodes de repos complet au lit.

On se trouvera particulièrement bien de l'emploi de digitale (0gr10 de poudre de feuilles pendant cinq à six jours), dont l'action sera prolongée avantageusement par trois à quatre cuillerées à café de diurène, chaque jour, pendant deux à trois semaines.

On pourra également employer le strophantus ou le convallaria.

Le cactus grandiflora, associé à l'adonis, prescrits en teinture, sont moins actifs que le diurène.

Le traitement sera utilement complété par une cure hydro-

minérale à Evian, particulièrement indiquée chez les obèses hypertendus ne présentant pas d'asthénie cardiaque. Celle de Royat conviendra plutôt aux malades accusant des signes d'hyposystolie et de dilatation cardiaque.

ANALYSES

MÉDECINE

Les néphrites hématuriques aiguës d'origine amygdalienne. (CASTAIGNE. *Journ. des prat.*, 3 janv. 1914.) — Les néphrites hématuriques aiguës sont de tout autre nature que les néphrites chroniques hématuriques; ces dernières sont simplement des néphrites chroniques hypertensives, avec tendance aux hémorragies multiples (nasales, méningées, cérébrales, etc.). Au contraire les néphrites aiguës hématuriques se traduisent exclusivement par des hématuries; les symptômes cardio-artériels font ici défaut; il n'y a pas d'hypertension; en revanche il y a des phénomènes infectieux très accusés; aussi pour l'auteur, ces néphrites sont-elles nettement différenciées et ne doivent-elles pas être classées avec les formes chroniques. Elles sont dues très souvent à une infection partie de l'amygdale. J. MILHIT.

OPHTALMOLOGIE

Cataracte diabétique. (DE LAPERSONNE. *Le Progrès méd.*, 20 déc. 1913.) — On ne discute plus aujourd'hui sur l'existence de la cataracte diabétique; cependant Gosselin et Verneuil pensaient qu'il s'agissait d'une simple coïncidence; ce n'est que depuis le mémoire de Lécorché en 1861 que fut universellement admise l'action directe du diabète sur la cataracte. Panas a insisté surtout sur deux points : la nécessité de ne jamais opérer sans soumettre en même temps le diabétique au traitement médical, et en second lieu la nécessité d'adopter le procédé opératoire le plus sûr et le plus facile (l'opération en deux temps), la cataracte diabétique étant plus sujette qu'une autre aux complications. La pathogénie de cette cataracte est toujours discutée, on a successivement abandonné la théorie de la déshydratation du cristallin, la théorie nerveuse, l'action directe du sucre dans la chambre antérieure; Vitterbi est arrivé à réaliser expérimentalement la cataracte en irritant au préalable l'épithélium ciliaire par l'injection intraveineuse de fluorure de sodium, puis en introduisant de petites quantités de sucre dans la circulation.

La cataracte peut se produire chez les enfants; elle indique un pronostic fatal à brève échéance et il est inutile de tenter l'opération.

Chez l'adulte ce n'est pas l'intensité de la glycosurie qui conditionne la cataracte; l'influence de l'albumine (Bouchard) n'est pas non plus prouvée.

Au delà de soixante ans, on peut plutôt parler de cataracte sénile chez un diabétique, que de cataracte diabétique proprement dite.

D'une façon générale, l'enfant excepté, la cataracte ne devra être opérée que si, grâce à un traitement bien conduit, le sucre a été ramené à 15 ou 20 grammes par litre; on ne devra pas opérer non plus si le malade est trop cachectique et si sa pression artérielle, mesurée au Pachon, atteint 24.

Une complication à redouter après l'opération est l'hémorragie expulsive; on peut avoir encore des retards de la cicatrisation, des complications d'iritis, de l'infection purulente, des complications d'ordre général, enfin et surtout des psychoses, des phobies. On pourra préparer l'opération par une iridectomie, non pas pour amener la maturation artificielle de la cataracte, mais pour rendre moins dangereux l'acte opératoire de l'extraction du cristallin. J. MILHIT.

UROLOGIE

Traitement des diverticules vésicaux. (MARION. *Journ. d'urologie*, 1913, n° 5.) — Le diverticule vésical, ou vessie accessoire, communique plus ou moins largement avec le réservoir principal; c'est une anomalie assez fréquente; tant que la loge est petite, elle n'a pas grand inconvénient; mais dès qu'elle dépasse un certain volume, elle peut être le siège de calculs, d'infection chronique dont la cure est difficile. Pour cette raison, le chirurgien peut, dans certains cas, être obligé de pratiquer l'extirpation du diverticule; or, cette extirpation est délicate; dans certains cas il suffit d'ouvrir la vessie et de retourner en doigt de gant le diverticule du côté de la cavité vésicale, cela suffit pour supprimer ses inconvénients. Le retournement transforme le cul-de-sac en un battant de cloche du côté de la vessie; cette saillie s'atrophie peu à peu; mais si le diverticule est volumineux ou adhérent, le retournement n'est pas possible, il faut en pratiquer la résection.

Mon maître Marion vient de publier dans le *Journal d'urologie* une observation intéressante et il a indiqué la technique que nous lui avons vu suivre. Il s'agissait d'un malade atteint de *polakiurie*, *urines troubles*, résidu vésical de 400 grammes; et la *cystoscopie* montra, au niveau de la partie latérale droite de la vessie, un orifice ovalaire très large duquel s'échappait une urine trouble; à la *radiographie*, après remplissage au collargol, on constate deux cavités d'égal volume situées l'une à côté de l'autre.

Opération. Le malade fut mis en position Trendelenburg; taille sus-pubienne, incision médiane de 10 centimètres; ouverture large de la vessie; l'orifice communiquant avec le diverticule était large comme une pièce de 5 francs; il ne fut pas possible de découvrir l'orifice urétéral droit qui fut sectionné et réimplanté dans l'angle inférieur de la plaie vésicale; l'opérateur essaya de retourner en doigt de gant la cavité diverticulaire; mais cela fut impossible; alors il fendit la paroi vésicale, prolongea l'incision vers le diverticule; dès que l'incision atteignit le bord du diverticule, il fut facile de le retourner et de l'exciser; la vessie fut suturée complètement, un drain fut placé au côté droit de la vessie, un autre dans la cavité vésicale et le malade guérit rapidement; son état général est actuellement excellent; les urines sont claires.

R. DE BUTLER D'ORMOND.

THÉRAPEUTIQUE

Notes sur un cas de folliculite urétrale blennorragique traitée par l'iode colloïdal. (Marcel DESCHAMPS et Jean PERRIGAULT. *Revue de thérap. méd.-chir.*, 15 fév. 1914, p. 122.) — Ces auteurs ont, à l'hôpital Beaujon, appliqué l'iode colloïdal au traitement de la folliculite urétrale blennorragique. Ils ont obtenu, après dix-sept jours de traitement (injection d'iode colloïdal dans l'urètre antérieur, au niveau de la folliculite), la disparition complète, et sans aucun soupçon de tissu cicatriciel, d'une folliculite suppurée, de la grosseur d'une noisette.

Ils ont également constaté que des injections d'iode colloïdal, en suspension huileuse, titrant 20 centigrammes par centimètre cube et stabilisée par un hydro-carbure, abrégeaient considérablement la période aiguë de la blennorragie.

L. GAYARD.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

INSUFFISANCE DIGESTIVE

L'insuffisance digestive est, comme les autres, justiciable de l'opothérapie, avec cette différence que l'on peut en chercher l'agent en dehors du règne animal. Les cachets ou les comprimés de Trouette-Perret à la papaïne ont, en effet, la précieuse propriété de remédier, avec un seul produit, aussi bien à la dyspepsie gastrique qu'à la dyspepsie intestinale, souvent associée.

COURS ET CONFÉRENCES

HOPITAL SAINT-LOUIS. — COURS DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES (professeur : M. GAUCHER). — M. le professeur Gaucher continuera ce cours le dimanche 1er mars 1914, à dix heures du matin, à l'hôpital Saint-Louis (amphithéâtre des cliniques) et les mercredis et dimanches suivants, à la même heure.

Objet du cours. — Dimanche : Leçon didactique : Tumeurs de la peau (avant Pâques).

Mercredi : Leçon clinique.

M. Gougerot, agrégé, fera, le vendredi 6 mars, à dix heures, et tous les vendredis suivants dans le même amphithéâtre, des conférences élémentaires sur les maladies cutanées.

Il fera, les lundis et mardis, à neuf heures et demie, dans les salles Saint-Louis et Henri-IV, les samedis, à neuf heures et demie et les lundis, à deux heures, à la consultation externe, des conférences cliniques à l'usage des élèves stagiaires et des étudiants en médecine.

HOPITAL LAENNEC. — Le docteur E. Rist fera, dans son service, à partir du 2 mars et jusqu'aux grandes vacances, avec la collaboration de MM. les docteurs Armand-Delille, P. Ameuille, Léon Kindberg et Maingot, une série de conférences et de démonstrations portant sur le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. Divers points concernant l'anatomie pathologique et la thérapeutique de la tuberculose seront également traités par le docteur Rist et ses collaborateurs.

Le lundi matin, à dix heures et demie, policlinique au dispensaire Léon Bourgeois.

Le mercredi matin, à dix heures et demie, interprétation de radiographies et examens radioscopiques.

Le vendredi matin, à dix heures et demie, conférence clinique, salle Monneret.

Les mardis, jeudis et samedis, exercices et démonstrations pratiques au cours de la visite.

La première policlinique aura lieu le lundi 2 mars.

La première conférence aura lieu le vendredi 6 mars, à dix heures et demie, sur le sujet suivant :

« Le diagnostic positif de la tuberculose pulmonaire et la recherche du bacille de Koch dans l'expectoration. »

— SERVICE D'OPHTALMOLOGIE DE L'HÔPITAL LAENNEC. — Les docteurs Rochon-Duvigneaud, ophtalmologiste de l'hôpital Laënnec, et René Onfray, ancien assistant du service, feront, à dater du samedi 7 mars, à trois heures, une série de conférences accompagnées de présentations de malades et d'exercices pratiques d'examens.

Samedi 7 mars, à trois heures : La vision binoculaire et ses modes d'examen.

Mardi 10 mars, à trois heures : Etude clinique du strabisme convergent.

Samedi 14 mars, à trois heures : Traitement médical du strabisme convergent.

Mardi 17 mars, à trois heures : Traitement chirurgical du strabisme convergent.

Samedi 21 mars, à trois heures : Le strabisme divergent.

Mardi 24 mars, à trois heures : Les éléments du diagnostic et du pronostic des rétinites albuminuriques.

Samdi 28 mars, à trois heures : Rétinites mixtes (diabète et albuminurie).

Le prix de la série de conférences et d'exercices pratiques d'examen est de 40 francs.

Prière de s'inscrire au service d'opthtalmologie de l'hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — LEÇONS SUR LA DIPHTÉRIE. — M. le docteur E.-C. Avirагnet, médecin des hôpitaux, chargé d'un cours de clinique annexe, commencera le samedi 14 mars 1914, à neuf heures du matin (hôpital des Enfants-Malades, pavillon de la diphtérie), un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (bactériologie, sérothérapie, tubage et trachéotomie).

Tous les matins : visite; examen des malades. Avant et après la visite : leçon théorique et travaux pratiques.

Programme des leçons. — Première et deuxième leçons : Généralités sur la diphtérie. Tubage. — Troisième leçon : Trachéotomie. — Quatrième leçon : Diagnostic bactériologique. — Cinquième et sixième leçons : Etude clinique de l'angine diphtérique. — Septième leçon : Etude clinique du croup. — Huitième leçon : Paralysie diphtérique. — Neuvième leçon : Sérothérapie. — Dixième leçon : Traitements adjuvants. Prophylaxie de la diphtérie.

Seront admis à suivre cet enseignement MM. les étudiants pourvus de seize inscriptions et MM. les docteurs en médecine.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 5), tous les jours, de midi à trois heures.

Les élèves seront classés par série de quinze et pour une période de trois semaines. MM. les docteurs en médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité.

M. le docteur H. Dorlencourt, chef de laboratoire, et M. Gillard, interne du service, dirigeront les travaux pratiques.

COURS COMPLÉMENTAIRE D'ACCOUCHEMENTS. — M. le docteur Cyrille Jeannin, agrégé, commencera le cours complémentaire d'accouchements le lundi 2 mars 1914, à six heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Objet du cours. — Dystocie et opérations obstétricales.

CONFÉRENCES DE PHARMACOLOGIE. — M. Tiffeneau, agrégé, commencera ces conférences le mardi 3 mars 1914, à trois heures (amphithéâtre Vulpian), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Objet des conférences. — Modificateurs du système nerveux central et périphérique (anesthésiques, hypnotiques, antipyrétiques, médicaments cardiovasculaires, etc.).

CONFÉRENCES DE PATHOLOGIE EXTERNE. — M. Desmarest, agrégé, commencera les conférences de pathologie externe, le jeudi 5 mars 1914, à cinq heures (grand amphithéâtre de la Faculté) et les continuera les mardis, jeudis et samedis, à la même heure.

Programme. — Maladies des voies urinaires et des organes génitaux de l'homme et de la femme.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 9 AU 14 MARS 1914

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 9 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (oral, 2e partie).

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 10 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

2e.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 11 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

1er (oral).

Jeudi 12 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

1er (oral).

4e.

Vendredi 13 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (oral, 2e partie).

Samedi 14 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

2e.

THÈSES

Jeudi 12 mars, à une heure. — M. FRIEDMANN. De l'atrésie et de la sténose de l'orifice externe du col utérin. (MM. Pozzi, président; Gilbert, Lenormant et Maurice Villaret.) — M. GERSCHENOVITSCH. Sur les différentes modalités cliniques des néphrites scarlatineuses chroniques, (MM. Gilbert, président; Pozzi, Lenormant et Maurice Villaret.)

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 1, janv. 1914.) BENSAUDE et SORREL : Six cas de mégacôlon (examens radiologique et radioscopique, considérations thérapeutiques. — TAILLENS : Un cas d'aérophagie rectale.

Medical Record. — (Vol. LXXXV, n° 1, 3 janv. 1914.) Clinton WAGNER : La Société de laryngologie de New-York. — Bryson DELAROU : Laryngologie à New-York. — John S. THACHER : Pneumonie qui ne se résout pas. — Wesley Grove VINCENT : Appendicite aiguë dans la première et la seconde enfance. — Charles J. DRUECK : Fistules génitales chez la femme. — Elliott C. BURROWS : Usage et abus du salvarsan et du mercure dans la syphilis. — Francis A. PRENDERGAST : Effet du vaccin typhique sur l'élimination du sucre dans le diabète. — C. Legiardi LAURA : Abcès sous-pectoral. — Pascal ROMEO : Réfrigération par la glace dans le traitement de la névralgie intercostale. — (Vol. LXXXV, n° 2, 10 janv.) Royal WHITMAN : Nouvelles observations sur le traitement opératoire du pied bot talus paralytique et des déformations associées. — L. L. TEN BRŒCK : Destruction du bacille diphtérique au moyen d'un champignon thallophyte, l'achyla muscaris. Une étude clinique et expérimentale. — Juan Santos FERNANDEZ : Quatre cas de tumeurs dermoïdes scléro-cornéennes. — I. O. PALEFSKI : Une méthode de lavage modifiée au moyen d'une pièce en verre à double robinet adaptée au tube gastrique modifié, spécialement établie pour le cabinet et la salle d'hôpital. — G. W. SENSMITH et M. I. MARSHAK : Un cas montrant « l'élément de sûreté » dans le tissu pulmonaire et le signe pronostique que donne la pression sanguine. — Richard KOVACS : Un voyage d'étude en Europe. — S. Joséphine BAKER : L'état physique des écoliers arriérés. — Francis H. MEAD : Hoquet persistant.

Riforma medica. — (N° 1, 3 janv. 1914.) Enrico de RENZI : La cardioptose ou maladie de Rummo. — Guglielme SCALA : Variations de la pression osmotique et de la viscosité du sérum sanguin dans l'hyposurrénalisme expérimental. — Camillo NINNI : A propos d'un sarcome endo-périthélial diffus. — (N° 2, 10 janv.) Domenico TADDEI : Sténose supracæcale par membrane de Jackson, et rein mobile. — Nicola GIANNETTASIO : Contribution à l'étude du kyste colloïde de l'ovaire. — (N° 3, 17 janv.) Luigi CAFORIO : La régénération des fibres élastiques dans les plaies des artères, en rapport avec le matériel de suture et l'élément fonctionnel. — Nicola GIANNETTASIO : Contribution à l'étude du kyste colloïde de l'ovaire. — Leopoldina ANTONINI : La résection intrathoracique latérale du vague, dans ses rapports avec la pathogénie de l'ulcère rond de l'estomac. — Mario TROSSARELLO : La conservation des sérums syphilitiques.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 26. — MARDI 3 MARS 1914. 87e ANNÉE. MARDI 3 MARS 1914. — N° 26.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 10 francs par an. Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Question donnée : « Veines saphènes. — Diagnostic différentiel des hydarthroses. »

Questions restées dans l'urne : « Canal inguinal. — Diagnostic et traitement de la péritonite aiguë diffuse. »

« Région sous-maxillaire. — Grenouillette. »

Première séance de lecture, vendredi 6 mars, à cinq heures, 49, rue des Saints-Pères.

— CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HOPITAUX. — *Epreuve opératoire.* — Séance du 27 février. — MM. Blanluet, 15; Baldenweck, Halphen et Le Mée, 14; Hautant, 19; Rouget, 14.

Oral. — Séance du 1er mars. — MM. Hautant et Baldenweck, 18.

— CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. de Lapersonne, Morax, Rochon-Duvigneaud, Terrien et Widal, qui acceptent; Poulard et Rieffel, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DE L'INTERNAT EN PHARMACIE. — Le jury est définitivement composé de MM. Viron, Bougault, Berthoud, Richaud et Valeur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Un congé, du 1er février au 31 octobre 1914, est accordé sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Pierre Marie, professeur d'anatomie pathologique.

M. Roussy, agrégé, est chargé, en outre, d'un cours d'anatomie pathologique.

GUERRE. — Sont désignés pour être détachés pendant les saisons thermales de 1914 aux hôpitaux d'eaux minérales ci-après :

Hôpital de Bourbonne-les-Bains (du 15 mai au 15 septembre). — M. le médecin principal de deuxième classe Krantz, médecin chef.

MM. les médecins-majors Dalphin, Vitoux, Odinot et Terracol.

Hôpital de Vichy (du 1er mai au 13 septembre). — M. le médecin-major de première classe Biscons, médecin chef.

MM. les médecins-majors Marion, Duron, Coulon et Mathieu de Fossey.

Hôpital de Barèges (du 12 juin au 15 septembre). — M. le médecin principal de première classe Sanglé-Ferrières, médecin chef.

MM. le médecin principal Gilles et le médecin aide-major Sieur.

Hôpital de Bourbon-l'Archambault (du 15 mai au 15 septembre). — M. le médecin principal Rostan, médecin chef.

M. le médecin aide-major Schangel.

LA SITUATION DES MÉDECINS MILITAIRES EN ALLEMAGNE. — L'empereur Guillaume vient de décider que, dorénavant, les médecins militaires auront droit aux honneurs comme les autres officiers. Les médecins des hôpitaux militaires auront le droit de punir directement les soldats en traitement.

Les honneurs militaires seront rendus aux médecins en cas de décès. Enfin, en campagne, ils auront le droit de porter l'écharpe d'officier.

Pendant que le Kaiser cherche ainsi à relever le prestige du corps de santé pour enrayer la crise qui sévit aussi sur les médecins militaires allemands, que fait-on, en France, pour nos confrères de l'armée qui sont toujours à la peine et si rarement à l'honneur ?

ACADÉMIE DES SCIENCES MORALES ET POLITIQUES. — L'Académie, présidée par M. Bergson, a classé les candidats au fauteuil de M. Babeau. M. Buffenoir s'étant retiré, l'Académie a présenté, en première ligne, M. Paul Deschanel, de l'Académie française, président de la Chambre; en deuxième ligne, le docteur Grasset, professeur honoraire à la Faculté de Montpellier. L'élection aura lieu le 14 mars.

ASSOCIATION DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS. — Au cours de l'Assemblée générale qui a eu lieu samedi dernier, l'association a procédé au renouvellement de son bureau.

M. le professeur Doumer (de Lille) a été élu président en remplacement du regretté professeur Antonin Poncet.

Ont été élus vice-présidents, pour Paris : M. François Le Sourd ; pour la province : M. René Leriche (de Lyon).

Secrétaire général : M. Bouquet; secrétaire général adjoint : M. L. Nass; membres du Conseil d'administration : MM. Bardet, Bilhaut et R. Blondel ; membres du Conseil de famille ; MM. Brochin, Granjux et Ozenne.

LA MUJER Y EL NINO. — Sous ce titre vient de paraître, à Saragosse, le premier numéro d'une « revue médico-sociale dédiée à l'étude des maladies propres à la femme et à l'enfant ». Elle a pour directeur notre distingué confrère, le docteur Ricardo Horno-Alcorta, membre correspondant de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris, et de la Société de médecine de Paris. Parmi les collaborateurs on relève les noms des principaux spécialistes de France et d'Espagne. Ne fût-ce qu'à cause de ce caractère nettement latin, nous souhaitons le plus vif succès à la jeune revue et à son éminent directeur. A. GAULLIEUR L'HARDY.

V. E. M. 1914. — Le quatorzième Voyage d'études médicales aux stations hydrominérales, maritimes et climatiques de France, aura lieu du 30 août au 12 septembre 1914, sous la présidence effective du professeur Landouzy.

Il comprendra les stations suivantes : Vittel, Contrexeville, Martigny, Bourbonne, Plombières, Bains-les-Bains, Luxeuil, Bussang, Gérardmer, La Schlucht, Le Honech, Nancy, Mondorf, Saint-Amand, Berck, Forges-les-Eaux, Bagnoles-de-l'Orne, Zuydcoote (sanatorium).

Le programme détaillé sera publié en avril 1914.

Pour tous les renseignements, s'adresser au docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, ou au docteur Jouaust, 4, rue Frédéric-Bastiat, Paris.

JURISPRUDENCE

LES ESCROQUERIES A L'ACCIDENT DU TRAVAIL

L'arrêt, que la Cour d'appel de Paris a rendu le 11 décembre 1913 (V. *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 144, p. 2292), a permis de baser des jugements de condamnation contre les médecins, qui n'hésitent pas, sous le couvert de donner des soins aux accidentés du travail, à commettre des actes des plus répréhensibles. Nous n'avons cessé de nous élever contre ces pratiques, qui finiraient par jeter une suspicion sur le corps médical, et nous nous sommes fait un devoir de signaler les jugements flétrissant ces agissements.

C'est ainsi que le 3 février 1914, la dixième chambre du tribunal correctionnel de la Seine, condamnait à six mois de prison avec sursis et 500 francs d'amende le docteur K... Les juges ont, par des attendus fortement motivés, défini comment le médecin se rendait le complice, dans une tentative d'escroquerie, de l'ouvrier. Nous n'en citerons que les principaux, et les plus caractéristiques.

« ... Attendu qu'il y a lieu de relever contre K... qu'il a recours aux moyens les plus blâmables pour s'attirer cette clientèle spéciale des accidentés, ce qui tend à faire croire qu'il en escompte les bénéfices d'une façon frauduleuse, au préjudice des patrons et des compagnies, comme l'indique G... lui-même ;

Attendu, en effet, qu'il donne 5 francs au blessé qui se présente chez lui pour la première visite et 0 fr. 50 pour chacune des autres visites ;

Que de semblables procédés, incompatibles avec la dignité professionnelle d'un médecin, ne sauraient se justifier, comme l'a déclaré K..., par le payement des frais de déplacement de l'accidenté, puisque, dans l'espèce, G... habite à une faible distance de K... et qu'elles trahissent bien plutôt chez ce docteur des préoccupations audacieusement intéressées ;

Attendu que, dans cet ordre d'idées, il y a lieu de remarquer que, si l'on en croit G...., K... aurait fait apposer sa signature par celui-ci sur son carnet de visites, pour certifier que vingt et une consultations auraient eu lieu, alors que G... ne s'était rendu que six fois à sa clinique ;

Attendu que cette fraude, voilée par G..., paraît prouvée par l'expertise de M. Malétrat, commis par justice, et par cette constatation qu'aux dates faussement indiquées par K... comme étant celles des visites, G... travaillait avec continuité depuis l'heure la plus matinale et pendant onze heures par jour chez Nicolas ;

Attendu qu'on entrevoit bien le parti que K... se proposait de tirer de ces manœuvres pour se faire payer par la compagnie le montant des visites fictives certifiées par G..., mais que ces faits spéciaux ne constituent pas, faute de commencement d'exécution, la tentative d'escroquerie punissable, puisque le montant des visites n'a pas été réclamé par K..., qu'ils sont néanmoins révélateurs de la mauvaise foi de K... comme les autres faits ci-dessus relatés ;

Attendu donc que K... s'est rendu complice de la tentative d'escroquerie commise par G..., puisqu'il lui a permis en connaissance de cause, au moyen du certificat médical qu'il lui a délivré, de commettre ladite tentative d'escroquerie... »

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

COURS ET CONFÉRENCES

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HOTEL-DIEU. (Professeur : M. DE LAPERSONNE.) — M. le docteur A. Cantonnet, ancien chef de clinique de la Faculté, ophtalmologiste des hôpitaux, commencera le mardi 10 mars 1914, à cinq heures (amphithéâtre Dupuytren), des conférences pratiques sur les maladies des yeux, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Elles auront pour objet les affections et les traumatismes oculaires que doivent connaître et savoir traiter tous les médecins (présentations de malades).

COURS ET TRAVAUX PRATIQUES DE LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE ET OTOLOGIE. — I. COURS. — M. le docteur Castex, chargé de cours, assisté de MM. les docteurs Collinet, Paul-Boncour et Ramadier, reprendra le cours public et gratuit à l'amphithéâtre Cruveilhier (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de médecine), le mardi 3 mars 1914, à trois heures.

Programme du cours. — 1° Mardis, jeudis, samedis, M. Castex : Présentation de malades ;

2° Lundis, mercredis, vendredis, MM. Collinet, Paul-Boncour et Ramadier : Conférences d'oto-rhino-laryngologie.

II. TRAVAUX PRATIQUES. — Les exercices pratiques ont lieu, toute l'année, sans interruption.

Examen et traitement des malades par les élèves, tous les jours, de trois à cinq heures.

Le droit de laboratoire pour chaque série d'un mois est de cinquante francs.

Sont admis, tous les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés titulaires de 16 inscriptions. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Un certificat d'études est délivré aux élèves.

CONFÉRENCES D'ANATOMIE DESCRIPTIVE. — M. H. Rouvière, agrégé, commencera ces conférences le vendredi 6 mars 1914, à quatre heures (grand amphithéâtre de la Faculté) et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Sujet des conférences. — Cœur et gros vaisseaux. Appareil pulmonaire. Système nerveux périphérique.

CONFÉRENCES DE CHIMIE BIOLOGIQUE. — M. Maurice Nicloux, agrégé, commencera les conférences de chimie biologique le jeudi 5 mars 1914, à cinq heures (amphithéâtre Vulpian, à la Faculté), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Sujet des conférences. — Sang, lymphe, sérosités. Respiration. Digestion. Le rein et l'urine. Mécanismes généraux du fonctionnement des tissus et des organes.

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

RÉPARTITION DES CHEFS DE SERVICE

DES CHEFS DE CLINIQUE ET DE LABORATOIRE

DES INTERNES ET EXTERNES

POUR L'ANNÉE 1914-1915

A. HÔTEL-DIEU. — 1. Médecin : M. le professeur Gilbert; chef de clinique : M. Descomps; chef de clinique adjoint : M. Chabrol; chef de laboratoire : M. Deval; interne : M. Pierret; externes : MM. Lehmann, Dugué, Malgat, Simeray, Mlle Nemirowsky, M. Kœchlin.

2. Médecin : M. Petit; interne : M. Avezou; externes : Mlle Kuntz, MM. Genin, Cheyron, Wurtz (J.).

3. Médecin : M. Chantemesse; internes provisoires : MM. Marquezy, Fris-Larrouy; externes : MM. Renaux, Tzancoff, Barachi, Bucquet, Duhazé, Raynal, Hérisson, Girardin.

4. Médecin : M. Roger; interne : M. Godlewski; externes : MM. Gaume, Niel, Terrasse, Jouisse.

5. Médecin : M. Dalché; interne provisoire : M. Lesage; externes : MM. Gerdil, Darcissac, Poiré, Daspres, Martin (André).

6. Médecin : M. Caussade; interne : M. Goret; externes : MM. Lilly, Phipps, Dupret, Woirin, Moniot.

7. Chirurgien : M. le professeur Reclus; chef de clinique : M. Kendirdjy; chefs de clinique adjoints : MM. Poupardin, Guimbellot; chef de laboratoire : M. Dreyfus; internes provisoires : MM. Portis, Serrand, de Nabias, Greder; externes : MM. Exintaris, Lauriol, Emile-Zola, Lenferma, Rocheblave, Wickham (Roger), Salmon, Brulé.

8. Chirurgien : M. Potherat; internes provisoires : MM. Laburthe-Tolra, Poissonnier; externes : MM. Martin (Louis), Pannier, Dameuve, Amelnie, Philippeau, Decoularé.

9. Chirurgien : M. le professeur de Lapersonne; assistant : M. Chenet; chef de clinique : M. Cerise; chefs de clinique adjoints : MM. Velter, Toulant; chefs de laboratoire : MM. Bourdier, Pley, Gellé; internes : MM. Dantrelle, Wiart; externes : MM. Proust (Roger), Dubuisson, Zvibak, Klébaner, Charles, Delitch, Le Coulm.

10. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Lereboullet; suppléant : M. Bénard (Henri); interne provisoire : M. Sedan-Miégemolle; externes : MM. Rosset, Malassez, Boulanger, Vasselle.

11. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Descomps; suppléant : M. Audard; externes : MM. Albert, Thuau, Nappez.

B. HÔPITAL DE LA PITIÉ. — 1. Médecin : M. Babinski; interne : M. Dubois (Robert); interne provisoire : Mlle Besson (H.); externes : MM. Dossin, Ribeton, Mlle Spanowsky, MM. Guérin, Huette, Joanny.

2. Médecin : M. Lion; interne : M. Pernet; externes : MM. Chapplain, Cretté, Lanos, Delpérier, Crétin, Cassan.

3. Médecin : M. Claisse; interne : M. Broussolle; externes : MM. Picard (Joseph), Nast, Moore, Mlle Zvigoul, MM. Gur, Blamoutier.

4. Médecin : M. Thiroloix; interne : M. Mairesse; externes : MM. Tassigny, Prévot, Chauvel, Charlet-Reyjal, Mlle Gillot, M. Malet.

5. Médecin : M. Enriquez; interne : M. Jacquet; externes : Mme de Tannenberg, MM. Benoist (Henri), Laplane, Boyau, Favory, Mlle Lévy (Gabrielle), MM. Béhague, Thierry (Jacques).

6. Médecin : M. Josué; interne : M. Boirac; externes : MM. Triollet, Pinto, Berrut, Renardier, Vallée (Emmanuel), Dupouy, Chastang, Parturier.

7. Chirurgien : M. Walther; assistant : M. Baumgartner; internes : MM. Thouvenin, Ducastaing, Couinaud; interne provisoire : M. Guillouet; externes : MM. Debray (Jacques), Fouet, Lafont (Henri), Missirliu, Fougeras-Lavergnolle, Lesur, Alary, Hartmann, Ovion.

8. Chirurgien : M. Arrou; internes : MM. Truffert, Audain, Fitte; externes : MM. Lerasle, Huas, Casteran, Foucault, Mlles Déjerine, Baute, MM. Creuzot, Jondeau.

9. Chirurgien : M. Thiéry; internes provisoires : MM. Benoiste-Pilloire, Hartglass, Gibert; externes : Mlle Desplas, MM. Alamartine, Peltier, Segal, Robin (G.), Cassidanius, Comet, Arfeux.

10. Accoucheur : M. Potocki; interne : M. Bel; assistant : M. Sauvage; externes : M. Abrial, Mlle Chauvet, MM. Bernard (Pierre), Parcheminey, Boulin (Pierre), Texier.

11. *Consultation.* (*Ophtalmologie.*) — Ophtalmologiste : M. Monthus; suppléant : M. Monnet; externes : MM. Monnier, Doniol.

12. *Service d'oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Bourgeois; suppléant : M. Poyet; externes : MM. Delattre (Raoul), Tarneaud.

13. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Delherm; suppléant : M. Laquerrière; externes : MM. Lenoir (Robert), Wigniolle.

14. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Michel; suppléant : M. Jacob; interne provisoire : M. Perrin (Henri); externes : MM. Caillet (André), Monpin, Vincant.

15. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Alglave; suppléant : M. Sauvé; externes : MM. Dambier, Tiphine, Basset.

C. HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — 1. Médecin : M. Moutard-Martin; interne provisoire : M. Thomas; externes : MM. Arcé, Chopinet, Milet, Sagot, Godard (Ph.).

2. Médecin : M. Legry; interne provisoire : M. Piédelièvre; externes : MM. Taberlet, Pouey, Morice (René), Broqua.

3. *Service temporaire de médecine.* — Externe : Mme Agnel.

4. Médecin : M. Belin; interne : M. Vivier; externes : MM. Béthoux, Chatellier (Louis), Denoël, Festal.

5. Médecin : M. Bezançon; internes : M. Krebs; externes : MM. Martin (Ch.), Lévi-Alvarès, Chapelain, Ulmann, Nantet.

6. Médecin : M. M. Labbé; interne : M. Meaux Saint-Marc; externes : MM. Delort (Vital), Boissier, Gaudefroy, Rivalier, Garlopeau.

7. Médecin : M. Sergent; interne : M. Legrain; externes : MM. Blot, de Massary, Chauvenet, Le Chaux.

8. Chirurgien : M. Mauclaire; internes : MM. Baudin, Morlot, Olivieri; externes : MM. David (Roger), Engelbach, Meyer, Desnoyers, Mlle Bernard (Suz.), MM. Salle, Marot.

9. Chirurgien : M. Souligoux; internes : MM. Marchak, Luquet; externes : MM. Chabrut, Plotkine, Terris, Aris, Mordret, Mlle Porquer, M. Szarvas.

10. Accoucheur : M. Tissier; interne : M. Mercier; externes : M. Caussé, Mme Caussé, MM. Auquier, Claverie.

11. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Weil (Emile); suppléant : M. Chevallier; externes : MM. Wisner, Loyauté, Bigot, Boileau.

12. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Lardennois; suppléant : M. Liné; externes : MM. Lefort (Robert), Roland.

13. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Turchini; suppléant : M. Lomon; externe : M. Laban.

14. *Service d'électrothérapie.* — M. Labbé (Donatien).

D. HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — 1. Médecin : M. le professeur Chauffard; chef de clinique : M. Laroche; chefs de clinique adjoints : MM. Flandin, Brodin; chefs de laboratoire : MM. Troisier, Grigaux, Ronneaux; internes : MM. Vallery-Radot (Pasteur), Françon; externes : MM. de Carvalho, Funck, Joffroy, de Rohan-Chabot, Yacoël.

2. Médecin : M. Siredey; interne : Mlle Denis; externes : Mlle Popelin, MM. Jeanjean, Dubranle, Vernant, Bruker.

3. Médecin : M. Béclère; interne : M. Paraf; externes : MM. Grunberg (Arthur), Pareux, Gayet, Delord (Jean), Robin (André), Luizy.

4. Médecin : M. Vaquez; interne : M. Turquety; interne provisoire : M. Charpin; externes : MM. Ladroitte, Caracostea, Omont, Mangini, Grenier, Jullien.

5. Médecin : M. Jacquet; interne : Mlle Le Conte; externes : MM. Thin, Narboni, Valière-Vialeix, Boussin, Descaves.

6. Médecin : M. Le Noir; interne provisoire : M. Michon; externes : M. Lestocquoy, Mlle Demadières, Mme Cardot, MM. Le Normand, Villetard de Prunières, Kremen.

7. Médecin : M. Mosny; interne : M. Barat; externes : MM. Lebée, Decléty, Faure (René), Dehau.

8. Médecin : M. Mathieu ; interne : M. Mathieu ; externes : MM. Waisberg, Maigre, Engelhard, Duval (Henri), Gervais (Jean).

9. Médecin : M. Claude ; interne : M. Quercy ; externes : MM. Leroux (Mce), Dauptain, Magnillat, Aulagnier.

10. Médecin : M. Lermoyez ; assistant : M. Hautant ; internes : MM. Sourdille, Rousseau (Ferd.) ; externes : MM. Vautrain, Rouffiat, Lucchini, Esseca, Lefai.

11. Chirurgien : M. Lejars ; internes : MM. Bloch (Jacques), Clap, Garcin ; externes : MM. Gornouec, Deroche, Maire, Prévost (Ch.), Daban, Ribardière.

12. Chirurgien : M. Ricard ; assistant : M. Labey ; internes : MM. Vielle, Dupradeau, Rudelle ; externes : MM. Degouy, Zeitline, Dujarier, Prévost (Félix), Gambillard, Weismann.

13. Accoucheur : M. Doléris ; assistant : M. Cathala ; interne : M. Bénit ; externes : Mlles Simon, Pezé, MM. Mathelin, Poitrinal.

14. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Ramond ; suppléant : M. Harvier ; interne provisoire : M. Millet ; externes : MM. Castera, Bagou, Jouet.

15. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Wiart ; suppléant : M. Barbier ; externes : Mlle Le Bouëdec, MM. Moineau, Plumey, Hissard.

16. *Consultation d'ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Dupuy-Dutemps ; assistant : M. Joseph ; externes : MM. Toutey, Ledoux.

E. Hôpital Necker. — 1. Médecin : M. Barth ; interne provisoire : Mlle Hochberg ; externes : MM. Renard (J.-A.-J.), Merklen, Bazert, Boegner, Mallet (Paul).

2. Médecin : M. Hirtz ; interne : Mlle Blanchier ; externes : MM. Pecker, Dujardin, Poussard, Habibollah, Berthon.

3. Médecin : M. Achard ; interne : M. Rouillard ; externes : MM. Adler, Leflaive, Marx, Leduc.

4. Médecin : M. Rénon ; interne : M. Mignot ; externes : MM. Cabart-Danneville, Clouzeau, Fogt, Oddo.

5. Chirurgien : M. le professeur Delbet ; chef de clinique : M. Bréchot ; chef de clinique adjoint : M. Girode ; chefs de laboratoire : MM. Herrenschmidt, Beauvy ; internes : MM. Monod (Raoul), Mossé, Lamare ; externes : MM. Isch-Wall, Beau, Rossignol, Thouvenot, Lyot, Galland, Fortin.

6. Chirurgien : M. le professeur Legueu ; chef de clinique : M. Papin ; chef de clinique adjoint : M. di Chiara ; chefs de laboratoire : MM. Verliac, Ambard, Morel ; internes : MM. Quénu, Thibierge, Gouverneur ; externes : MM. Payen, Linval, Armingeat, Boulay (Jacques), Sabassier, Legay, Chéreau, Thévenot, Duvacher, Naar.

7. Chirurgien : M. Routier ; internes : MM. Galland, Léger ; externes : Mlle Angelini, MM. Bayle, Savary, Rémy-Néris, Audigier.

8. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Pissavy ; suppléant : M. Paisseau ; interne provisoire : M. Rabut ; externes : MM. Surun, Roullé.

9. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Roux ; suppléant : M. Gasne ; externes : MM. Imbert, Gadrat.

F. Hôpital Cochin. — 1. Médecin : M. le professeur Widal ; internes : M. Moreau, Mme Hovelacque ; externes : MM. Récamier, Huet (P.-A.), Wickham (Y.), de Gennes (Louis), de Brun du Bois-Noir (R.), Colanéri, Duval-Arnould, Doumer (A.), Ach.

2. Médecin : M. Œttinger ; interne : M. Claude ; externes : MM. Leclerc, Lepelletier, Cornudet, Ill, Lignac, Cumenge, Broca.

3. Médecin : M. Gandy ; interne provisoire : M. Borrien ; externes : MM. Ducuing, Calamy, Pelbois, Ferriot, Deguiry, Martinet.

4. Chirurgien : M. le professeur Quénu ; chef de clinique : M. Küss ; chef de clinique adjoint : M. X... ; chefs de laboratoire : MM. Jolly, Brûlé ; internes : MM. Latil, Eudel, Lucas-Championnière ; externes : MM. Huet (Pierre), Marchant, Loir, Vinal, Loisel, Gardinier, Mlle Ostwalt, M. Wiesner.

5. Chirurgien : M. Schwartz ; internes : MM. Lanos (Jean), Duter ; externes : MM. Placet, Canoz, Mlle Cassel, MM. Michel, Dumas, Geghre.

6. Chirurgien : M. Faure ; internes : MM. Tartois, Flandrin ; externes : M. Lozès, Mlle Lévy (Suz.), MM. Lefranc, Lauzier, Camous.

7. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Ribierre ; adjoint : M. Lecomte ; interne provisoire : M. Boutelier ; externes : M. Mérot, Mlle Rozanoff.

8. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Chevrier ; suppléant : M. Moyrand ; externes : MM. Andral, Chevallier, Younès, Vannieuwenhuyse.

9. *Radiologie.* — Radiologiste : M. Ménard ; assistant : M. Varet ; externe : M. de la Ruelle.

G. Hôpital Cochin annexe. — 1. Médecin : M. Queyrat ; interne provisoire : M. Mercier ; externes : MM. Cunault, Diwany, Guilmoto, Dalibert, Hermet, Phronmios.

2. Médecin : M. Fournier ; interne provisoire : M. Chevalley ; externes : MM. Langlais, Chabert, Potheau, Girard (André), Labesse.

3. Chirurgien : M. Michon ; interne : MM. Rouffignac, Alary ; externes : MM. Tapon, Ollivier, Sénéchal, Grunkraut, Ehrlich, Jarraud.

4. *Consultation d'ophtalmologie.* — Assistant : M. Cantonnet ; suppléant : M. Gaujoin ; externes : MM. Couturier, Merlier.

H. Hôpital Beaujon. — 1. Médecin : M. le professeur Debove ; chef de clinique : M. Lian ; chefs de clinique adjoints : MM. du Castel, Touraine ; chefs de laboratoire : MM. Jousset, Castaigne, Rathery ; interne provisoire : M. Monnot (Paul) ; externes : MM. Pasquier, Bonnot, Couput, Privé, Boissier (R.-J.-M.), Mlle Patte.

2. Médecin : M. le professeur A. Robin ; chef de clinique : M. Cawadias ; chefs de clinique adjoints : MM. Lyon-Caen, Weil (M.-P.) ; chefs de laboratoire : MM. Bournigault, Bith ; interne provisoire : M. Renard (J.-P.) ; externes : MM. Léonet, Hamonic, Chantemesse, Gally.

3. Médecin : M. Oulmont ; interne provisoire : M. Piémont ; externes : MM. Calderon, Quartier, Schwarzfeld, Toupet.

4. Médecin : M. Faisans ; interne : Mlle Romme ; externes : M. de Douhet, Mlle Troszynska, M. Enot, Mlle Mioche, M. Sigrist.

5. Chirurgien : M. Bazy ; internes : MM. Dedet, Escudié ; externes : MM. Aysaguer, Dascalopoulos, Cantegril, Defiol, Bureau, Raoul (L.), Jaurigny.

6. Chirurgie (chroniques). — Interne provisoire : Mlle Lang ; externe : M. Chaperon.

7. Chirurgien : M. Tuffier ; internes : MM. Hirtz, Caudrelier ; externes : MM. de Gennes (Rob.), Mlles Bryan, Wolff, MM. Jacquemin-Guillaume, Piguet, Lebègue.

8. Chirurgien : M. Michaux ; internes : MM. Pollet, Bontemps ; externes : Mlle Deromps, MM. Amabilis, Yannopoulo, Barbé, Marassi.

9. Accoucheur : M. le professeur Ribemont-Dessaignes ; chef de clinique : M. Willette ; chef de clinique adjoint : M. Martingay ; chefs de laboratoire : MM. Cartier, Le Lorier.

10. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Castaigne ; suppléant : M. Gy ; interne provisoire : M. Bigot ; externes : MM. Bardy, Bertrand (L.), Lacroix (Phil.).

11. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Marcille ; suppléant : M. Lamouroux ; externes : MM. Logeais, Lacroix (Paul), Allot.

12. *Consultation d'ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Terrien ; assistant : M. Prélat ; adjoint : M. Goulfier ; externes : MM. Mugel, Adam, Blondet.

13. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Desternes ; suppléant : M. Baudon ; externe : M. Liber.

I. Hôpital Lariboisière. — 1. Médecin : M. Brault ; interne : M. Paley ; externes : MM. Patriarche, Simon (S.), Perrochaud, Chenain, Galliard, Mlle Avackian.

2. Médecin : M. Galliard ; interne provisoire : M. Coulaud ; externes : Mlle Brailowsky, MM. Designolle, Jacquemart, Delattre (J.), Ducassy, Soutoul, Jorand.

3. Médecin : M. Le Gendre ; interne : M. Bloch (S.) ; externes : MM. Dufraisse (R.), Lacourbas, Lowenthal, Peyre, Poussin, Lecarpentier-Duboscq, François-Julien.

4. Médecin : M. Launois ; interne : M. Hischmann ; exter-

nes : MM. Merlin, Moreau (E.), Babalian, Besse, Gallerand, Vicente.

5. Médecin : M. Florand ; interne : M. Maréchal; externes : MM. Rousseau (J.-H.), Romani, Quesnel, Kurzenne, Mallebay, Buffet.

6. Chirurgien : M. Chaput; internes : MM. Bonnet (E.), Delivet; externes : Mlle Krongold, MM. Toupance, Digonnet, Cuel, Dumontel, Geffray.

7. Chirurgie (chroniques). — Interne provisoire : M. Evrard ; externes : MM. Murat, Biguet.

8. Chirurgien : M. Picqué; internes : MM. Huc (Ed.), Percepied ; externes : MM. Froment, Reinhold, Vidal, Mouton, Chrétien, Charlot.

9. Chirurgien : M. Beurnier ; internes : MM. Plaisant, Marais, Humbert; externes : MM. Plicque, Jalbaud, Augustin, Le Cocq, Mozer, Bécardit, Lemoine (Gust.).

10. Chirurgien : M. Marion ; assistant : M. Eliot; internes : MM. Richard (G.), Vinay; externes : MM. Quenardel, Ordioni, Minvielle (M.), Phocas, Barois, Camino, Giraud, Cruchand, Azoulay.

11. Chirurgien : M. Sebileau; assistant : M. Halphen; internes : MM. Miégeville, Bonnet (F.); externes : MM. Libault de la Chevasnerie, Mélik-Parsadaniantz, Anderson, Psaume, Uzan, Bortnowsky, Enriquez.

12. Ophtalmologiste : M. Morax ; assistant : M. Landrieu ; adjoint : M. X... ; internes provisoires : MM. Boulay, Perrier (Léon) ; externes : MM. Marguin, Giraud, Selter, Lavat, Lenoir.

13. Accoucheur : M. Boissard ; interne provisoire : M. Guillaume (André) ; externes : MM. Pierre, Ganachaud, Mme Avramoff, M. Bonnerot.

14. *Service d'électrothérapie*. — Médecin : M. Hischmann ; externes : M. Dariaux, Mlle Salmon.

15. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Sainton ; suppléant : M. Faroy; interne provisoire : M. Moutier ; externes : MM. Trolard, Desgranges, Grillet, Lipschitz.

16. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Chifoliau; suppléant : M. Picot; externes : MM. Cornil, Lumière, Larangot.

J. Hôpital Tenon. — 1. Médecin : M. Ménétrier ; interne : M. Durand (A.) ; externes : MM. Popesco-Pascano, Boutarel, Grimberg (Ch.), Couvreux, Lelong (Marcel).

2. Médecin : M. Klippel ; interne : M. Cousin ; externes : M. Falliès, Mlle Kaufmann, M. Patrikios, Mlle Safontzeff.

3. *Service temporaire de médecine*. — Externes : MM. Cornet (Pierre), Aubergé.

4. Médecin : M. Parmentier; interne : Mlle Landesmann ; externes : MM. Paris, Ducrohet, Flot, Lancesseur, Sraer, Gasiglia.

5. Médecin : M. Gouget; interne : M. Robert; externes : MM. Schoux, Maliniak, Mordagne, Guillaume (Alex).

6. Médecin : M. Macaigne; interne : M. Reilly ; externes : M. Langagne, Mlle Devé, MM. Vigneron, Soret, Réglade.

7. Médecin : M. Carnot; interne : M. Gardin; externes : MM. Robin (V.), Plait, Kahn (Mce), Piot, Mlle Lecocq, M. Barry.

8. Médecin : M. Laffitte; interne : M. Vigot; externes : M. Lapidus, Mlles Hourvitz, Kouriansky, M. Humbert (Léon), Kaminer.

9. Médecin : M. Lesné; interne : M. Belloir ; externes : MM. Vignard, Laurent (M.), Lefèvre (P.), Ardillier.

10. Chirurgien: M. Riche ; interne : M. Turnesco ; internes provisoires : MM. Jacquelin (André), Furet ; externes : MM. Chaffaut, Cholaitch, Fresney, Khalil, Schlatter, Boussi.

11. Chirurgien : M. Robineau; internes : MM. Pilatte, Noël, Xoudis ; externes : MM. Lefebvre (H.), Wallon (A.). Rousseau (Ch.), Fritz, Lorain, Pignez (Alb.).

12. Chirurgien : M. Lenormant ; internes : MM. Hartmann, Frédault; interne provisoire : M. Ecot ; externes : MM. Popoff, Chalut, Reynaud (Paul), Crocquefer, Hemmerdinger.

13. Accoucheur : M. Bouffe de Saint-Blaise ; interne provisoire : Mlle Armand; externes : MM. Barreau (Pierre), Apard (L.), Chapotel.

14. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Rathery ; suppléant : M. Roux; interne provisoire : Mlle Besson (M) ; externes : MM. Potez, Gay, Fumet.

15. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Mathieu; suppléant : M. Philbert ; externes : MM. Viala, Morlot (René), Crantin.

16. *Service de radiologie*. — Radiologiste : M. Legros; suppléant : M. X... ; externe : M. Petetin.

K. Hôpital Laennec. — 1. Médecin : M. le professeur Landouzy; chef de clinique : M. Richet; chef de clinique adjoint : M. Debré; interne provisoire : M. Bouchet ; externes : M. Le Poittevin, Mlle Wahl, MM. Leroy (Paul), Jeannet, Mme Ménard.

2. *Crèche et femmes tuberculeuses*. — Interne provisoire : M. Dalsace ; externes : MM. Lévine, Giraudeau, Dufour, Ferrier (Jean).

3. Médecin : M. Bourcy ; interne provisoire : M. Ernst ; externes : MM. Laemmer, Julien (René), Chaussé, Veil.

4. Médecin : M. Thoinot; interne provisoire : M. Doumer (Edm.) ; externes : MM. Manceau, Bozonet, Suyeux, Damagnez.

5. Médecin : M. Dupré ; interne : M. Leblanc ; externes : MM. Mineur, Dubois (H.), Schutzenberger, Laffaille.

6. *Quartier spécial de tuberculeux*. — N° 1. Médecin : M. Bernard ; interne : M. Masselot ; externes : MM. Eisenstein, Mlle Cayron, M. Denoyelle, Mlle Franck, MM. Charbonnier, Lavier.

7. *Quartier spécial de tuberculeux*. — N° 2. Médecin : M. Rist ; interne : Mlle de Pfeiffel ; externes : Mlle Donnasson, MM. Chicandard, Papillaud, Dramez, Jacquet, Leroux (Roger), Longepierre, Mlle Lebert.

8. *Dispensaire antituberculeux ou dispensaire Léon Bourgeois*. — Médecins : M. le professeur Landouzy, MM. Bernard, Rist; assistants : MM. Vitry, Israëls de Jong, Halbron, Doury, Armand-Delille, Léon-Kindberg; chef de laboratoire : M. Le Play ; adjoint : M. Ameuille ; externes : MM. Brunot, Héraut, Bourdillon, Mlle Friedmann, MM. Hervouet, Nazein.

9. Chirurgien : M. le professeur Hartmann ; chef de clinique : M. Bazy; chef de clinique adjoint : M. Hautefort ; internes : MM. Vaudescal, Bergeret, Gatellier; externes : MM. Chirol, Sibot, Bernard (Et.), Arnould (J.), Lemariée, Gaugier, Mlle Pommay (Suz.).

10. *Oto-rhino-laryngologie*. — Oto-rhino-laryngologiste : M. Lombard ; assistant : M. Le Mée; internes : MM. Dutheillet de Lamothe, Colleville; externes : MM. Pignol, Hazan, Reinhold (Louis), Orange.

11. *Ophtalmologie*. — Ophtalmologiste : M. Rognon-Duvigneaud ; assistant : M. Ducamp ; adjoint : M. Faure-Beaulieu ; interne provisoire : M. Bardet (D.) ; externes : MM. Salinières, Farhat, Bordenave.

12. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Laubry ; suppléant : M. Thibaut; externes : Mme Guillot, M. Kahn (Morel).

13. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Lecène ; suppléant : M. Planson ; externe : Mlle Ber.

14. *Service de radiologie*. — Radiologiste : M. Maingot ; suppléant : M. Darbois ; externe : M. X.

L. Hôpital Bichat. — 1. Médecin : M. Talamon ; interne provisoire : Mlle Pommay ; externes : MM. Minvielle (Paul), Bouchard (René), Gardères, Boiteux.

2. Médecin : M. Bruhl; interne : M. Michaux ; externes : MM. Courtois, Giraud (Albert), Metzger, Plichet.

3. Chirurgien : M. Launay ; internes : MM. Achard, Carpanetti, Buquet ; externes : MM. Tesseyre, Leblanc, Mlle Zvilak, MM. Carrière, Bougenot, Bréger, Sédillot, Lopignon.

4. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Coyon ; suppléant : M. Burnier ; interne provisoire : M. Vincent (Henri) ; externes : MM. Philippes de la Marnierre, Boisnier.

5. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Guibé; suppléant : M. Delaunay ; externes : MM. Aumont, Rigolage.

6. *Service de radiologie*. — Radiologiste : M. Beaujard ; suppléant : M. Desmoulins; externe : M. Brocheré.

M. Hôpital Broussais. — 1. Médecin : M. Bergé ; interne : M. Cleisz ; externes : MM. François, Albas, Auroussseau, Bouthillier, de Pontich.

2. Médecin : M. Dufour; interne : M. Legras ; externes : MM. Alardo, Ravina, Eloy, Cerné (Pierre), Fouchard.

3. Chirurgien : M. Auvray ; internes : M. Papillon ; interne provisoire : M. Lauret; externes : MM. Burnand, Bordon, Charpentier (J.), Crozat, Forgeron, Moissinac.

4. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Pagniez; suppléant : M. Feuillié; externes : MM. Odinet, Lefèvre (Bern.).

5. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Desmarest; suppléant : M. Martin ; externes : MM. Pépin, Ebrard.

6. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Bonniot; suppléant : M. Ledoux-Lebard; externe : M. Riffaud.

N. Hôpital Boucicaut. — 1. Médecin : M. Letulle; interne provisoire : M. Hufnagel; externes: MM. Jouffray, Socquet, Paumelle, Pierson (René), Chavany, Sakka, Roullaud, Mage.

2. Chirurgien : M. Demoulin; internes : MM. François, Meugé ; externes : MM. Boucheron, Fournier (Jacques), Ramadier (Fernand), Feuillié, Lefèvre (Gaston), Azoulay (R.), Dupuy (L.), Audoli.

3. Accoucheur : M. Lepage; assistant: M. Rudaux; interne : M. Morisson-Lacombe; externes : MM. David (E.), Ferrier (P.), Mlle Gérin, M. Gondal.

4. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Lœper; suppléant : M. Vuillet; interne provisoire : M. Leroux (Louis); externes : MM. Sabadini, Favreau.

5. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Chevassu; suppléant : M. Ehrenpreis; externes : MM. Plautin, Vasilesco, Girod, Vidy.

6. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Aubourg; suppléant : M. Lebon ; externe : M. Tribout.

O. Hôpital Saint-Louis. — 1. Médecin : M. le professeur Gaucher ; chef de clinique : M. Bory; chefs de clinique adjoints : MM. Brun, Cesbron; chefs de laboratoire : MM. Paris, Desmoulières, Ehrmann ; internes : MM. Monod (L.), Blum ; externes : M. Larrousse, Mlle Klein, MM. Lenormand, Goudet, Wroczynski, Leroy (M.), Delcamp.

2. Médecin : M. Balzer; interne : M. Barthélemy ; interne provisoire : M. Galliot; externes : MM. Bordier, Lebrun (Ch.), Mlles Smiechowska, Moulard, M. Bertin-Mourot.

3. Médecin : M. de Beurmann ; internes : MM. Kudelski, Tzanck ; externes : M. Bertaux (René), Mlle Posnel de Verneaux, MM. Peignaux, Playoust, Vesselle.

4. Médecin : M. Brocq; internes: M. Desaux, Mme Pertat; externes : MM. Proust (J.), Mallah, Rabreau, Meyniard, Mlle Samet, MM. Orphanidès, Arion.

5. Médecin : M. Thibierge; interne provisoire : Mlle Thivolet; externes : MM. Jousseaume, Bartement, Robinson, Constantin.

6. Médecin : M. Darier; interne : M. Marcorelles ; externes : M. Rollot, Mlle Bruyère, MM. Gellé, Perret, Bouvet, Penoyée.

7. Chirurgien : M. Rochard; internes : MM. Costantini, Coppin, Cassard ; externes : MM. Chamorro, Boner, Ducornet, Semenon.

8. Chirurgien : M. Rieffel; internes : MM. Guelfucci, Benet, Prigent ; externes : MM. Luca, Bourloton, Thomé, Maechter, Willmann, Maleysson.

9. Chirurgien : M. Morestin ; internes : MM. Maurel, Chatellier, Huc (Georges) ; externes : MM. Haridi, Perrin, Joannon, Quéret, Charpin, Sordinas.

10. Accoucheur : M. Demelin ; interne : M. Weber; externes : MM. Balteau, Dubarry, Maufrais, Mlle Sériot.

11. *Consultation.* (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Mouchet; suppléant: M. Français; externes : MM. Thibaut, Guiollot, Clémenceau.

12. *Service d'ulcères variqueux.* — M. Rieffel; interne provisoire : M. Bertaux (André) ; externes : MM. Delarue, Pinot.

13. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Gastou; suppléant : M. Pestel ; externe : M. Valiadis.

14. *Annexe Grancher.* — Médecin : M. Renault; interne : M. Thiers; externes : M. Pollet, Mlles Verrier, Denniel, MM. Maupoix, Coffin, Arsac.

15. Chirurgien : M. Baudet; internes : MM. Durand (G.), Dufour, Duponchel; externes : MM. Trotsky, Harriague, Cabanis, Madelaine, Desfarges, Queyroi, Tournay.

P. Hôpital Broca. — 1. Médecin : M. Jeanselme; internes : M. Schulmann ; externes : MM. Kermorgant, Pataud-Devalencienne, Delmas, Meunier, de Peretti della Rocca, Lucas (Jean), Binet, Delebecque.

2. Médecin : M. Hudelo; internes : M. Perin (Lucien) ; externes : MM. Gand, Pradal, Schlesser, Montlaur, Goubert, Schlemmer, Sebald, Mlle Herment, M. Roerner.

3. Chirurgien : M. le professeur Pozzi; chef de clinique : M. Rouhier; chef de clinique adjoint : M. X... ; chef de laboratoire : M. Latteux ; internes : MM. Kuss, Jacob ; interne provisoire : M. Poisvert ; externes : MM. Duchein, Mustelier, Pellé, Djismedjian, Delgove, Giraud (G.), Grenaudier.

Q. Maison municipale de santé. — 1. Médecin : M. Courtois-Suffit ; interne : M. Bourgeois (Francis) ; externes : MM. Lautmann, Mlle Mendelssohn, MM. Bonnet, Bartet, Vachet.

2. Médecin : M. Brouardel; interne provisoire : M. Giroux; externes : MM. Lebel, Gaillard, Marceron.

3. Chirurgien : M. Cunéo ; internes : MM. Schoofs, Galop ; externes : MM. Perier, Barthe (René), Bouisson, Derville, Mora, Foucaut.

4. Chirurgien : M. Duval ; internes : MM. Lecerf, Brun, Misrachi ; externes : MM. Hamon, Valiadis (N.), Paturet, Majnoni, Boulin, Meneau, Marty, Walser.

5. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Bouchacourt; suppléant : M. Charlier; externe : M. Tétard.

R. Hôpital des Enfants-Malades. — 1. Médecin : M. le professeur Hutinel ; chef de clinique : M. Milhit; chefs de clinique adjoints : MM. Sevestre, Stévenin ; chef de laboratoire : M. Nobécourt; interne : M. Nadal ; externes : M. Grellety-Bosveil, Mlles Harel, Vinokour, MM. Beaudequin, Dell' Amore, Cocault-Duverger.

2. Médecin : M. Comby ; interne : M. Colombe ; externes : MM. Bonnamour, Bernard (Eug.), Mlle Romanet.

3. Médecin : M. Richardière; interne : M. Salès ; externes : M. Clément, Mlle Zarjewski, MM. Laloux, Anazievicz, Cochez.

4. Médecin : M. Marfan ; interne : M. Delort; externes : MM. Vallet, Florand, Lavergne, Mlle Moiroud.

5. Médecin : M. Méry ; interne : M. Girard ; externes : Mlle Blechmann, MM. Vallée, Morice (A.), Gory (Auguste).

6. Médecin : M. Aviragnet; interne : M. Bouttier; externes : Mlle Le Soudier, MM. Calvet, Prunier, Thierry (H.), Bourdier.

7. *Crèche.* — Médecin : M. X... ; interne provisoire : M. Stiassnie.

8. *Service de la sélection.* — Interne provisoire : M. Bonnard.

9. Chirurgien : M. le professeur Kirmisson; chef de clinique : M. Monsaingeon; chefs de clinique adjoints : MM. Bailleul, Ollivier; internes provisoires : MM. Frelezeau, Semelaigne, Thomas; externes : MM. Lagrange, Plet, Mlle Finkelstein, MM. Trétiakoff, Coulaudon, Reverdy, Roy, Danziger.

10. Chirurgien : M. Broca; assistant : M. Phélip ; internes : MM. Fey, Bloch (R.-G.) ; interne provisoire : M. Deschamps (P.); externes : Mlle de Saussines, MM. Fettu, Bertrand (Georges), Bakaleinik, Pick, Bernard (René), Tamzali, Blaise.

11. Enfants chroniques. — Médecin : M. Broca ; interne provisoire : M. Cabouat; externes : MM. Grangeneuve, Carabin, Andreutzellis, Mme Slontzky.

12. *Service ophtalmologique.* — Ophtalmologiste : M. Poulard ; assistant : M. Offret ; adjoint : M. Fourrière ; interne provisoire : M. Mérigot de Treigny ; externes : MM. Péril, Léger, Thibault (R.), Demelin.

S. Hôpital Trousseau. — 1. Médecin : M. Netter ; interne : M. Koechlim ; externes : M. Thibault (G.), Mlles Halperson, Stock, Rosenblum, MM. Salanier, Loiseau.

2. Médecin : M. Triboulet ; interne : M. Buc ; externes : MM. Guillemin, Perol, Féron, Viollet, Duclos, Mlle Mille.

3. *Service de la diphtérie.* — Interne provisoire : M. Mordret ; externe : M. Binard.

4. Chirurgien : M. Savariaud ; internes : MM. Picard, Feldstein, Gineste ; externes : Mlles Chauveau, Marcais, MM. Loyer, Collette (H.), Ronnieux, Guilhamon, Guillaumont, Chéronnet, Paulin (A.).

5. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Guillemot ; suppléant : M. Chéné ; interne provisoire : Mlle Urion ; externes : MM. Gourdin, Forget, Mlle Jardin.

6. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Weil (Albert); suppléant : M. Blanche ; externe : M. Lelong (Henri).

T. HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — 1. Médecin : M. Variot; assistant de puériculture : M. Grenet ; internes : Mme Chatelin, M. Grandjean; externes : MM. Tierny, Charpentier (René), André, Yoyotte, Bocage, Barbier (G.-E.).

2. Chirurgien : M. Jalaguier; assistant : M. Veau; internes : MM. Rougier, Bardon; externes : MM. Bidermann, Hardoin, Estrabaud, Guillermet, Doiteau, Mlles Gimbert, Gaboriau.

3. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Barret; externe : M. Perlis.

U. HÔPITAL ANDRAL. — 1. Médecin : M. Apert; interne : M. Michel; externes : MM. Theodoresco, Loré, Migot, Roussé (E.).

2. Médecin : M. de Massary; interne : M. Lechelle; externes : MM. Pinel, Clément, Doubrère, du Souich.

3. *Consultation.* — Assistant : M. Comte ; suppléant : M. Boudon; interne provisoire : M. Renard (Jean) ; externes : MM. Godard (Henri), Pidoux.

V. HOSPICE DE BICÊTRE. — 1. Médecin : M. Souques; internes : MM. Baudouin, Lantuéjoul.

2. Chirurgien : M. Dujarier; internes : MM. Tourneix, Réau; interne provisoire : M. Gerber.

3. *Service des aliénés.* — Médecin : M. Roubinovitch; internes provisoires : MM. Ollier, Cojan.

4. Médecin : M. Riche (André) ; internes provisoires : Mlle Labeaume, M. Ratel.

5. Médecin : M. Vurpas; internes provisoires : MM. Coty, Chatenoud.

6. Médecin : M. Maillard; internes provisoires : MM. Colombet, Codet.

X. HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — 1. Médecin : M. le professeur Déjerine; chef de clinique : M. Jumentié; chefs de clinique adjoints : MM. Pélissier, Regnard; chefs de laboratoire : MM. Huet, Tinel; internes : MM. Borel, Ceillier; interne provisoire : M. Mouzon; externes : MM. Polonowski, Mandras, Stermann, Durupt, Baye.

2. Médecin : M. le professeur Pierre Marie; interne : Mme Benisti; interne provisoire : M. Thinh ; externes : MM. Cayla, Durand (J.), Mlle Rappoport, M. Guillaumot, Mlle Bredel, M. Arbut.

3. Chirurgien : M. Gosset; internes : MM. Loewy, Charrier, Petit-Dutaillis; externes : MM. Chabrol, Poincloux, Pitres, Kesseler, Milanitch, Marchal.

4. *Service des aliénés.* — Médecin : M. Séglas; interne provisoire : M. Picard (René); externes : MM. Minor, Moscovici.

5. Médecin : M. Chaslin; interne : M. Alajouanine; externes : MM. Jacob, Schwartz.

6. Médecin : M. Nageotte ; interne provisoire : M. Langle; externes : MM. Royole, Blume.

7. *Vaccination antityphique du personnel hospitalier.* — Interne provisoire : M. Zivy.

8. *Électroradiothérapie.* — Médecin : M. Bourguignon.

Y. HÔPITAL BRETONNEAU. — 1. Médecin : M. Guinon; interne : Mlle Pouzin ; externes : MM. Brabander, Besson (H.), Brabez, Jarrige, Blanchon, Mlle Dvoretzki.

2. Médecin : M. Boulloche; interne : M. Larroque; ; externes : MM. Lefèvre (Pierre), Colson, Collin, Mlle Jacob, MM. Dohen, Peuret.

3. Chirurgien : M. Ombrédanne; internes : MM. Lascombe, Leroy (M.), Besnard (J.); externes : MM. Davila, Cavaillés, Leroy (Hector), Chandebois, Estabial, Duchamp de Lageneste, de Perretti della Rocca.

4. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Weill (B.); suppléant : M. Vigneron d'Heucqueville ; interne provisoire : M. Marié ; externes : Mlle Halpern, MM. Gallois, Mérine.

5. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Lobligeois ; suppléant : M. Tison; externe : M. Fouquet.

Z. HOSPICE DES INCURABLES (IVRY). — 1. Médecin : M. Sicard ; interne : M. Haguenau; interne provisoire : M. Caron; externe : M. Deschamps.

2. Chirurgien : M. Lapointe; interne : M. Aubin; interne provisoire : M. Couinaud ; externe : M. Guennou.

Aa. HÔPITAL DE LA MATERNITÉ. — 1. Accoucheur : M. Bonnaire; accoucheur adjoint : M. Brindeau; internes provisoires : MM. Marcassus, Mégret.

2. Médecin : M. Garnier; interne : M. Lévi-Franckel; externes : MM. Gelin, Bardet (G.), Kahn (G.), Mlle Hartmann (St.).

Ab. HÔPITAL HÉROLD. — 1. Médecin : M. Barbier; interne : M. Barbary ; externes : MM. Ramijean, Zuretti, Dardanne, Para, Farrugïa, Mlles Ter-Grégoriantz, Hartmann.

2. Médecin : M. Lesage; interne : M. Chatelin; externes : MM. Labarraque, Deschildre, Mme Schechter, Mlles Boudard, Fremte, M. Le Hello.

3. Service de la garde et de la sélection. — Internes provisoires : MM. Deguignand, Roberti.

Ac. HÔPITAL CLAUDE-BERNARD. — 1. Médecin : M. Teissier ; internes : MM. Lépine, Cambessédès ; interne provisoire : M. Jacquelin (Ch.) ; externes : MM. Prieur, Winter, Solente, Chabanier, Couronne, Morlot, Hubert, Pinalie, Fatou.

Ad. HÔPITAL DE LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS (TARNIER). — 1. Accoucheur : M. le professeur Bar ; chef de clinique : M. Metzger; chefs de clinique adjoints : MM. Levant, Wilhelm; externes : MM. Lannes, Brachat, Latoud (R.), Rabeau, Toulouse.

Ae. CLINIQUE BAUDELOCQUE. — 1. Accoucheur : M. le professeur Pinard; chef de clinique : M. Lévy; chefs de clinique adjoints : MM. Eudes, Sellet ; chef de laboratoire : M. Lelièvre; externes : MM. Guillemet (Paul), Samoyeau, Viard (P.), Broussin (P.), Gaumet, Jourdan-Corneille.

Af. HOSPICE DES MÉNAGES (ISSY). — 1. Médecin : M. Wurtz; internes provisoires : MM. Deglaire, Levent; externe : M. Delahaye.

Ag. HOSPICE ALQUIER-DEBROUSSE. — 1. Médecin : M. Guillain ; interne : M. Dubois (Jean).

Ah. BASTION 29. — 1. Médecin : M. Auclair; interne : M. Le Maux ; externes : MM. Michalowsky, Fornairon, Andréoli, Beuchard.

2. Médecin : M. Papillon ; interne provisoire : M. Bretegnier; externes : MM. Granet, Chevrolet, Girard (J.), Marquand.

Ai. INSTITUTION SAINTE-PÉRINE ET MAISONS DE RETRAITE CHARDON-LAGACHE ET ROSSINI. — 1. Médecin : M. Jousset; interne : M. X...

Aj. MAISON DE RETRAITE DE LAROCHEFOUCAULD. — 1. Médecin : M. Milian; interne provisoire : M. Forestier ; externe : M. Ferrier.

Ak. HÔPITAL DE BERCK-SUR-MER. — 1. Chirurgien : M. Ménard; chirurgiens adjoints : MM. Calvé, Andrieu; internes : MM. Bouquier, Bruel, Duroselle, Mozer, Ruelle.

2. *Radiologie.* — Radiologiste : M. Calvé; suppléant : M. Andrieu.

Al. HOSPICE DE BRÉVANNES. — 1. Médecin : M. René Marie; adjoints : MM. Clément, Carton, Ferrand; internes : MM. Weill, Vincentelli, Avinin, Lantier, Duneau.

Am. ASILE SAINTE-ANNE. — 1. Médecin : M. le professeur Gilbert Ballet; chefs de clinique : MM. Collin, Mallet; chefs de clinique adjoints : MM. Gallet, Genil-Perrin.

An. FONDATION VALLÉE. — 1. Médecin : M. Roubinovitch; interne provisoire : M. Regnauld de la Soudière.

Ao. SANATORIUM D'ANGICOURT. — 1. Médecin : M. Küss.

Ap. SANATORIUM D'HENDAYE. — 1. Médecin : M. Camino; internes : M. Woillez.

INDEX ALPHABÉTIQUE

1° CHEFS DE SERVICE (MÉDECINS, CHIRURGIENS, ACCOUCHEURS ET ASSISTANTS; CONSULTATIONS); 2° CHEFS DE CLINIQUE (MÉDECINE, CHIRURGIE, ACCOUCHEMENTS); 3° CHEFS DE LABORATOIRE; 4° INTERNES TITULAIRES; 5° INTERNES PROVISOIRES; 6° EXTERNES.

N. B. — *Chaque nom de cet Index est suivi d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspond à celle qui est placée devant chaque hôpital dans le classement ci-dessus. Le chiffre correspond au service.*

Exemple : M. Davila, Y-3 = Y. Hôpital Bretonneau, 3. Service de M. Ombrédanne.

MÉDECINS
et assistants de consultation.

Achard, E-3.
Apert, U-1.
Auclair, Ah-1.
Aviragnet, R-6.
Babinski, B-1.
Ballet, Am-1.
Balzer, O-2.
Barbier, Ab-1.
Barth, E-1.
Béclère, D-3.
Belin, C-4.
Bergé, M-1.
Bernard (Léon), K-6 et K-8.
Beurmann (de), O-3.
Bezançon (F.), C-5.
Boulloche, Y-2.
Bourcy, K-3.
Brault, I-1.
Brocq, O-4.
Brouardel (G.), Q-2.
Bruhl, L-2.
Camino, Ap-1.
Carnot, J-7.
Carton, Al-1.
Castaigne, H-10.
Caussade, A-6.
Chantemesse, A-3.
Chaslin, X-5.
Chauffard, D-1.
Claisse, B-3.
Claude, D-9.
Clément, Al-1.
Comby, R-2.
Comte, U-3.
Courtois-Suffit, Q-1.
Coyon, L-4.
Dalché, A-5.
Darier, O-6.
Debove, H-1.
Déjerine, X-1.
Dufour, M-2.
Dupré, K-5.
Eliot, I-10.
Enriquez, B-5.
Faisans, H-4.
Ferrand, Al-1.
Florand, I-5.
Fournier, G-2.
Galliard, I-2.
Gandy, F-3.
Garnier, Aa-2.
Gaucher, O-1.
Gilbert, A-1.
Gouget, J-5.
Grenet, T-1.
Guillain, Ag-1.
Guillemot, S-5.
Guinon, Y-1.
Halphen, I-11.
Hautant, D-10.
Hirtz, E-2.
Hudelo, P-2.
Hutinel, R-1.
Jacquet, D-5.
Jeanselme, P-1.
Josué, B-6.
Jousset, Ai-1.
Klippel, J-2.
Küss, Ao-1.
Labbé (Marcel), C-6.
Laffitte, J-8.
Landouzy, K-1 et 8.
Laubry, K-12.
Launois, I-4.
Le Gendre, I-3.
Legry, C-2.
Le Noir, D-6.
Lereboullet, A-10.
Lermoyez, D-10.
Lesage, Ab-2.
Lesné, J-9.
Letulle, N-1.
Lion, B-2.
Lœper, N-4.
Macaigne, J-6.
Maillard, V-6.
Marfan, R-4.
Marie (R.), Al-1.
Marie (P.), X-2.
Massary (de), U-2.
Mathieu, D-8.
Ménétrier, J-1.
Méry, R-5.
Michel, B-14.
Milian, Aj-1.
Mosny, D-7.
Moutard-Martin, C-1.
Nageotte, X-6.
Netter, S-1.
Œttinger, F-2.
Oulmont, H-3.
Pagniez, M-4.
Papillon, Ah-2.
Parmentier, J-4.
Petit, A-2.
Pissavy, E-8.
Queyrat, G-1.
Ramond (F.), D-14.
Rathery, J-14.
Renault (J.), O-14.
Rénon, E-4.
Ribierre, F-7.
Richardière, R-3.
Riche (A.), V-4.
Rist, K-7 et K-8.
Robin, H-2.
Roger, A-4.
Roubinovitch, V-3 et An-1.
Sainton, I-15.
Séglas, X-4.
Sergent, C-7.
Sicard, Z-1.
Siredey, D-2.
Souques, V-1.
Talamon, L-1.
Teissier, Ac-1.
Thibierge, O-5.
Thiroloix, B-4.
Thoinot, K-4.
Triboulet, S-2.
Vaquez, D-4.
Variot, T-1.
Veil (E.), C-11.
Vurpas, V-5.
Weill-Hallé (B.), Y-4.
Widal, F-1.
Würtz, Af-1.

CHIRURGIENS
et assistants.

Alglave, B-15.
Andrieu, Ak-1 et 2.
Arrou, B-8.
Auvray, M-3.
Baudet, O-15.
Baumgartner, B-7.
Bazy, H-5.
Beurnier, I-9.
Broca, R-10 et R-11.
Calvé, Ak-1 et Ak-2.
Chaput, I-6.
Chevassu, E-9.
Chevrier, F-8.
Chifoliau, I-16.
Cunéo, Q-3.
Delbet, E-5.
Demoulin, N-2.
Descomps, A-11.
Desmarest, M-5.
Dujarier, V-2.
Duval (Pierre), Q-4.
Faure, F-6.
Gosset, X-3.
Guibé, L-5.
Hartmann, K-9.
Jalaguier, T-2.
Kirmisson, R-9.
Labey, D-12.
Lapointe, Z-2.
Lardennois, C-12.
Launay, L-3.
Lecène, K-13.
Legueu, E-6.
Lejars, D-11.
Lenormant, J-12.
Marcille, H-11.
Marion, I-10.
Mathieu, J-15.
Mauclaire, C-8.
Menard, Ak-1.
Michaux, H-8.
Michon, G-3.
Morestin, O-9.
Mouchet, O-11.
Ombrédanne, Y-3.
Picqué, I-8.
Potherat, A-8.
Pozzi, P-3.
Quénu, F-4.
Reclus, A-7.
Ricard, D-12.
Riche, J-10.
Rieffel, O-8 et O-12.
Robineau, J-11.
Rochard, O-7.
Routier, E-7.
Roux, E-9.
Savariaud, S-4.
Schwartz, F-5.
Sebileau, I-11.
Souligoux, C-9.
Thiéry, B-9.
Veau, T-2.
Tuffier, H-7.
Walther, B-7.
Wiart, D-15.

ACCOUCHEURS
et assistants.

Bar, Ad-1.
Boissard, I-13.
Bonnaire, Aa-1.
Bouffe de Saint-Blaise, J-13.
Brindeau, Aa-1.
Cathale, D-13.
Demelin, O-10.
Doléris, D-13.
Jeannin, Aa-1.
Lepage, N-3.
Pinard, Ae-1.
Potocki, B-10.
Ribemont-Dessaignes, H-9.
Tissier, C-10.
Rudaux, N-3.

OPHTALMOLOGISTES
et assistants.

Cantonnet, G-4.
Cerise, A-9.
Chenet, A-9.
Ducamp, K-11.
Dupuy-Dutemps, D-16.
Faure-Beaulieu, K-11.
Fourrière, R-12.
Gaujoin, G-4.
Goulfier, H-12.
Joseph, D-16.
Landrieu, I-12.
Lapersonne (de), A-9.
Monnet, B-11.
Monthus, B-11.
Morax, I-12.
Offret, R-12.
Poulard, R-12.
Prelat, H-12.
Rochon-Duvigneaud, K-11.
Terrien (F.), H-12.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES
et assistants.

Bourgeois, B-12.
Le Mée, K-10.
Lombard, K-10.
Poyet, B-12.

ÉLECTROTHÉRAPEUTES, RADIOLOGISTES
et assistants.

Aubourg, N-6.
Barret, T-3.
Baudon, H-13.
Beaujard, L-6.
Blanche, S-6.
Bonniot, M-6.
Bouchacourt, Q-5.
Bourguignon, X-8.
Charlier, Q-5.
Darbois, K-14.
Delherm, B-13.
Demoulins, L-6.
Desternes, H-13.
Gastou, O-13.
Hischmann, I-14.
Labbé (D.), C-14.
Laquerrière, B-13.
Lebon, N-6.
Ledoux-Lebard, M-6.
Legros, J-16.
Lobligeois, Y-5.
Lomon, C-13.
Maingot, K-14.
Ménard, F-9.
Pestel, O-13.
Tison, Y-5.
Turchini, C-13.
Varet, F-9.
Weil (A.), S-6.

SUPPLÉANTS
de consultations.

MÉDECINE

Bénard (H.), A-10.
Boudon, U-3.
Burnier, L-4.
Chené, S-5.
Chevallier, C-11.
Faroy, I-15.
Feuillié, M-4.
Gy, H-10.
Harvier, D-14.
Jacob, B-14.
Lecomte, F-7.
Paisseau, E-8.
Roux, J-14.
Thibaut, K-12.
Vigneron d'Heucqueville, Y-4.
Vuillet, N-4.

CHIRURGIE

Audard, A-11.
Barbier, D-15.
Delaunay, L-5.
Ehrenpreis, N-5.
Français, O-11.
Gasne, E-9.
Lamouroux, H-11.
Liné, C-12.
Martin, M-5.
Moyrand, F-8.
Philbert, J-15.
Picot, I-16.
Planson, K-13.
Sauvé, B-15.

CHEFS DE CLINIQUE
et adjoints.

Bailleul, R-9.
Bory, O-1.
Bréchot, E-5.
Brun, O-1.
Cawadias, H-2.
Cerise, A-9.
Cesbron, O-1.
Chabrol, A-1.
Collin, Am-1.
Debré, K-1.
Descomps, A-1.
Di Chiara, E-6.
Du Castel, H-1.
Eudes, Ae-1.
Gallet, Am-1.
Genil-Perrin, Am-1.
Girode, E-5.
Jumentié, X-1.
Kuss, F-4.
Levant, Ad-1.
Lévy, Ae-1.
Lian, H-1.
Lyon-Caen, H-2.
Mallet, Am-1.
Metzger, Ad-1.
Milhit, R-1.
Monsaingeon, R-9.
Ollivier, R-9.
Pélissier, X-1.
Regnard, X-1.
Richet, K-1.
Rouhier, P-3.
Sellet, Ae-1.
Sevestre, R-1.
Stévenin, R-1.
Toulant, A-9.
Touraine, H-1.
Velter, A-9.
Weil (M.-P.), H-2.
Wilhelm, Ad-1.
Willette, H-9.

CHEFS DE LABORATOIRE

Ambard, E-6.
Beauvy, E-5.
Bith, H-2.
Bourdier, A-9.
Bournigault, H-2.
Brulé, F-4.
Cartier, H-1.
Castaigne, H-1.
Desmoulières, O-1.
Deval, A-1.
Dreyfus, A-7.
Ehrmann, O-1.
Gellé, A-9.
Grigaux, D-1.
Herrenschmidt, E-5.
Jolly, F-4.
Jousset, H-1.
Latteux, P-3.
Le Lorier, H-1.
Morel, E-6.
Nobécourt, R-1.
Papin, E-6.
Paris, O-1.
Pley, A-9.
Rathery, H-1.
Ronneaux, D-1.
Troisier, D-1.
Verliac, E-6.

INTERNES

Achard, L-3.
Alajouanine, X-5.
Alary, G-3.
Aubin, Z-2.
Audain, B-8.
Avezou, A-2.
Barat, D-7.
Barbary, Ab-1.
Bardon, T-2.
Barthélemy, O-2.
Baudin, C-8.
Baudouin, V-1.
Bel, B-10.
Belloir, J-9.
Benisti (Mme), X-2.
Bénit, D-13.
Ber (Mlle), K-13.
Bergeret, K-9.
Besnard (J.), Y-3.
Besset, O-8.
Bloch (R.-G.), R-10.
Bloch (S.), I-3.
Blum, O-1.
Boirac, B-6.
Bonnet (E.), I-6.
Bonnet (F.), I-11.
Bontemps, H-8.
Borel, X-1.
Bouquier, Ak-1.
Bourgeois (Francis), Q-1.
Bouttier, R-6.
Broussolle, B-3.
Bruel, Ak-1.
Brun, Q-4.
Buc, S-2.
Buquet, L-3.
Cambessédès, Ac-1.
Carpanetti, L-3.
Cassard, O-7.
Caudrelier, H-7.
Ceillier, X-1.
Charrier, X-3.
Chatelin, Ab-2.
Chatelin (Mme), T-1.
Chatellier, O-9.
Claude, F-2.
Cleisz, M-1.
Colleville, K-10.
Colombe, R-2.
Coppin, O-7.
Costantini, O-7.
Couinaud, B-7.
Cousin, J-2.
Dantrelle, A-9.
Dedet, K-5.
Delivet, I-6.

Delort, R-4.
Denis (Mlle), D-2.
Desaux, O-4.
Dubois (J.), Ag-1.
Dubois (Rob.), B-1.
Ducastaing, B-7.
Dufour, O-15.
Duponchel, O-15.
Dupradeau, D-12.
Durand (A.), J-1.
Durand (G.), O-15.
Duroselle, Ak-1.
Duter, F-5.
Dutheilhet de Lamothe, K-10.
Escudié, H-5.
Eudel, F-4.
Feldstein, S-4.
Fey, R-10.
Fitte, B-8.
Flandrin, F-6.
François, N-2.
Françon, D-1.
Frédault, J-12.
Galland, E-7.
Galop, Q-3.
Gardin, J-7.
Gatellier, K-9.
Gineste, S-4.
Girard, R-5.
Godlewski, A-4.
Goret, A-6.
Gouverneur, E-6.
Grandjean, T-1.
Guelfucci, O-8.
Haguenau, Z-1.
Hartmann, J-12.
Hirtz, H-7.
Hischmann, I-4.
Hovelacque (Mme), F-1.
Huc (Ed.), I-8.
Huc (Georges), O-9.
Humbert, I-9.
Jacole, P-3.
Jacquet, B-5.
Koechlin, S-1.
Krebs, C-5.
Kudelski, O-3.
Kuss, P-3.
Lamare, E-5.
Landesmann (Mlle), J-4.
Lanos (Jean), F-5.
Lantuéjoul, V-1.
Larroque, Y-2.
Lascombe, Y-3.
Latil, F-4.
Leblanc, K-5.
Lecerf, Q-4.
Léchelle, U-2.
Le Comte (Mlle), D-5.
Léger, E-7.
Legrain, C-7.
Legras, L-2.
Le Maux, Ah-1.
Lépine, Ac-1.
Leroy (M.), Y-3.
Lévy-Franckel, Aa-2.
Loewy, X-3.
Lozès, F-6.
Lucas-Championnière, F-4.
Luquet, C-9.
Mairesse, B-4.
Marais, I-9.
Marchak, C-9.
Marcorelles, O-6.
Maréchal, I-5.
Masselot, K-6.
Mathieu, D-8.
Maurel, O-9.
Meaux-Saint-Marc, C-6.
Mercier, C-10.
Meugé, N-2.
Michaux, L-2.
Michaux, U-1.
Michel, U-I.
Michon, D-6.
Miégeville, I-11.
Mignot, E-4.
Misrachi, Q-4.
Monod (L.), O-1.
Monod (Raoul), E-5.
Moreau, F-1.
Morisson-Lacombe, N-3.
Morlot, C-8.
Mossé, E-5.
Mozer, Ak-1.
Nadal, R-1.
Noël, J-11.
Olivieri, C-8.
Paley, I-1.
Papillon, L-3.
Papin, F-6.
Paraf, D-3.
Percepied, I-8.
Perin (Lucien), P-2.
Pernet, B-2.
Pertat (Mme), O-4.
Petit-Dutaillis, X-3.
Pfeffel (Mlle de), K-7.
Picard, S-4.
Pierret, A-1.
Pilatte, J-11.
Plaisant, I-9.
Pollet, H-8.
Pouzin (Mlle), Y-1.
Prigent, O-8.
Quénu, E-6.
Quercy, D-9.
Réau, V-2.
Reilly, J-6.
Richard (G.), I-10.
Robert, J-5.
Romme (Mlle), H-4.
Rougier, T-2.
Rouffignac, G-3.
Rouillard, E-3.
Rousseau (Ferdin.), D-10.
Rudelle, D-12.
Ruelle, Ak-1.
Salès, R-3.
Schoofs, Q-3.
Schulmann, P-1.
Sourdille, D-10.
Tartois, F-6.
Thibierge, E-6.
Thiers, O-14.
Thouvenin, B-7.
Tourneix, V-2.
Truffert, B-8.
Turnesco, J-10.
Turquety, D-4.
Tzanck, O-3.
Vallery-Radot (Pasteur), D-1.
Vaudescal, K-9.
Vielle, D-12.
Vigot, J-8.
Vinay, I-10.
Vivier, C-4.
Weber, O-10.
Wiart, A-9.
Woillez, Ap-1.
Xoudis, J-11.

NOTA. — *Dans la liste ci-dessus figurent quelques internes provisoires qui occupent des places habituellement réservées aux titulaires.*

INTERNES PROVISOIRES

Armand (Mlle), J-13.
Bardet (D.), K-11.
Benoiste-Pilloire, B-9.
Bertaux (André), O-12.
Besson (Mlle H.), B-1.
Besson (Mlle M.), J-14.
Bigot, H-10.
Bonnard, R-8.
Borrieu, F-3.
Bouchet, K-1.
Boulay, I-12.
Boutelier, F-7.
Bretegnier, Ah-2.
Cabouat, R-11.
Caron, Z-1.
Charpin, D-4.
Chatenoud, V-5.
Chevalley, G-2.
Codet, V-6.
Cojan, V-3.
Colombet, V-6.
Coty, V-5.
Couinaud, Z-2.
Coulaud, I-2.
Dalsace, K-2.
Deglaire, Af-1.
Delahaye, Af-1.
Delarue, O-12.
Deschamps, R-10.
Doumer (Edm.), K-4.
Ecot, J-12.
Ernst, K-3.
Forestier, Aj-1.
Frelezeau, R-9.
Fris-Larrouy, A-3.
Furet, J-10.
Galliot, O-2.
Gerber, V-2.
Gibert, B-9.
Giroux, Q-2.
Greder, A-7.
Guillaume (André), I-13.
Guillouet, B-7.
Hartglass, B-9.
Hochberg (Mlle), E-1.
Hufnagel, N-1.
Jacquelin (André), J-10.
Jacquelin (Ch.), Ac-1.
Labeaume (Mlle), V-4.
Laburthe-Tolra, A-8.
Lang (Mlle), H-6.
Langle, X-6.
Lauret, L-3.
Leroux (Louis), N-4.
Lesage, A-5.
Levent, Af-1.
Marcassus, Aa-1.
Marié, Y-4.
Marquezy, A-3.
Mégret, Aa-1.
Mercier, G-1.
Mérigot de Treigny, R-12.
Michon, D-6.
Millet, D-14.
Monnot (Paul), H-1.
Mordret, S-3.
Moutier, I-15.
Mouzon, X-1.
Nabias (de), A-7.
Ollier, X-3.
Perrier (Léon), I-12.
Perrin (H.), B-14.
Picard (René), X-4.
Piédelièvre, C-2.
Piémont, H-3.
Pinot, O-12.
Poissonnier, A-8.
Poisvert, P-3.
Pommay (Mlle), L-1.
Portes, A-7.
Rabut, E-8.
Ratel, X-4.
Regnauld de la Soudière, An-1.
Renard (Jean), U-3.
Renard (J.-P.), H-2.
Sedan-Miégemolle, A-10.
Semelaigne, R-9.
Serrand, A-7.
Stiassnie, R-7.
Thinh, X-2.
Thivolet (Mlle), O-5.
Thomas, R-9.
Thomas, C-1.
Urion (Mlle), S-5.
Vincent (Henri), L-4.
Zivy, X-7.

EXTERNES

Abrial, B-10.
Ach, F-1.
Adam, H-12.
Adler, E-3.
Agnel (Mme), C-3.
Alamartine, B-9.
Alardo, L-2.
Alary, B-7.
Albas, L-1.
Albert, A-10.
Allot, H-11.
Amabilis, H-8.
Ameline, A-8.
Anazievicz, R-3.
Anderson, I-11.
Andral, F-8.
André, T-1.
Andréoli, Ah-1.
Andreutzellis, R-11.
Angelin (Mlle), E-7.
Apard (L.), J-13.
Arbut, X-2.
Arcé, C-1.
Ardillier, J-9.
Arfeux, B-9.
Arion, O-4.
Aris, C-9.
Armingeat, E-6.
Arnould (J.), K-9.
Arsac, O-14.
Aubergé, J-3.
Audigier, E-7.
Auguste, R-5.
Augustin, I-9.
Aulagnier, D-9.
Aumont, L-5.
Auquier, C-10.
Aurousseau, L-1.
Avackian (Mlle), I-1.
Avinin, Al-1.
Avramoff, I-13.
Aysaguer, H-5.
Azoulay, I-10.
Azoulay (R.), N-2.
Babalian, I-4.
Bagou, D-14.
Bakaleinik, R-10.
Balteau, O-10.
Barbé, H-8.
Barbier (G.-E.), T-1.
Bardet, Aa-2.
Bardon, L-3.
Bardy, H-10.
Barois, I-10.
Barreau (P.), J-13.
Barry, J-7.
Bartement, O-5.
Bartet, Q-1.
Barthe, Q-3.
Basset, B-15.
Baute (Mlle), B-8.
Bavachi, A-3.
Baye, X-1.
Bayle, E-7.
Bazert, E-1.
Beau, E-5.
Beaudequin, R-1.
Beauvy, E-5.
Bécardit, I-9.
Béhague, B-5.
Benoist (Henri), B-5.
Bernard (Mlle Suz.), C-8.
Bernard (Et.), K-9.
Bernard (Eug.), R-2.
Bernard (Pierre), B-10.
Bernard (René), R-10.
Berrut, B-6.
Bertaux (R.), O-3.
Berthon, E-2.
Bertin-Mourot, O-2.
Bertrand (Georges), R-10.
Bertrand (L.), H-10.
Besse, I-4.
Besson (H.), Y-1.
Béthoux, C-4.
Beuchard, Ah-1.
Bidermann, T-2.
Bigot, C-11.
Biguet, I-7.
Binard, S-3.
Binet, P-1.
Blaise, R-10.
Blamoutier, B-3.
Blanchier (Mlle), E-2.
Blanchon, Y-1.
Blechmann (Mlle), R-5.
Bloch (Jacques), D-11.
Blondet, H-12.
Blot, C-7.
Blume, X-6.
Bocage, T-1.
Boegner, E-1.
Boileau, C-11.
Boisnier, L-4.
Boissier, C-6.
Boissier (R.-J.-M.), H-1.
Boiteux, L-1.
Boner, O-7.
Bonnamour, R-2.
Bonnerot, I-13.
Bonnet, Q-1.
Bonnot, H-1.
Bordenave, K-11.
Bordier, O-2.
Bortnowski, I-11.
Bouchard (René), L-1.
Boucheron, N-2.
Boudard (Mlle), Ab-2.
Bougenot, L-3.
Bouisson, Q-3.
Boulanger, A-10.
Boulay (Jacques), E-6.
Boulin, B-10.
Boulin, Q-4.
Bourdier, R-6.
Bourdillon, K-8.
Bourloton, O-8.
Boussi, J-10.
Boussin, D-5.
Boutarel, J-1.
Bouthillier, L-1.
Bouvet, O-6.
Boyau, B-5.
Bozonet, K-4.
Brabander, Y-1.
Brachat, Ad-1.
Brailovsky (Mlle), I-2.
Bralez, Y-1.
Bredrel (Mlle), X-2.
Breger, L-3.
Broca, F-2.
Brocheré, L-6.
Broqua, C-2.
Broussin (P.), Ae-1.
Bruker, D-2.
Brulé, A-7.
Brun du Bois-Noir (de), F-1.
Brunot, K-8.
Bruyère (Mlle), O-6.
Bryan (Mlle), H-7.
Bucquet, A-3.
Buffet, I-5.
Bureau, H-5.
Burnand, L-3.
Cabanis, O-15.
Cabart-Danneville, E-4.
Caillet (André), B-14.
Calamy, F-3.
Calderon, H-3.
Calvet, R-6.
Camino, I-10.
Camous, F-6.
Canoz, F-5.
Cantegril, H-5.
Carabin, R-11.
Caracostea, D-4.
Cardot (Mme), D-6.
Carrière, L-3.
Carvalho (de), D-1.
Cassan, B-2.
Cassel (Mlle), F-5.
Cassidanius, B-9.
Castera, D-14.
Casteran, B-8.
Caussé, C-10.
Caussé (Mme), C-10.
Cavaillès, Y-3.
Cayla, X-2.
Cayron (Mlle), K-6.
Cerné (Pierre), L-2.
Chabanier, Ac-1.
Chabert, G-2.
Chabrol, X-3.
Chabrut, C-9.
Chaffaut, J-10.
Chalut, J-12.
Chamorro, O-7.
Chandebois, Y-3.
Chantemesse, H-2.
Chapelain, C-5.
Chaperon, H-6.
Chapotel, J-13.
Chapplain, B-2.
Charbonnier, K-6.
Charles, A-9.
Charlet-Reyjal, B-4.
Charlot, I-8.
Charpentier (J.), L-3.
Charpentier (René), T-1.
Charpin, O-9.
Chastang, B-6.
Chatellier (Louis), C-4.
Chaussé, K-3.
Chauveau (Mlle), S-4.
Chauvel, B-4.
Chauvenet, C-7.
Chauvet, B-10.
Chavany, N-1.
Chenain, I-1.
Chéreau, E-6.
Chéronnet, S-4.
Chevallier, F-8.
Chevrolet, Ah-2.

Cheyron, A-2.
Cholaitch, J-10.
Chicaudard, K-7.
Chirol, K-9.
Chopinet, C-1.
Chrétien, I-8.
Clap, D-11.
Claverie, C-10.
Clémenceau, O-11.
Clément, R-3.
Clément, U-2.
Clouzeau, E-4.
Cochez, R-3.
Cocault-Duverger, R-1.
Coffin, O-14.
Colaneri, F-1.
Collette (H.), S-4.
Collin, Y-2.
Colson, Y-2.
Comet, B-9.
Constantin, O-5.
Cornet (P.), J-3.
Cornil, I-16.
Cornudet, F-2.
Coulaudon, R-9.
Couput, H-1.
Couronne, Ac-1.
Courtois, L-2.
Couturier, G-4.
Couvreux, J-1.
Cumenge, F-2.
Cunault, G-1.
Crautin, J-15.
Crétin, B-2.
Cretté, B-2.
Creuzot, B-8.
Crocquefer, J-12.
Crozat, L-3.
Cruchand, I-10.
Cuel, I-6.
Daban, D-11.
Dalibert, G-1.
Damagnez, K-4.
Dambier, B-15.
Dameuve, A-8.
Danaux, I-14.
Danziger, R-9.
Darcissac, A-5.
Dardanne, Ab-1.
Dascalopoulos, H-5.
Daspres, A-5.
Dauptain, D-9.
David (E.), N-3.
David (Roger), C-8.
Davila, Y-3.
Debray (Jacques), B-7.
Decléty, B-7.
Decoularé, A-8.
Defiol, H-5.
Degouy, D-12.
Dehau, D-7.
Delattre (J.), I-2.
Delattre (R.), B-12.
Delcamp, O-1.
Demadières (Mlle), D-6.
Deguignand, Ab-3.
Deguiry, F-3.
Déjerine (Mlle), B-8.
Delebecque, P-1.
Delgove, P-3.
Delitch, A-9.
Dell'Amore, R-1.
Delmas, P-1.
Delord (Jean), D-3.
Delort (Vital), C-6.
Delpérier, B-2.
Demarne, R-2.
Demelin, R-12.
Denniel (Mlle), O-14.
Denoël, C-4.
Denoyelle, K-6.
Deroche, D-11.
Deromps (Mlle), H-8.
Derville, Q-3.
Descaves, D-5.
Deschamps, Z-1.
Deschildre, Ab-2.
Desfarges, O-15.
Desgranges, I-15.
Designole, I-2.
Desnoyers, C-8.
Desplas (Mlle), B-9.
Devé (Mlle), J-6.
Digonnet, I-6.
Diwany, G-1.
Djismedjian, P-3.
Dohen, Y-2.
Doiteau, T-2.
Doniol, B-11.
Donnasson, K-7.
Dossin, B-1.
Doubrère, U-2.
Douhet (de), H-4.
Doumer (Armand), F-1.
Dramez, K-7.
Dubarry, O-10.
Dubois (H.), K-5.
Dubranle, D-2.
Dubuisson, A-9.
Ducassy, I-2.
Duchamp de Lageneste, Y-3.
Duchein, P-3.
Duclos, S-2.
Ducornet, O-7.
Ducrohet, J-4.
Ducuing, F-3.
Dufour, K-2.
Dufraisse (R.), I-3.
Dugué, A-1.
Duhazé, A-3.
Dujardin, E-2.
Dujarier, D-12.
Dumas, F-5.
Dumontel, I-6.
Duneau, Al-1.
Dupouy, B-6.
Dupret, A-6.
Dupuy (L.), N-2.
Durand (J.), X-2.
Durupt, X-1.
Du Souich, U-2.
Duvacher, E-6.
Duval (Henri), D-8.
Duval-Arnould, F-1.
Dvoretzky (Mlle), Y-1.
Ebrard, L-5.
Ehrlich, G-3.
Eisenstein, K-6.
Eloy, L-2.
Engelbach, C-8.
Engelhard, D-8.
Enot, H-4.
Enriquez, I-11.
Esseca, D-10.
Estabial, Y-3.
Estrabaud, T-2.
Evrard, I-7.
Exintaris, A-7.
Falliès, J-2.
Farhat, K-11.
Farrugia, Ab-1.
Fatou, Ac-1.
Faure (René), D-7.
Favory, B-5.
Favreau, N-4.
Féron, S-2.
Ferrier (L.-J.), Aj-1.
Ferrier (Jean), K-2.
Ferrier (P.), N-3.
Ferriot, F-3.
Festal, C-4.
Fettu, R-10.
Feuillié, N-2.
Finkelstein, R-9.
Florand, R-4.
Flot, J-4.
Fogt, E-4.
Forgeron, L-3.
Forget, S-5.
Fornairon, Ah-1.
Fortin, E-5.
Foucault, B-8.
Fouchard, L-2.
Fouet, B-7.
Fougeras-Lavergnolle, B-7.
Fouquet, Y-5.
Fournier (Jacques), N-2.
Fradmann Mlle), K-8.
Franck (Mlle), K-6.
François, L-1.
François-Julien, I-3.
Fremte (Mlle), Ab-2.
Fresney, J-10.
Fritz, J-11.
Froment, I-8.
Fumet, J-14.
Funck, D-1.
Gaboriau (Mlle), T-2.
Gadrat, E-9.
Gaillard, Q-2.
Galland, E-5.
Gallerand, I-4.
Galliard, I-1.
Gallois, Y-4.
Gally, H-2.
Gambillard, D-12.
Ganachaud, I-13.
Gand, P-2.
Garcin, D-11.
Gardères, L-1.
Gardinier, F-4.
Garlopeau, C-6.
Gasiglia, J-4.
Gaudefroy, C-6.
Gaugier, K-9.
Gaume, A-4.
Gaumet, Ae-1.
Gay, J-14.
Gayet, D-3.
Geffray, I-6.
Geghre, F-5.
Gelin, Aa-2.
Gellé, O-6.
Genin, A-2.
Gennes (Lucien de), F-1.
Gennes (R. de), H-7.
Gerdil, A-5.
Gerin (Mlle), N-3.
Gervais (Jean), D-8.
Gillot (Mlle), B-4.
Gimbert (Mlle), T-2.
Girand, I-10.
Girard (André), G-2.
Girard (J.), Ah-2.
Girardin, A-3.
Giraud, I-12.
Giraud (Albert), L-2.
Giraud (G.), P-3.
Giraudeau, K-2.
Girod, N-5.
Godard (Henri), U-3.
Godard (Ph.), C-1.
Gondal, N-3.
Gornouec, D-11.
Gory, R-5.
Goubert, P-2.
Goudet, O-1.
Gourdin, S-5.
Granet, Ah-2.
Grangeneuve, R-11.
Grellety-Bosviel, R-1.
Grenaudier, P-3.
Grenier, D-4.
Grillet, I-15.
Grimbert (Ch.), J-1.
Grunberg (Arthur), D-3.
Grunkraut, G-3.
Guennou, Z-2.
Guérin, B-1.
Guilhamon, S-4.
Guillaume (Alex.), J-5.
Guillaumont, S-4.
Guillaumot, X-2.
Guillemet, Ae-1.
Guillemin, S-2.
Guillermet, T-2.
Guillot (Mme), K-12.
Guilmoto, G-1.
Guiollot, O-11.
Gur, B-3.
Habibollah, E-2.
Halpern (Mlle), Y-4.
Halperson (Mlle), S-1.
Hamon, Q-4.
Hamonic, H-2.
Hardoin, T-2.
Harel (Mlle), R-1.
Haridi, O-9.
Harriague, O-15.
Hartmann (Mlle St.), Aa-2.
Hartmann, Ab-1.
Hartmann, B-7.
Hazan, K-10.
Hemmerdinger, J-12.
Hérault, K-8.
Hérisson, A-3.
Herment (Mlle), P-2.
Hermet, G-1.
Herrenschmidt, E-5.
Hervouet, K-8.
Hissard, D-15.
Hourvitz (Mlle), J-8.
Huas, B-8.
Huet (Pierre), F-4.
Huet (P.-A.), F-1.
Huette, B-1.
Humbert (Léon), J-8.
Ill, F-2.
Imbert, E-9.
Isch-Wall, E-5.
Jacob, X-5.
Jacob (Mlle), Y-2.
Jacquemart, I-2.
Jacquemin (Guillaume), H-7.
Jacquet, K-7.
Jalbaud, I-9.
Jardin (Mlle), S-5.
Jarraud, G-3.
Jarrige, Y-1.
Jaurigny, H-5.
Jeanjean, D-2.
Jeannet, K-1.
Joannon, O-9.
Joanny, B-1.
Joffroy, D-1.
Jondeau, B-8.
Jorand, I-2.
Jouet, D-14.
Jouffray, N-1.
Jouisse, A-4.
Jourdan-Corneille, Ae-1.
Jousseaume, O-5.
Julien (René), K-3.
Jullien, D-4.
Kahn (G.), Aa-2.
Kahn (Maurice), J-7.
Kahn (Morel), K-12.
Kaminer, J-8.
Kaufmann (Mlle), J-2.
Kermorgant, P-1.
Kesseler, X-3.
Khalil, J-10.
Klébaner, A-9.
Klein (Mlle), O-1.
Kœchlin, A-1.
Kouriansky (Mlle), J-8.
Kremen, D-6.
Krongold (Mlle), I-6.
Kuntz (Mlle), A-2.
Kurzenne, I-5.
Laban, C-13.
Labarraque, Ab-2.
Labesse, G-2.
Lacroix (P.), H-11.
Lacroix (Ph.), H-10.
Ladroitte, D-4.
Laemmer, K-3.
Laffaille, K-5.
Lafont (H.), B-7.
Lagrange, R-9.
Laloux, R-3.
Lancesseur, J-4.
Langagne, J-6.
Langlais, G-2.
Lannes, Ad-1.
Lanos, B-2.
Lantier, Al-1.
Lapidus, J-8.
Laplane, B-5.
Larangot, I-16.
Larrousse, O-1.
Lascourbas, I-3.
Latoud (R.), Ad-1.
Laurent (M.), J-9.
Lauriol, A-7.
Lautmann, Q-1.
Lauzier, F-6.
Lavat, I-12.
Lavergne, R-4.
Lavier, K-6.
Lebée, D-7.
Lebègue, H-7.
Lebel, Q-2.
Lebert (Mlle), K-7.
Leblanc, L-3.
Le Bouëdec (Mlle), D-15.
Lebrun (Ch.), O-2.
Lecarpentier-Duboscq, I-3.
Le Chaux, C-7.
Leclerc, F-2.
Lecocq, J-7.
Le Cocq, I-9.
Le Coulm, A-9.
Ledoux, D-16.
Leduc, E-3.
Lefai, D-10.
Lefebvre (H.), J-11.
Lefèvre (Bern.), L-4.
Lefèvre (Gaston), N-2.
Lefèvre (P.), J-9.
Lefèvre (Pierre), Y-2.
Leflaive, E-3.
Lefort (Robert), C-12.
Lefranc, F-6.
Legay, E-6.
Léger, R-12.
Le Hello, Ab-2.
Lehmann, A-1.
Lelong (Marcel), J-1.
Lemariée, K-9.
Lemoine (Gust.), I-9.
Lenferma, A-7.
Lenoir, I-12.
Lenoir (Robert), B-13.
Lenormand, O-1.
Le Normand, D-6.
Léonet, H-2.
Lepelletier, F-2.
Le Poittevin, K-1.
Lerasle, B-8.
Leroux (Maurice), D-9.
Leroux (Roger), K-7.
Leroy (Hector), Y-3.
Leroy (Maurice), O-1.
Leroy (Paul), K-1.
Le Soudier (Mlle), R-6.
Lestocquoy, D-6.
Lesur, B-7.
Lévi-Alvarès, C-5.
Lévine, K-2.
Lévy (Mlle G.), B-5.
Lévy (Mlle Suz.), F-6.
Libault de la Chevasnerie, I-11.
Liber, H-13.
Lidy, A-6.
Lignac, F-2.
Linval, E-6.
Lipschitz, I-15.
Logeais, H-11.
Loir, F-4
Loiseau, S-1.
Loisel, F-4.
Longepierre, K-7.
Lopignon, L-3.
Lorain, J-11.
Loré, U-1.
Lowenthal, I-3.
Loyauté, C-11.
Loyer, S-4.
Luca, O-8.
Lucas (Jean), P-1.
Lucchini, D-10
Luizy, D-3.
Lumière, I-16.
Lyot, E-5.
Madelaine, O-15.
Maechter, O-8.
Mage, N-1.
Magnillat, D-9.
Maigre, D-8.
Maire, D-11.
Majnoni, Q-4.
Malassez, A-10.
Malet, B-4.
Maleysson, O-8.
Malgat, A-1.
Maliniak, J-5.
Mallah, O-4.
Mallebay, I-5.
Mallet (Paul), E-1.
Manceau, K-4.
Mandras, X-1.
Mangini, D-4.
Marassi, H-8.
Marçais (Mlle), S-4.
Marceron, Q-2.
Marchal, X-3.
Marchant, F-4.
Marguin, I-12.
Marot, C-8.
Marquand, Ah-2.
Martin (André), A-5.
Martin (Ch.), C-5.
Martin (Louis), A-8.
Martinet, F-3.
Marty, Q-4.
Marx, E-3.
Massary (de), C-7.
Mathelin, D-13.
Maufrais, O-10.
Maupoix, O-14.
Mélik-Parsadaniantz, I-11.
Menard (Mme), K-1.
Meneau, Q-4.
Mendelssohn (Mlle), Q-1.
Mérine, Y-4.
Merklen, L-1.
Merlier, G-4.

Merlin, I-4.
Merot, F-7.
Metzger, L-2.
Meunier, P-1.
Meyer, C-8.
Meyniard, O-4.
Michalowski, Ah-1.
Michel, F-5.
Migot, U-1.
Milanitch, X-3.
Milet, C-1.
Mille (Mlle), S-2.
Mineur, K-5.
Minor, X-4.
Minvielle (M.), I-10.
Minvielle (Paul), L-1.
Mioche, H-4.
Missirliu, B-7.
Moineau, D-15.
Moiroud (Mlle), R-4.
Moissinac, L-3.
Moniot, A-6.
Monpin, B-14.
Monnier, B-11.
Montlaur, P-2.
Moore, B-3.
Mordagne, J-5.
Mordret, C-9.
Moreau (E.), I-4.
Morice (A.), R-5.
Morice (René), C-2.
Morlot (Hubert), Ac-1.
Morlot (René), J-15.
Moscovici, X-4.
Mornard, O-2.
Mouton, I-8.
Mozer, I-9.
Mugel, H-12.
Murat, I-7.
Mustelier, P-3.
Naar, E-6.
Nantet, C-5.
Nappez, A-10.
Narboni, D-5.
Nast, B-3.
Nazein, K-8.
Nemirowsky, A-1.
Niel, A-4.
Oddo, E-4
Odinet, L-4.
Ollivier, G-3.
Omont, D-4.
Orange, K-10.
Ordioni, I-10.
Orphanidès, O-4.
Ostwalt (Mlle), F-4.
Ovion, B-7.
Pannier, A-8,
Papillaud, K-7.
Para, Ab-1.
Parcheminey, B-10.
Pareux, D-3.
Paris, J-4.
Parturier, B-6.
Pasquier, H-1.
Pataud-Devalencienne, P-1.
Patriarche, I-1.
Patrikios, J-2.
Patte (Mlle), H-1.
Paturet, Q-4.
Paulin (H.), S-4.
Paumelle, N-1.
Payen, E-6.
Pecker, E-2.
Peignaux, O-3.
Pelbois, F-3.
Pellé, P-3.
Peltier, B-9.
Pénoyée, O-6.
Pépin, L-5.
Peretti della Rocca (de), Y-3.
Peretti de la Rocca (de), P-1.
Perier, Q-3.
Péril, R-12.
Perlis, T-3.
Perol, S-2.
Perret, O-6.
Perrin, O-9.
Perrochaud, I-1.
Petetin, J-16.
Peuret, Y-2.
Peyre, I-3.
Pezé (Mlle), D-13.
Philippeau, A-8.
Philippes de la Marnierre, L-4.
Phipps, A-6.
Phocas, I-10.
Phronimos, G-1.
Picard (Joseph), B-3.
Pick, R-10.
Pidoux, U-3.
Piguet, H-7.
Pierre, B-10.
Pierret, I-13.
Pierson (René), N-1.
Pigney (Albert), J-11.
Pignol, K-10.
Pinalie, Ac-1.
Pinel, U-2.
Pinto, B-6.
Piot, J-7.
Pitres, X-3.
Placet, F-5.
Plait, J-7.
Plantin, N-5.
Playoust, O-3.
Plet, R-9.
Plichet, L-2.
Plicque, I-9.
Plotkine, C-9.
Plumey, D-15.
Poincloux, X-3.
Poiré, A-1.
Poitrinal, D-13.
Pollet, O-14.
Polonowski, X-1.
Pommay (Mlle), K-9.
Pontich (de), L-1.
Popelin (Mlle), D-2.
Popesco-Pascano, J-1.
Popoff, J-12.
Porquer (Mlle), C-9.
Posnel de Verneaux (Mlle), O-3.
Potez, J-14.
Potheau, G-2.
Pouey, C-2.
Poussard, E-2.
Poussin, I-3.
Pradal, P-2.
Prévost (Ch.), D-11.
Prévost (Félix), D-12.
Prévot, B-4.
Prieur, Ac-1.
Privé, H-1.
Proust (J.), O-4.
Proust (Roger), A-9.
Prunier, R-6.
Psaume, I-11.
Quartier, H-3.
Quenardel, I-10.
Quéret, O-9.
Quesnel, I-5.
Queyroi, O-15.
Rabeau, Ad-1.
Rabreau, O-4.
Ramadier (F.), N-2.
Ramijean, Ab-1.
Raoul (L.), H-5.
Rappoport (Mlle), X-2.
Ravina, L-2.
Raynal, A-3.
Récamier, F-1.
Réglade, J-6.
Reinhold (P.), I-8.
Reinhold (Louis), K-10.
Rémy-Néris, E-7.
Renard (J.-A.-J.), E-1.
Renardier, B-6.
Renaux, A-3.
Reverdy, R-9.
Reynaud (Paul), J-12.
Ribardière, D-11.
Ribeton, B-1.
Riffaud, L-6.
Rigolage, L-5.
Rivalier, C-6.
Roberti, Ab-3.
Robin (André), D-3.
Robin (Gilbert), B-9.
Robin (V.), J-7.
Robinson, O-5.
Rocheblave, A-7.
Roerner, P-2.
Rohan-Chabot (de), D-1.
Roland, C-12.
Rollot, O-6.
Romain, I-5.
Romanet (Mlle), R-2.
Ronnieux, S-4.
Rosanoff (Mlle), F-7.
Rosenblum, S-1.
Rosset, A-10.
Rossignol, E-5.
Rouffiat, D-10.
Roullaud, N-1.
Roullé, E-8.
Rousse (E.), U-1.
Rousseau (J.-H.), I-5.
Rousseau (Ch.), J-11.
Roy, R-9.
Royole, X-6.
Ruelle (de la), F-9.
Sabadini, N-4.
Sabassier, E-6.
Safontzeff (Mlle), J-2.
Sagot, C-1.
Sakka, N-1.
Salanier, S-1.
Salinières, K-11.
Salle, C-8.
Salmon, A-7.
Salmon (Mlle), I-14.
Samet (Mlle), O-4.
Samoyeau, Ae-1.
Saussines (Mlle de), R-10.
Savary, E-7.
Schechter (Mme), Ab-2.
Schlatter, J-10.
Schlemmer, P-2.
Schlesser, P-2.
Schoux, J-5.
Schutzenberger, K-5.
Schwartz, X-5.
Schwarzfeld, H-3.
Sebald, P-2.
Sédillot, L-3.
Segal, B-9.
Selter, I-12.
Semenon, O-7.
Sénéchal, G-3.
Seriot (Mlle), O-10.
Sibot, K-9.
Sigrist, H-4.
Simeray, A-1.
Simon (Mlle), D-13.
Simon (S.), I-1.
Slontzky, R-11.
Smiechowska, O-2.
Socquet, N-1.
Solente, Ac-1.
Sordinas, O-9.
Soret, J-6.
Soutoul, I-2.
Spanowski (Mlle), B-1.
Sraer, J-4.
Sternemann, X-1.
Stock (Mlle), S-1.
Surun, E-8.
Suyeux, K-4.
Szarvas, C-9.
Taberlet, C-2.
Tamzali, R-10.
Tannenberg (Mme de), B-5.
Tapon, G-3.
Tarneaud, B-12.
Tassigny, B-4.
Ter-Grégoriantz, Ab-1.
Terrasse, A-4.
Terris, C-9.
Tesseyre, L-3.
Tétard, Q-5.
Texier, B-10.
Théodoresco, U-1.
Thévenot, E-6.
Thibault (G.), S-1.
Thibault (R.), R-12.
Thibaut, O-11.
Thierry (H.), R-6.
Thierry (J.), B-5.
Thin, D-5.
Thomé, O-8.
Thouvenot, C-5.
Thuau, A-11.
Tierny, T-1.
Tiphine, B-15.
Toulouse, Ad-1.
Toupance, I-6.
Toupet, H-3.
Tournay, O-15.
Toutez, D-16.
Trétiakoff, R-9.
Tribout, N-5.
Triollet, B-6.
Trolard, I-15.
Troszynska (Mlle), H-4.
Trotsky, O-15.
Tzancoff, A-3.
Ulmann, C-5.
Uzan, I-11.
Vachet, Q-1.
Valiadis (N.), Q-4.
Valiadis (J.), O-13.
Valière-Vialeix, D-5.
Vallée, R-5.
Vallée (Emmanuel), B-6.
Vallet, R-4.
Vannieuwenhuyse, F-8.
Vasilesco, N-5.
Vasselle, A-10.
Vautrain, D-10.
Veil, K-3.
Vernant, D-2.
Verrier (Mlle), O-14.
Vesselle, O-3.
Viala, J-15.
Vicente, I-4.
Vidal, I-8.
Vidy, N-5.
Viard (P.), Ae-1.
Vignard, J-9.
Vigneron, J-6.
Villetard de Prunières, D-6.
Vinal, F-4.
Vincant, B-14.
Vincentelli, Al-1.
Vinokour (Mlle), R-1.
Viollet, S-2.
Wahl (Mlle), K-1.
Waisberg, D-8.
Wallon (A.), J-11.
Walser, Q-4.
Weill, Al-1.
Weismann, D-12.
Wickham (R.), A-7.
Wickham (Y.), F-1.
Wiesner, F-4.
Wigniolle, B-13.
Willmann, O-8.
Winter, Ac-1.
Wisner, C-11.
Woirin, A-6.
Wolff (Mlle), H-7.
Wroczynski, O-1.
Wurtz (J.), A-2,
Yacoël, D-1.
Yannopoul, H-8
Younès, F-8.
Yoyotte, T-1.
Zarjewski, R-3
Zeitline, D-12.
Zola (Emile), A-7
Zuretti, Ab-1.
Zvibak, A-9.
Zvilak (Mlle), L-3.
Zvigoul (Mlle), B-3.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1914)

L'irradiation des glandes surrénales dans la thérapeutique de l'hypertension artérielle. — MM. E. SERGENT et P. COTTENOT rapportent les observations de onze malades hypertendus traités par des applications de rayons X sur les glandes surrénales, toute autre médication étant suspendue pendant la durée de ce traitement. Dix malades sur onze ont accusé un abaissement de pression consécutif aux irradiations. Cet abaissement porte parallèlement sur la pression maxima et sur la pression minima ; il varie pour la maxima de 2 à 5 centimètres de mercure.

Sept des malades sont des hypertendus purs, sans lésion rénale, sans sclérose vasculaire. C'est chez eux que les irradiations ont donné les résultats les plus remarquables (abaissement de 4 à 5 centimètres). Dans tous les cas il y a eu une notable amélioration. Les quatre autres malades sont des scléreux albuminuriques. Trois d'entre eux ont bénéficié du traitement, mais dans une moindre mesure que dans les cas précédents. Chez le quatrième les irradiations furent sans effet.

C'est dans les hypertensions pures ou lorsque est encore très minime la diminution de la perméabilité rénale et de l'élasticité des parois artérielles que les irradiations surrénales sont surtout indiquées et qu'elles donnent leur maximum de rendement. Elles réalisent alors un véritable traitement causal de l'hypertension, et ont pu abaisser la pression de malades sur lesquels les autres traitements étaient demeurés sans effet.

Ces améliorations se maintiennent à condition d'empêcher, par un régime et une hygiène convenables, l'éclosion de nouvelles poussées d'hyperépinéphrie.

Un cas de bacillurie sans tuberculose des voies urinaires. — MM. E. RIST et M. Léon KINDBERG rapportent l'observation d'une femme qui présenta plusieurs crises d'asystolie d'origine aortique et mourut d'érysipèle intercurrent. La recherche du bacille de Koch dans l'expectoration, l'inoculation des crachats, avaient été négatives. Cependant, la réaction de l'antigène faite avec ceux-ci avait été positive ; à deux reprises l'inoculation des urines avait tuberculisé le cobaye. A l'autopsie, les recherches macroscopiques et histologiques les plus minutieuses ne montrèrent que les lésions banales de l'asystolie ; on pratiqua de nombreuses inoculations avec des fragments des différents viscères, « deux fragments de rein en particulier », nulle part il n'y avait trace de tuberculose, sauf un foyer ancien, scléreux, du sommet du poumon droit : son inoculation tuberculisa le cobaye. Cette observation sans doute exceptionnelle, qui souligne l'intérêt de la réaction de l'antigène faite avec les crachats, montre qu'un foyer tuberculeux, même minime, peut servir de point de départ à des « décharges bacillémiques » assez fréquentes, mais qu'il peut néanmoins suffire pour immuniser l'organisme, où ne s'édifie aucune lésion tuberculeuse. En tous cas, il convient d'être prudent avant de conclure à la nature tuberculeuse de lésions rénales en se basant sur la seule inoculation positive des urines.

Le néosalvarsan dans la tuberculose syphilitique. — MM. Léon BERNARD et J. PARAF ont pratiqué chez huit tuberculeux syphilitiques des injections de néosalvarsan. Dans aucun cas, les auteurs ne constatèrent ni accidents, ni incidents.

Dans 4 cas, il s'agissait de tuberculeux non cachectiques présentant des accidents syphilitiques cutanés ou nerveux en évolution. Dans tous ces cas, les effets du traitement furent excellents tant sur les accidents syphilitiques que sur l'état général et l'évolution de la tuberculose.

Dans un autre cas, il s'agissait d'un tuberculeux cachectique ; le néosalvarsan fit rétrocéder les accidents syphilitiques (hémichorée) sans modifier l'évolution fatale de la tuberculose.

Enfin la dernière catégorie concerne des tuberculeux cavitaires syphilitiques anciens présentant des symptômes pouvant se rapporter à la syphilis. Le traitement n'eut aucune action, mais n'occasionna ni troubles ni accidents.

Les auteurs insistent sur la tolérance parfaite des tuberculeux vis-à-vis du salvarsan.

Chorée et syphilis fruste. — M. MILIAN. M. Grenet a montré l'an dernier avec une très grande impartialité deux petites malades atteintes de chorée. Chez l'une la syphilis héréditaire était flagrante et la chorée s'était développée en même temps qu'un iritis syphilitique. Chez l'autre, il était impossible de déceler l'hérédo-syphilis, et la réaction de Wassermann était négative chez le père, la mère et l'enfant.

C'est cette deuxième malade que M. Milian présente un an après. Cette petite fille n'a plus de chorée, mais elle est toujours extrêmement maladroite. Elle présente, comme il l'a déjà constaté l'an dernier, des stigmates frustes d'hérédo-syphilis : front légèrement bombé, empiètement des cheveux sur le front, nez légèrement camard, œil bridé à la mongole, iris bicolore, soudure du lobule de l'oreille.

La réactivation de la réaction de Wassermann donna un résultat imparfait, car 10 centigrammes d'injection intraveineuse de néosalvarsan donna seulement une réaction suspecte au neuvième jour.

Mais aujourd'hui la réaction est devenue entièrement positive chez l'enfant comme chez la mère. Il n'y a donc aucun doute sur l'existence de la syphilis dans cette famille.

Les autres enfants ont d'ailleurs tous marché à vingt mois seulement. L'aîné est un infantile qui, malgré ses quinze ans et demi, n'a pas le moindre poil sur le corps. Il a une petite exostose frontale. Son Wassermann est négatif.

Le troisième enfant présente des dystrophies multiples et il a en outre une insuffisance mitrale que n'explique aucune maladie infectieuse aiguë. Chez lui, la réaction de Wassermann est partiellement positive. Il est intéressant de rapprocher cette cardiopathie de la chorée de sa sœur. Ceci nous explique la fréquence des cardiopathies en dehors de tout rhumatisme dans la chorée.

De ces faits il résulte que, pour nier avec quelque réalité la syphilis chez une choréique, il faut une enquête extrêmement approfondie et prolongée souvent plusieurs mois.

Il faut attacher une grande importance aux stigmates frustes pour le diagnostic de l'hérédo-syphilis : nez légèrement écrasé à la base, soudure du lobule de l'oreille, empiètement des cheveux sur le front, etc., et ne pas attendre pour diagnostiquer l'hérédo-syphilis la dent d'Hutchinson ou le tibia en lame de sabre.

Il ne faut pas non plus nier la syphilis parce qu'une réaction de Wassermann est négative, car nous voyons des syphilitiques en activité ne pas présenter la réaction de Wassermann positive.

Enfin, il ne faut pas non plus nier la syphilis chez une femme parce qu'elle a eu plusieurs grossesses heureusement terminées, sans fausse couche ni enfant mort. La mère de notre jeune choréique a eu six grossesses terminées par la mise au monde de six enfants encore actuellement vivants et pourtant elle a une réaction de Wassermann très positive.

Réinfection syphilitique. — MM. L. QUEYRAT, R. DEMANCHE et Marcel PINARD. Le malade s'est présenté à la consultation du docteur Queyrat à l'hôpital Cochin-Ricord dans les premiers jours de janvier 1911. On constate l'existence d'un chancre syphilitique, lequel a laissé une cicatrice blanche dans le sillon à droite. Il est traité par des pilules de protoiodure au début et des injections d'huile grise. Ce traitement peu intense n'a pas empêché les accidents secondaires, et le 10 juillet le malade revenait consulter avec des macules sur le tronc, des syphilides papulo-squameuses du menton, du cou et de la cuisse gauche, des plaques muqueuses, de la céphalée diurne et nocturne. Il reçoit de semaine en semaine trois injections de salvarsan de 0g60, soit 1g80 de médicament. Les accidents disparaissent rapidement.

En septembre son Bauer est négatif, puis encore en novembre et en décembre 1911 ; il l'était toujours en mars 1913, comme aussi le Wassermann.

Ce malade revient consulter le 20 février 1914 porteur d'un chancre syphilitique tout à fait typique du fourreau (arrondi, croûteux, avec induration parcheminée) s'accompagnant d'une adénopathie en pléiade et montrant à l'ultramicroscope et à l'encre de Chine des tréponèmes. Le Wassermann et le Bauer sont positifs. Cet accident, qui date des premiers jours de février, a eu comme origine un contact avec une fille des rues remontant au début de janvier.

Il paraît aux auteurs qu'il s'agit là d'un cas de réinfection qui ne laisse place à aucun doute.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

ANALYSES

MÉDECINE

Des tuberculoses cavitaires de la base postpleurétiques. (E. Pallasse et Ch. Roubier. *Province méd.*, 7 fév. 1914.) — La tuberculose pulmonaire constitue la complication la plus fréquente et la plus redoutable des pleurésies séro-fibrineuses; mais, contrairement à la loi de Louis, il est des cas où les lésions initiales de la phtisie prennent naissance à la base, là où existait la pleurésie, ou plus exactement dans lesquels les signes physiques se perçoivent d'abord et avec leur maximum d'intensité à la base.

A la première période on est en présence d'un sujet atteint de pleurésie séro-fibrineuse siégeant à la base gauche le plus souvent et qui suit une marche très favorable en apparence.

Dans une deuxième étape, étape pneumonique de Jaccoud, survenant plus ou moins rapidement, on trouve un foyer pneumonique au niveau des adhérences laissées par la pleurésie; ce foyer tourne à l'excavation rapidement.

La troisième période est caractérisée par l'extension au sommet du même côté et au poumon opposé.

Au point de vue pathogénique, il semble logique d'admettre que la tuberculose pulmonaire précède la pleurésie, les pleurésies étant symptomatiques, associées à des lésions pulmonaires tuberculeuses souvent légères.

STEPHEN CHAUVET.

Bronchectasie géante. (F. Devé. *Normandie méd.*, 1er fév. 1914.) — L'auteur rappelant que, en fait, il faut distinguer deux grands types anatomo-pathologiques de dilatation bronchique, d'une part l'état bronchectasique aréolaire du poumon, et d'autre part la caverne bronchectasique ampullaire, rapporte un cas personnel fort intéressant de ce dernier type, caractérisé par une cavité unique, à parois relativement régulières, logée au milieu d'un lobe pulmonaire plus ou moins carnisé.

Au point de vue clinique, le malade présentait une remarquable conservation de l'état général, malgré l'existence depuis près de trente ans de cette vaste cavité dans laquelle stagne en permanence une nappe de pus plus ou moins fétide. Cependant, les signes cavitaires étaient très atténués, et les renseignements confirmatifs fournis par la radioscopie furent d'un grand secours pour établir l'existence, le siège, la forme et l'étendue de la poche, la présence de liquide dans sa cavité, l'unicité de la lésion, et surtout pour diagnostiquer la nature de la cavité pulmonaire; l'existence de semblables cavernes bronchectasiques géantes (grosseur du poing) mérite d'être connue des radiologistes et des cliniciens.

Le malade opéré par M. Jeanne a engraissé de 13 kilos en quatre mois; son expectoration a diminué, est beaucoup moins fétide, et ce résultat suffit pour légitimer l'intervention.

STEPHEN CHAUVET.

La cholestérinémie au cours de la grossesse. (Mauriac et Strymfau. *Réunion biologique de Bordeaux*, 6 janv. 1914.) — Chauffard et ses élèves ont montré que l'hypercholestérinémie était la règle au cours de l'état gravide. Les auteurs ont recherché s'il était possible de saisir la marche, les variations de la cholestérinémie de la grossesse. De l'examen du sang de cinquante femmes ils ont pu déduire des pourcentages et une courbe type de la cholestérinémie durant la gestation. De ces recherches découlent les conclusions suivantes :

1° L'hypercholestérinémie est la règle, du début à la fin de la grossesse;

2° Elle est marquée dès le premier mois de la gestation et s'accentue au cours du deuxième mois. Sa constatation pourra, dans certaines conditions, servir d'argument en faveur d'une grossesse.

3° Du troisième au quatrième mois, le chiffre de la cholestérine baisse; le minimum est atteint du quatrième au cinquième mois et s'approche du taux normal.

4° A partir du cinquième mois la cholestérine du sang augmente progressivement; de six à neuf mois, elle se maintient au-dessus de 2 grammes.

5° Aux approches du terme, on assiste assez souvent à une baisse du chiffre de la cholestérine au niveau ou au-dessous du taux normal.

6° Cette courbe d'hypercholestérinémie est superposable, dans la première partie, à celles obtenues par Bar, concernant les échanges azotés, calciques, sulfurés, etc., au cours de la grossesse. Il semble donc que, au point de vue du cycle évolutif de la cholestérinémie, comme des échanges azotés, on puisse diviser la grossesse en deux périodes : l'une, allant du premier au cinquième mois avec hypercholestérinémie très marquée du premier au troisième mois, moins forte du troisième au cinquième mois; l'autre, allant du cinquième au neuvième mois avec hypercholestérinémie progressive jusqu'à l'époque du terme.

7° Ces résultats ne s'appliquent qu'aux grossesses normales évoluant chez des femmes saines.

Les auteurs ont constaté, en effet, que les infections (tuberculose, syphilis) peuvent modifier considérablement la cholestérinémie gravidique en l'abaissant au niveau et au-dessous de la normale.

STEPHEN CHAUVET.

PHYSIOLOGIE

L'électro-cardiogramme pendant l'anesthésie générale, modifications importantes provoquées par le chloroforme. (Cluzet et Petzetakis. *Soc. méd. des hôp. de Lyon*, 6 janv. 1914.) — Les expériences sur les animaux ont montré aux auteurs que les agents d'anesthésie générale modifient de façons diverses l'électro-cardiogramme. L'éther, le chlorure d'éthyle, le chloralose produisent en somme des modifications peu importantes, de la tachycardie ou du ralentissement simple, sans influencer le rythme fondamental du cœur.

Au contraire, le chloroforme agit profondément : outre une accélération initiale et un ralentissement considérable, cet anesthésique provoque des modifications du rythme fondamental. L'action porte surtout sur la conductibilité cardiaque, soit en prolongeant simplement la durée de transmission de l'excitation, depuis l'oreillette jusqu'au ventricule (block partiel), soit en provoquant une dissociation auriculo-ventriculaire complète, l'oreillette et le ventricule battant indépendamment l'un de l'autre (block total), soit en produisant des pauses ventriculaires pendant la période de block partiel, soit enfin en donnant lieu à des pauses totales (au début ou à la fin de la narcose) dont la durée peut dépasser six secondes.

Le chloroforme modifie encore l'excitabilité cardiaque, puisqu'il *fait apparaître* des extrasystoles.

A propos de cette communication M. Gallavardin fait remarquer que les tracés précédents montrent une fois de plus, qu'il existe dans le cœur deux systèmes bien différents : la masse myocardique qui travaille, et un autre appareil plus délicat, générateur et conducteur de l'excitation. Or cet appareil de conduction des excitations semble extrêmement fragile et subit avec la plus grande facilité le contre-coup des diverses intoxications. C'est ainsi que les troubles de la conductibilité ont pu être signalés dans de nombreuses intoxications parmi lesquelles celles dues à la digitale, au strophantus, à l'adrénaline et même à la narcose chloroformique; l'asphyxie ellemême suffit par la simple surcharge du sang en acide carbonique à produire le block total.

STEPHEN CHAUVET.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 10 francs par an.
Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hopitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 2 mars. — MM. Baldenweck, 30; Hautant, 28.

Sont nommés : MM. Hautant et Baldenweck.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Nantes. — Un concours pour une place de médecin suppléant des hospices sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Nantes le lundi 15 juin 1914. Le registre d'inscription sera clos quinze jours avant l'ouverture du concours.

LA RÉFORME DE L'INTERNAT A L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS DE PARIS. — On nous communique l'ordre du jour suivant :

« Les membres de la section de médecine de l'Association générale des étudiants, réunis en assemblée générale, le 21 février 1914, rendent un respectueux hommage à leurs maîtres dans les hôpitaux, qui veulent introduire dans le règlement du concours de l'internat les plus grandes garanties de justice, et émettent les vœux suivants :

1° Le nouveau règlement entrant en vigueur en 1914 préservera les droits acquis des internes provisoires et des externes ayant subi un ou plusieurs concours, en leur permettant, par mesure transitoire, de subir les épreuves sans être munis des 12 inscriptions prévues au nouveau règlement.

2° Les étudiants étrangers, sans distinction, pourront comme par le passé subir les épreuves du concours, à condition d'être nommés en surnombre à leur rang, sans préjudice du nombre total des internes titulaires et provisoires à prendre au concours. »

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle du 24 février 1914 :

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Labastie passe aux troupes d'occupation du Maroc oriental; Durban, au 16e d'artillerie ; Hirtzmann, au 12e dragons; Le Mansois Duprey, aux troupes d'occupation du Maroc occidental; Fauqué est désigné pour l'Algérie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE (Val-de-Grâce). — L'Assemblée générale annuelle de la Société de médecine militaire française aura lieu le jeudi 5 mars à quatre heures de l'après-midi sous la présidence d'honneur de M. le ministre de la Guerre, de M. le ministre de la Marine et de M. le ministre des Colonies.

LES MÉDECINS ESPAGNOLS A PARIS. — Un groupe de médecins espagnols de Madrid, Séville, Grenade, Saragosse, sous les auspices de l'*Union médicale franco-ibéro-américaine* (UMFIA) est venu la semaine dernière visiter Paris.

Les docteurs espagnols ont visité les services de MM. Pozzi, Legueu et Bar qui, comme le professeur Pozzi, sont membres d'honneur de l'UMFIA.

Ils ont été reçus à l'ambassade d'Espagne où M. Baudelac de Pariente, vice-président de l'UMFIA, les a présentés à S. E. M. de Villa-Urrutia. Ils ont enfin été, avant leur départ, reçus à l'Hôtel de Ville.

LA TRANSFORMATION DE L'ÉCOLE DES AUXILIAIRES MÉDICAUX D'ALGER. — A une question de M. Doisy, député, M. le ministre de l'Intérieur vient de faire la réponse suivante :

« Telles qu'elles avaient été instituées par une décision du gouverneur général de l'Algérie en date du 31 décembre 1904, les études des auxiliaires médicaux étaient contrôlées par deux répétiteurs chargés de donner aux étudiants les explications nécessaires sur les concours et de leur inculquer des éléments d'anatomie, de physiologie, de petite chirurgie, de pathologie, etc.

La réorganisation de l'institution a été demandée par la délégation des non-colons, dans un vœu émis le 4 juin 1910, et par le professeur Bouchard, membre de l'Académie de médecine, dans son rapport d'inspection de 1906.

On reprochait à l'ancien programme d'études de faire entrer les élèves de plain-pied dans les cliniques pour y recevoir l'instruction pratique, dès la première année, avant

RENSEIGNEMENTS

d'avoir acquis une instruction et des notions théoriques assez complètes.

La nouvelle organisation est caractérisée par la démarcation très nette faite entre les études théoriques et les études pratiques.

La réforme des études a nécessité une réorganisation du personnel enseignant. D'une part, le stage de seconde année devant être surveillé et contrôlé, et la durée des cours théoriques étant réduite à un an, la création d'un directeur des études ayant une autorité scientifique particulière s'imposait. D'autre part, les auxiliaires, au cours de la seconde année, étant internés dans un des hôpitaux de la colonie, un des deux postes de répétiteur des cours précédemment créés devenait sans objet. »

HONORAIRES DES MÉDECINS CIVILS SOIGNANT DES MILITAIRES EN CONGÉ. — Le règlement sur le service de santé dispose que les militaires, titulaires d'une permission ou d'un congé de convalescence, sont admis dans les hôpitaux militaires à charge du service de santé; rien ne s'oppose donc à ce qu'ils demandent leur hospitalisation à titre gratuit lorsqu'ils tombent subitement malades ou sont atteints de nouveau de l'affection pour laquelle ils avaient été soignés au corps. Quand, en raison de la gravité de leur état, ces militaires n'ont pu être évacués sur l'hôpital militaire le plus voisin, l'administration de la guerre, à titre exceptionnel et purement gracieux et après examen de chaque cas particulier, participe aux dépenses occasionnées par les soins à domicile.

Les militaires convalescents ne sont d'ailleurs envoyés en congé que sur la production d'un certificat établissant que leurs familles sont en situation de leur donner tous les soins que comporte leur état de santé.

Seuls, les militaires isolés ou en détachement tombés malades en marche voient leurs frais de traitement supportés intégralement par l'administration de la guerre comme s'ils avaient été traités dans un hôpital militaire (art. 43, chap. VII, Inst. 30 déc. 1899).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Delebarre (d'Ascq); Charles Esmonet, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Châtel-Guyon.

COURS ET CONFÉRENCES

GYNÉCOLOGIE. — COURS DE VACANCES (Clinique gynécologique de l'hôpital Broca. Service de M. le professeur POZZI.) — MM. les docteurs G. Rouhier, chef de clinique, et P. Séjournet, chef de clinique adjoint, feront un cours de perfectionnement à la Clinique gynécologique (hôpital Broca), à partir du 5 mars 1914. Les leçons auront lieu tous les jours, sauf les dimanches et fêtes, à cinq heures de l'après-midi. Le cours sera complet en douze leçons. (Ces leçons auront un caractère essentiellement pratique.)

PROGRAMME DU COURS. — Première leçon : Examen gynécologique des malades.

Deuxième leçon : Les voies de l'infection génitale chez la femme. Prophylaxie générale de cette infection. Vulvite et vaginite.

Troisième leçon : Les métrites et leur évolution. Traitement médical des métrites. Indications et technique du curettage. Indications du traitement opératoire dans les métrites.

Quatrième leçon : Complications des métrites. Salpingo-ovarites. Pelvi-métro-salpingite et phlegmon du ligament large. Indications du traitement chirurgical dans les affections annexielles.

Cinquième leçon : Les déviations utérines. Causes générales. Indications du traitement non sanglant. De l'emploi du pessaire. Indications du traitement opératoire.

Sixième leçon : Déchirures du périnée et prolapsus génitaux. Traitement prophylactique. Indications du traitement chirurgical.

Septième leçon : Vaginite blennorragique. Bartholinites. Kystes et tumeurs de la vulve et du vagin. Tuberculose génitale.

Huitième leçon : Types anatomiques et cliniques des fibromes utérins. Complications et diagnostic. Traitement palliatif et indications opératoires dans les fibromes.

Neuvième leçon : Anatomie pathologique. Signes et diagnostic des cancers de l'utérus.

Dixième leçon : Indications et limites d'une intervention radicale dans les cancers utérins. Traitement palliatif des cancers inopérables.

Onzième leçon : Kystes de l'ovaire. Tumeurs solides de l'ovaire. Anatomie pathologique. Signes et diagnostic. Complications (torsion, grossesse, etc.).

Douzième leçon : Grossesse extra-utérine : étiologie, signes et diagnostic. Rupture et hématocèle pelvienne.

Le droit à verser est de 50 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants titulaires de seize inscriptions, sur la présentation de la quittance de versement. — Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

COURS DE PATHOLOGIE INTERNE. — M. le professeur Pierre Teissier commencera le cours de pathologie interne le vendredi 6 mars 1914, à cinq heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Objet du cours. — Les fièvres éruptives. Les affections du sang et des organes hématopoïétiques.

COURS COMPLÉMENTAIRE DE PATHOLOGIE EXTERNE. — M. Alglave, agrégé, commencera ce cours complémentaire le vendredi 6 mars 1914, à quatre heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Sujet du cours. — Affections chirurgicales de la tête, du cou, du rachis.

CONFÉRENCES D'HISTOLOGIE. — M. P. Mulon, agrégé, commencera ces conférences le vendredi 6 mars 1914, à trois heures (amphithéâtre Vulpian), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Sujet des conférences. — Cellules. Tissus (épithéliums, tissus conjonctifs, sang, tissus musculaires, tissus nerveux). Système nerveux. Organes des sens.

CONFÉRENCES D'HYGIÈNE. — M. Pierre Lereboullet, agrégé, commencera ces conférences le vendredi 6 mars 1914, à cinq heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Sujet du cours. — Le sol. L'atmosphère. Les climats. L'habitation. L'alimentation. L'hygiène scolaire.

CONFÉRENCES DE PHYSIOLOGIE. — M. Jean Camus, agrégé, commencera ces conférences le vendredi 6 mars 1914, à cinq heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.

Sujet des conférences. — Les fonctions de nutrition (digestion, circulation, respiration, sécrétions).

CONFÉRENCES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — M. Gustave Roussy, agrégé, commencera les conférences d'anatomie pathologique le vendredi 6 mars 1914, à six heures, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure, au laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique (escalier B, 3e étage).

Programme des conférences. — Le lundi et le vendredi : Anatomie pathologique du rein et des capsules surrénales, du cœur et des vaisseaux, du poumon, de la plèvre et des organes génitaux.

Le mercredi : Etude, au moyen de l'appareil à projections, d'un certain nombre d'autopsies complètes, et exercices de lecture de préparations microscopiques.

AUTODÉNONCIATION RÉCIDIVANTE CHEZ UNE DIPSOMANE

Par MM. E. DUPRÉ,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital Laënnec,
Médecin en chef de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police,
et LE SAVOUREUX,
Interne à l'Infirmerie spéciale.

Dans ses admirables études sur l'alcoolisme subaigu, Lasègue a écrit : « Quand un homme vient dire qu'il a tué quelqu'un sans que cela soit vrai, il y a quatre-vingt-dix-neuf chances sur cent pour que ce soit un alcoolique. » Dans un rapport sur les Autoaccusateurs au point de vue médico-légal, l'un de nous (1) apportait à l'appui de cette assertion une série de nombreux et intéressants exemples, qui lui permettaient d'établir les caractères distinctifs de cette variété d'autodénonciation et de formuler les lois d'étiologie, de clinique et d'évolution de l'autoaccusation alcoolique. Celle-ci, qui survient chez les prédisposés comme une manifestation de l'ivresse délirante ou de l'alcoolisme subaigu, est provoquée par des libations plus copieuses, souvent absinthiques ou spiritueuses, chez des sujets surmenés ou inquiets, maintes fois à la suite de l'émotion d'une dispute. Le malade, au milieu d'un rêve hallucinatoire tragique, s'improvise le héros d'un drame sanglant et devient l'assassin de sa femme, de sa fille, de son fils, de son patron ou d'un personnage de l'actualité. La victime, égorgée dans une tuerie rouge et rapide, tombe sans même pousser un cri. La scène sauvage, dont le décor visuel reste net dans la représentation du malade, se juge sans bruit dans le grand silence des rêves toxiques. Après, c'est la fuite, souvent éperdue, le remords et l'autodénonciation aux autorités. Les heures ou les jours suivants, peu à peu, l'hébétude, la confusion, l'anxiété, l'amnésie diminuent. Le doute entame la conviction délirante; la conscience se ressaisit. Le sombre drame commence à s'éclaircir; et, assez rapidement, le malade, revenu de son erreur, en témoigne sa surprise et sa honte.

Le délire d'autoaccusation ne se dissipe complètement que sous l'influence d'un sommeil profond, véritablement critique, au sortir duquel le malade se réveille désabusé et lucide. C'est le sommeil de l'homme endormi qui guérit alors le cauchemar de l'homme éveillé (2).

Chez les buveurs d'habitude, on constate souvent la répétition, sous les mêmes influences étiologiques, des mêmes faits d'autoaccusation délirante. Le même individu, obéissant à ses tendances personnelles, vient ainsi, après de nouvelles libations, s'accuser de nouveaux crimes.

Tout en obéissant aux lois générales que nous venons de formuler, l'observation suivante s'écarte, par plusieurs points, du type ordinaire de l'autoaccusation alcoolique et suscite d'intéressants commentaires.

Observation. — Le 19 novembre 1913, à minuit et demi, une femme de soixante et un ans, Mme S..., originaire du Luxembourg, journalière, demeurant à Paris, se présente au poste de police du quartier des Quinze-Vingts. Elle vient s'accuser d'avoir jeté dans la Seine sa petite-fille, âgée de huit ans, en passant, à cinq heures du soir, sur le pont d'Austerlitz.

Le commissaire de police fait demander immédiatement à son collègue de Charenton, dans la circonscription duquel habiteraient les parents de la petite-fille, si on lui a signalé une disparition d'enfant. Il lui est répondu négativement.

On garde la femme une nuit au commissariat. Elle la passe avec calme. Le lendemain matin, elle donne l'adresse des parents de sa petite-fille à Saint-Mandé, sauf le numéro de la rue. On fait une nouvelle enquête, qui révèle que l'enfant indiquée est vivante et bien portante.

Pressée de questions, Mme S... déclare « qu'elle a dû rêver », car elle est certaine maintenant de ne pas avoir vu sa petite-fille la veille.

On la dirige alors sur l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police.

Elle s'y montre calme, propre, correcte dans sa coiffure et ses vêtements, parfaitement lucide, orientée dans le temps comme dans l'espace. Elle se rend compte qu'elle est à l'Infirmerie spéciale. Ses réponses sont sensées et c'est avec beaucoup d'ordre qu'elle raconte son aventure.

Depuis trois semaines environ, elle serait sans domicile. Elle n'a plus d'argent. Elle couche dans le bois de Vincennes ou sur les bancs des boulevards. Le jour, elle erre dans les promenades publiques, ou se tient dans les églises. Il y a un mois et demi, elle aurait été heurtée par un tramway et elle montre des cicatrices sur la tempe gauche et sur l'arête du nez, qui seraient les preuves de cet accident. Depuis lors, elle ne travaillerait plus.

Mme S... peut retracer assez exactement l'emploi de journée qui a précédé sa démarche auprès du poste de police. Elle était allée au bois de Vincennes dans la journée, puis était revenue dans Paris par l'avenue Daumesnil. Finalement elle s'arrête boulevard Diderot, s'assied sur un banc et s'endort profondément. Quelqu'un la secoue et lui dit : « Vous n'allez pas dormir ici, ma brave femme ! » Elle se réveille et s'étonne qu'il fasse déjà nuit. Elle ferme de nouveau les yeux et se rendort à moitié ; car, ajoute-t-elle, elle entendait encore le bruit des tramways, des voitures et des passants. — Tout en sommeillant à demi, elle se revoit dans le bois de Vincennes, au milieu de la sapinière. Sa petite-fille, qui jouait avec ses camarades, accourt vers elle et lui saute au cou. Mme S... lui dit : « Viens faire un petit tour avec moi », et l'emmène du côté de Charenton, vers la Seine; elles marchaient sur la rive. Tout à coup, Mme S... dit en riant : « Tiens je ne t'aime plus ! », et pousse sa petite-fille. L'enfant tombe dans le fleuve. La grand'mère entend le claquement de l'eau et se réveille.

Alors, elle s'étonne d'être sans sa petite-fille. Elle se dit : « Tiens, j'ai fait une bêtise; j'ai jeté Emilienne dans l'eau ! » Puis : « Cela doit être un cauchemar. Ce n'est pas possible que j'aie fait une chose comme ça ! »

Elle se lève, s'enquiert d'un « bureau de police » et va s'accuser de son crime.

Quand nous la voyons, Mme S... reconnaît très nettement que ce ne pouvait être qu'un rêve.

Cela ne l'étonne d'ailleurs pas beaucoup. Très souvent, nous dit-elle, il lui arrive de rêver très activement et de ne pas distinguer ensuite le rêve de la réalité.

« Dès que je ferme les yeux, raconte Mme S..., je commence à voir des histoires. Ce sont le plus souvent des histoires

(1) Dupré. *Congrès de Grenoble*, 1902.

(2) Dupré. Revue polyclinique des psychoses alcooliques, *Tribune méd.*, 11 janv. 1907.

terribles, comme des cauchemars. Je n'ai pas besoin d'être tout à fait endormie pour cela. On vient me prendre à la gorge; je suis dans une forêt, des loups me poursuivent; je tombe dans des précipices. Le plus souvent, ce sont des histoires que j'ai lues dans le *Petit Parisien*. Je lis souvent les faits divers et les feuilletons. Je revois toutes ces histoires devant mes yeux, dès que j'ai fermé les paupières. Ici même, c'est la même chose. »

Elle se souvient, par ailleurs, avoir déjà été victime d'un rêve analogue et être venue s'accuser d'avoir noyé son fils, il y a une vingtaine d'années.

Cette affirmation est exacte. Le dossier administratif de la malade en témoigne. *Vingt-cinq ans auparavant*, exactement le 22 septembre 1888, la femme S..., âgée alors de trente-sept ans, se présentait au Commissariat de police du quartier Notre-Dame et s'accusait d'avoir jeté, la veille, sa fille, âgée de quatorze ans, dans le canal Saint-Martin. « Je me promenais avec ma fille, racontait Mme S..., le long du canal Saint-Martin, en allant au marché de Ménilmontant. Un peu avant d'arriver à la voûte formée par le boulevard de la Villette, je lui ai fait quelques observations au sujet de son travail. Ma fille m'ayant répondu : « M..., tu me fais ch... ! », j'ai été prise d'un mouvement d'emportement, lui ai appliqué un violent soufflet, et, comme nous étions sur le bord du canal, elle est tombée dans l'eau. Affolée, j'ai pris la fuite, sans regarder derrière moi et sans appeler au secours. » — « J'ignore, ajoutait Mme S..., ce qu'est devenue ma fille. J'espère qu'elle a pu être sauvée, car il y avait beaucoup de monde à l'endroit où le fait s'est passé. Depuis lors, je ne suis pas rentrée chez moi; j'ai les facultés mentales très affaiblies, surtout la mémoire, à la suite d'une fièvre typhoïde, dont j'ai souffert il y a sept ans. »

L'enquête découvrit alors, comme ces jours-ci, que rien ne s'était passé comme elle le disait : sa fille n'avait été l'objet d'aucune violence. Mais on affirmait que la femme S... buvait de l'eau-de-vie de marc; et que, deux jours auparavant, elle avait quitté subitement son domicile, à six heures du matin. Enfin, après de tels excès, « ses facultés mentales s'étaient déjà montrées plusieurs fois altérées ».

Par suite de circonstances mal éclaircies dans les rapports, Mme S..., amenée à l'Infirmerie spéciale, n'y était pas restée, n'y avait pas été examinée par les médecins et avait été rendue immédiatement à son mari qui la réclamait.

Le lendemain de son entrée à l'infirmerie, la fille de la malade vint nous donner des renseignements précieux sur les habitudes de sa mère.

Il semble parfaitement établi par les dires de cette personne que la malade est une femme habituellement « très rangée », très ordonnée, d'un caractère aimable, docile, bonne travailleuse et ménagère exacte. Mais, par périodes, elle se met à boire. Les jours qui précèdent ses abus d'alcool, elle tâche d'éloigner sa fille et évite que celle-ci vienne la voir. Elle se montrerait à ce moment un peu irritable. Le plus souvent, elle s'empare de l'argent qui est à sa portée, quitte le domicile conjugal, boit et erre pendant plusieurs jours, une semaine environ, et rentre ensuite d'elle-même à la maison.

La nuit qui a précédé sa dernière fugue, elle avait pris cinq francs à son mari. Celui-ci, le matin, lui avait donné trois francs pour aller au lavoir.

Le mari, quand elle revient, la bat et la séquestre quelques jours. Pour cette raison ou pour d'autres, elle demeure honteuse de ses désordres et n'aime pas qu'on lui en parle. La phase de sobriété peut durer jusqu'à six mois.

Il n'apparaît pas que, ayant bu, Mme S... présente des signes d'ébriété, ni qu'elle fasse du scandale. Elle marche seulement beaucoup, va à l'aventure et couche où elle peut. Elle revient chaque fois au logis dans un état de grande fatigue.

Elle boit toujours seule, au contraire de ce que faisait sa mère, qui, au dire de sa fille, ne buvait que quand on lui payait à boire et ne faisait d'excès qu'en compagnie.

Quand elle revient au logis, Mme S... est silencieuse ; elle évite de raconter ce qui lui est advenu. Il ne semble pas qu'elle ait l'habitude de rêver ou d'imaginer des histoires invraisemblables ou fantastiques, pendant ses débauches intermittentes. Sa fille, d'ailleurs, ne relate aucun fait qui puisse faire penser que sa mère soit d'une constitution mentale imaginative.

Sa famille n'a remarqué aucune trace d'affaiblissement de la mémoire, ni de l'intelligence.

C'est d'ailleurs ce que confirme l'examen détaillé du fond mental de la malade. Sa mémoire des faits anciens et récents est très bonne. Il faut, cependant, signaler son obstination à prétendre que c'est *son fils* qu'elle pensait avoir noyé autrefois; alors que le rapport administratif et le témoignage de sa fille confirment l'autre version. Elle juge avec bon sens et lucidité sa situation.

A l'examen physique, rien de notable. La malade se plaint de légères crampes dans les mollets; ses réflexes rotuliens sont vifs, mais elle n'a pas de tremblement marqué des mains, ni de la langue. Elle nie les pituites et les brusques réveils. Le pouls n'est pas accéléré. Ni chaleur, ni moiteur de la peau; pas de congestion du visage. Elle dort et s'alimente normalement, à l'Infirmerie. En somme, Mme S... ne présente aucun signe qui permette de la considérer comme une alcoolique chronique en état subaigu. Pas de signes d'artériosclérose.

Une petite cicatrice sur le nez, une autre à la tempe prouvent qu'elle a été, en effet, blessée récemment, mais ne permettent pas de penser à un choc violent.

Durant son séjour à l'Infirmerie, Mme S... ne varie pas dans ses déclarations ; elle se maintient dans le même état de calme et de lucidité, ce qui autorise à la rendre aux siens après trois jours d'observation.

L'histoire de cette autoaccusation, récidivant à vingt-cinq ans d'intervalle, sous une forme stéréotypée, à la suite d'abus de boisson, en période de dipsomanie, nous paraît unique dans la littérature psychiatrique. Elle se distingue des autres faits d'autoaccusation analogues, par les caractères suivants :

Le sujet, contrairement à la règle, est une femme. Le délire onirique, où se joue un drame rapide et mouvementé, comporte ici presque autant d'éléments auditifs que d'éléments visuels. Ensuite, le sujet, dont les rêves ne laissent ordinairement pas de trace délirante, dans les deux seules occasions où s'impose à elle la croyance à la réalité de ses rêves toxiques, réédite, presque identiquement, *à vingt-cinq ans d'intervalle*, dans un décor et avec une victime semblables, la même situation, le même drame et la même réaction. La malade bien que susceptible de délirer à la suite d'excès alcooliques, n'est pas, à proprement parler, une alcoolique chronique. Ses abus de boisson sont passagers, périodiques, séparés par de longues phases de sobriété. Ces accès paraissent s'accompagner non pas de signes d'ébriété délirante, mais d'impulsion ambulatoire, d'errance, de vagabondage, et se compliquer d'un état consécutif de grande fatigue. Ils sont précédés d'une courte période d'humeur maussade et irritable.

Ces notions autorisent le diagnostic de *dipsomanie*.

Et c'est sans doute à cette qualité impulsive et périodique de son appétit pour les boissons alcoo-

liques, que Mme S... doit la courte durée de sa conviction délirante, et la pauvreté imaginative de ses rêves. Le délire onirique s'est manifesté chez elle sous la forme stéréotypée d'un thème unique, qui s'est répété à vingt-cinq ans d'intervalle, comme la réédition d'un même cliché. Il s'agit ici d'une véritable *stéréotypie délirante*, à caractère épisodique et passager, comme l'épisode ébrieux qui l'a provoquée. Cette stéréotypie délirante, d'origine ébrieuse, et de nature onirique, est conforme à la définition du syndrome que propose Dromard (1), dans les intéressantes études de cet auteur, que l'un de nous (2) citait à propos d'une autre observation de stéréotypie délirante.

Le syndrome apparaît ici différent du *délire à éclipse*, de Legrain, parce que, chez notre sujet, il est évident que, durant les vingt-cinq ans qui ont séparé les deux accès de délire, la conviction morbide n'est pas demeurée, même à l'état latent, à l'arrière plan de la conscience. Dans sa récidive stéréotypée, cette autodénonciation morbide semble participer à la monotonie des manifestations périodiques de la dipsomanie. Le délire actuel apparaît chez cette femme, comme l'écho fidèle et lointain, dans la mémoire, d'un ancien rêve; comme la reprise, dans le même décor, d'un vieux drame que le sujet n'a pas oublié.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1914)

Infection naturelle du rat et de la souris au moyen de puces parasitées par « Herpetomonas Pattoni ». — MM. A. LAVERAN et G. FRANCHINI.

Sucre protéidique et sucre virtuel. — M. Henry BIERRY et Mlle Lucie FANDARD.

Sensibilisation de l'organisme à certains produits bactériens par l'hématolyse. — MM. W. J. PENFOLD et H. VIOLLE.

Entraînement et séparation des microbes en suspension dans l'eau sous l'influence d'un courant d'air. — MM. A. TRILLAT et FOUASSIER, continuant leurs expériences, montrent que pour un même liquide d'une tension superficielle constante, tenant des germes divers en suspension, le passage d'un courant d'air est capable non seulement d'effectuer des entraînements mais aussi des séparations. Les résultats obtenus dépendent de la grosseur des microbes et de leur aptitude plus ou moins grande à être mouillés.

La connaissance de ces faits est d'une grande utilité pour l'étude si importante du triage des germes en suspension dans l'atmosphère sous l'influence d'un courant d'air.

(SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1914)

Variations de la ration alimentaire et du poids du corps sous l'action du rayonnement solaire dans les diverses saisons. Nutrition par la chaleur. — M. MIRAMOND DE LAROQUETTE expose ses expériences sur des cobayes, expériences qui confirment les observations de Lapicque et de Eykmann en Abyssinie et à Java et celles de Binet sur les jeûnes mystiques aux Indes et en Egypte, ainsi que celles de M. Bergonié sur l'absorption et l'utilisation dans les tissus de la chaleur des courants de haute fréquence.

Les recherches de M. Miramond de Laroquette semblent démontrer « qu'une exposition journalière, intensive et prolongée au soleil, ou même aux foyers artificiels, fournit aux tissus une quantité d'énergie directement absorbée qui permet de réduire la ration alimentaire et secondairement, dans quelques cas, d'obtenir une certaine réduction de la masse du corps.

Appliquées à l'hygiène, ces données font envisager l'utilité de régimes différents en hiver et en été, de régimes de pays froids et de régimes de pays chauds, comme il y a des régimes de travail et des régimes de repos; les premiers plus riches en aliments pour fournir plus de calories, les seconds plus riches en eau pour lutter contre la déshydratation plus forte des tissus par les hautes températures. C'est d'ailleurs ce que réalisent d'instinct beaucoup d'hommes et d'animaux.

De même, au point de vue thérapeutique on conçoit l'utilité des cures de repos au soleil avec réduction de régime comme celles habituellement pratiquées par les indigènes d'Algérie pendant la période du Ramadan. Les *cures végétales*, qui peuvent être ainsi appelées parce que proches du régime normal de la plante, constituent simplement une héliothérapie chaude avec demi-diète, très différente cependant de l'héliothérapie froide avec suralimentation appliquée dans les sanatoria de montagne; elles paraissent devoir être surtout indiquées dans les maladies de la nutrition, notamment dans la goutte et l'obésité. »

Culture des ganglions spinaux dans du plasma hétérogène. — MM. G. MARINESCO et J. MINEA.

Sur le stigmate de l'hypertension artérielle. — M. A. MOUTIER. Les vaisseaux, qui pendant un certain temps ont eu une tension normale ou au-dessus de la normale, conservent la faculté de revenir très facilement à ces états d'une façon temporaire lorsqu'on les en aura écartés en abaissant la tension par un moyen quelconque.

Cette notion est importante au point de vue du pronostic de l'hypertension artérielle. Elle explique que certains « hypertendus-détendus », dont la tension reste normale depuis de longues années, peuvent, sous une influence quelquefois très légère et très passagère, voir surgir chez eux des accidents graves comme s'ils étaient restés hypertendus.

Il résulte de ces faits que l'hypertendu ramené à la normale n'est jamais rétabli pour cela *ad integrum*, et qu'il conservera un stigmate de son état ancien. Ce stigmate (*effet de retour*) constitue une tare indélébile; il sera d'autant plus marqué que l'hypertension aura été plus grande.

L'hypertendu-détendu devra donc toujours éviter avec soin toute cause pouvant déterminer un retour, même passager, de son hypertension antérieure.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 3 MARS 1914)

Note sur la vaccination antityphoïde (vaccin chauffé). — M. CHANTEMESSE rappelle qu'en 1912 il avait fait la promesse de soumettre les statistiques de morbidité et de mortalité par fièvre typhoïde, dans l'armée de terre et dans la marine, consécutives à l'emploi préventif du vaccin antityphoïde chauffé. Il fait connaître ces résultats aujourd'hui officiels dans des tableaux détaillés.

Le premier les montre relevés à la fin de l'année 1913 dans l'armée de l'Algérie, de la Tunisie, du Maroc et de la métropole.

Ils ne pouvaient être meilleurs puisque parmi les vaccinés la morbidité par fièvre typhoïde et par conséquent la mortalité ont été nulles.

Le second tableau fait connaître les résultats obtenus dans la marine par l'emploi du même vaccin. Ils sont plus nombreux que les précédents puisqu'ils s'étendent sur une période

(1) DROMARD. Etude psychologique sur la stéréotypie, *Revue de psychiatrie*, 1904.

(2) DUPRÉ et René CHARPENTIER. Récidive médico-légale stéréotypée chez un débile ambitieux, *Journ. de méd. légale*, 1907.

de vingt mois, d'avril 1912 à décembre 1913 et portent sur un nombre de 4 700 vaccinés. Là encore, dans les ports de guerre ou sur les navires, dans les escales de France ou des colonies, dans les régions où la morbidité typhoïde a frappé un homme sur 120, les vaccinés se sont montrés réfractaires à la maladie. Aucun cas n'a été observé parmi eux.

Dans la population civile de France, des colonies et des pays étrangers, dans quelques armées étrangères, en Belgique notamment, le vaccin a été utilisé et le nombre des personnes ayant reçu ce vaccin s'élève maintenant à plus de soixante-dix mille. La vaccination s'est répandue en Espagne, en Portugal, aux îles Canaries, en Angleterre, Belgique, Danemark, Suisse, Egypte, Italie, Sicile, Grèce, Roumanie, Russie, Turquie d'Europe et d'Asie, et en Amérique (Canada, Colombie, Costa-Rica, Equateur, Guatemala, Venezuela, Brésil, Argentine et Uruguay).

Sur tant de milliers de ces immunisés répandus dans le monde, aucun d'eux dans le cours de ces deux dernières années n'avait contracté la fièvre typhoïde, quel que fût le danger du séjour dans le pays qu'il habita (Maroc, etc.), quelle que fût sa profession (infirmier, etc.), son contact et ses rapports avec les malades et leurs proches, quel que fût enfin le milieu épidémique où la maladie sévissait sur les non-vaccinés.

Sur le chemin de fer de Nice à Coni une épidémie sévère de fièvre typhoïde éclate parmi les ouvriers. Aussitôt les docteurs Balestre et Roux vaccinent 136 de ces ouvriers. Aucun des vaccinés ne fut atteint, et désormais l'épidémie s'arrêta.

A Bastia, la fièvre typhoïde a frappé pendant les six derniers mois 75 personnes et causé 15 décès. Le docteur Benelli, directeur du bureau d'hygiène, et le docteur Zucarelli vaccinent plus de 400 personnes. Toutes restent indemnes.

Mêmes constatations sont relevées dans des milieux isolés, dans des asiles d'aliénés, dans des hôpitaux, à l'asile de Beauregard, à Fécamp.

Au Havre cinq cents personnes, dont dix médecins, ont été vaccinées et sont restées indemnes.

Ces renseignements paraissent suffire à démontrer l'efficacité vraiment inespérée du vaccin dès que les quatre injections vaccinales sont terminées. Chose remarquable, dans un milieu épidémique et avant que le traitement préventif soit achevé, un cas de fièvre typhoïde se déclare-t-il parmi les traités, la maladie est toujours bénigne, comme si le malade bénéficiait déjà d'un commencement d'immunisation.

Les enfants supportent admirablement la vaccination antityphoïdique, bien mieux encore que les adultes.

M. Chantemesse passe en revue divers points concernant les applications de ce vaccin, ses doses, son mode de préparation, son innocuité, ses inconvénients possibles.

M. Chantemesse, après les expériences qu'il a faites avec M. Widal, conseille de faire quatre injections.

La durée moyenne de l'immunité conférée par le vaccin serait sensiblement égale à celle du vaccin jennérien contre la variole.

Le vaccin qu'a utilisé M. Chantemesse est le vaccin monovalent chauffé qui lui a paru plus efficace que le vaccin polyvalent.

Il est, d'autre part, resté fidèle à la stérilisation du vaccin par la chaleur non pas seulement en raison du souvenir des expériences de 1888, mais parce que les constatations des médecins anglais de Harrison, Leishman, etc., qui remontent déjà à sept ans (*Journ. of the Royal army medical Corps*, 1907, vol. VIII, p. 472), ont démontré que le vaccin stérilisé par un anesthésique (le chloroforme) était bon sans doute mais inférieur comme efficacité au vaccin chauffé. Et il y est resté fidèle surtout parce que le chauffage est un mode de stérilisation simple, sûr, robuste, qui n'est pas sujet à des à-coups, à des malfaçons, à des accidents. Jamais, ni en France ni à l'étranger, il n'y a eu, avec le vaccin chauffé, d'inconvénients, ni de désastres, ni de mort. Jamais non plus, avec le vaccin chauffé, on n'a constaté, dans les heures qui suivent la vaccination, ces accidents si graves qui ont été signalés avec d'autres préparations vaccinales et qu'on a attribué, faussement, à l'introduction directe du vaccin dans une veine. Car une particularité importante de ce vaccin chauffé c'est que le chauffage lui laissant ses propriétés immunigènes le dépouille d'une bonne partie de ses substances irritantes. On s'en convaincra par la statistique sincère et contrôlée des 1400 injections vaccinales que M. Chantemesse a faites à l'Hôtel-Dieu depuis deux ans, où sont inscrites les réactions locales et générales présentées par les vaccinés. C'est un exemple, en raccourci, de ce qui s'est passé partout.

Voici ces résultats. Sur les 1400 injections pratiquées, les réactions locales ont été si peu marquées qu'il est inutile d'en parler. Quant aux réactions générales, elles ont été 1184 fois nulles, 179 légères, c'est-à-dire amenant, dans les heures qui suivent, une élévation de température de 38 degrés à 38°5; moyennes, c'est-à-dire ne dépassant pas 39 degrés, 33 fois; et fortes, avec élévation thermique entre 39 degrés et 39°5, 7 fois. Dans la très grande majorité des cas c'est la première ou la seconde injection qui donne la réaction, et les doses suivantes, quoique plus copieuses, ne provoquent aucun trouble de la santé. Il importe que les vaccinés soient avertis de ces faits afin que la nécessité du chiffre de quatre injections (pour avoir une immunisation solide, sans secousses) ne leur semble pas trop considérable.

Les constatations faites par M. Chantemesse à l'Hôtel-Dieu ont été confirmées à l'étranger.

M. Chantemesse compare, en terminant, la bénignité des réactions consécutives à l'emploi du vaccin chauffé et les réactions provoquées par d'autres préparations vaccinales qui sont beaucoup plus fortes, et il conclut que s'il faut subir la loi de la vaccination obligatoire nous avons le droit de demander qu'on choisisse la préparation vaccinale qui déprime et altère le moins l'organisme.

Réglementation de la vente des substances vénéneuses. — L'Académie reprend la discussion du rapport de M. Lucet.

M. Armand Gautier, dans une communication très documentée, demande que l'on défende l'emploi dans l'agriculture de l'arséniate de plomb.

M. Lucet répond à ce sujet, à la fois, à MM. Cazeneuve et Gautier. Il s'applique à démontrer combien ont été exagérés les accidents invoqués par M. Cazeneuve contre l'emploi de l'arséniate de plomb, et il maintient la conclusion de la Commission.

— Après une vive discussion à laquelle prennent part MM. Gautier, Lucet, Hayem, Bourquelot, Barrié, etc. M. le Président met aux voix la conclusion de M. Gautier qui est ainsi conçue : « Seul l'arséniate de plomb reste prohibé. »

Cette conclusion est adoptée.

Sténose hypertrophique du pylore chez l'adulte. — M. Hartmann lit une note sur ce sujet.

Kyste dermoïde de l'inion. — M. Walther communique une observation.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1914)

Recherches sur l'anatomie pathologique de l'atrophie spasmodique congénitale. — MM. A. Lesage et M. Cléret signalent la sclérose généralisée qu'ils ont rencontrée dans ce type d'atrophie, sclérose qu'ils considèrent comme la lésion fondamentale de cette affection. Outre les lésions scléreuses, existant au niveau des différents organes (thymus, thyroïdes, pancréas, rate, foie, etc.), ils insistent sur l'existence d'une myosite scléreuse avec réaction leucocytaire et nodules inflammatoires, en rapport, vraisemblablement, avec le spasme musculaire constaté cliniquement.

Sur les phénomènes d'absorption au niveau de la vésicule biliaire. — M. A. Policard. Les granulations graisseuses, bien connues depuis Virchow au niveau des cellules de l'épithélium de la vésicule biliaire, sont l'expression morphologique d'un processus d'absorption et non de sécrétion de corps gras au niveau de ces cellules. Cette absorption se fait suivant un mécanisme identique à celui de l'intestin. Elle présente des phases successives. Les diverses régions de la surface de la vésicule ne sont pas toutes simultanément au même stade ;

il y a alternance fonctionnelle entre les diverses plages de la muqueuse.

Action directe du foie sur les hémolysines du complexe hématique des hémoglobinuriques a frigore. — MM. G. Froin et Pernet ont modifié le phénomène de Donath et Landsteiner en le pratiquant en deux temps. Le premier temps consiste à refroidir un mélange de sérum normal chauffé et de sérum de l'hémoglobinurique (temps séro-sérique). Le deuxième temps utilise ce mélange primitivement refroidi et un mélange préparé extemporanément (tube témoin), tous deux mis en présence de globules rouges (temps séro-globulaire). Tandis que l'hémolyse est égale à 1 dans le phénomène de Donath et Landsteiner classique, elle s'élève à 3 dans leur épreuve à deux temps. Celle-ci prouve que la dissociation a frigore du complexe de l'hémoglobinurique se produit très activement, non seulement dans le mélange séro-globulaire, mais aussi dans le seul mélange séro-sérique (sérum normal chauffé à 56 degrés plus sérum de l'hémoglobinurique). En déviant les hémolysines sur le complexe normal, il se trouve mué en un complexe malade, aussi hémolitique que le complexe primitif.

Leurs expériences montrent également l'importance de la prise de contact séro-globulaire ou imprégnation plus intime des globules par le sérum malade. Ce fait concorde avec celui qui montre que les antitoxines fixent les toxines par contact direct.

Les auteurs apportent enfin la preuve que les hémolysines, et non l'antitoxine, sont les corps du complexe impressionnés par le froid. En effet, après les avoir séparés de leur auto-antitoxine, pour les faire adhérer à une iso ou homéotoxine, il suffit de les refroidir de nouveau pour mettre en évidence la constante fragilité de leur adhésion.

De l'emploi d'un antigène surrénal dans la réaction de Wassermann. — MM. Sézary et Borel montrent qu'un extrait surrénal, préparé à l'aide de glandes surrénales de bœuf, peut être substitué aux antigènes classiques dans la réaction de Wassermann. Cet antigène surrénal, étudié parallèlement avec l'antigène classique (extrait de foie hérédosyphilitique) a donné des résultats très comparables et le degré de l'hémolyse mesuré à l'aide de l'échelle de Vernes s'est montré le plus souvent analogue dans les deux cas. En raison de la composition chimique assez constante des glandes surrénales chez l'animal employé, on peut espérer obtenir, par cette méthode, un antigène facile à préparer et doué de propriétés toujours semblables à elles-mêmes.

Hypophysectomie et glycosurie alimentaire. — MM. J. Camus et G. Roussy, comme suite à leur note de samedi dernier, dans laquelle ils ont étudié l'influence de l'hypophysectomie sur la glycosurie spontanée chez le chien et le chat, apportent aujourd'hui des faits relatifs à la tolérance aux hydrates de carbone et à l'apparition de la glycosurie alimentaire, étudiées sur un certain nombre de leurs opérés.

De leurs expériences portant sur 9 chiens hypophysectomisés et chez lesquels la recherche de la glycosurie alimentaire a été pratiquée par administration de glucose par la sonde œsophagienne, les auteurs concluent :

1° Que les différentes interventions sur l'hypophyse, ablations partielles portant sur un ou sur les deux lobes, de même que l'ablation totale ne modifient pas d'une façon appréciable la tolérance aux hydrates de carbone et les conditions d'apparition de la glycosurie alimentaire;

2° Que les injections d'extraits concentrés de lobe postérieur, de lobe antérieur ou d'extrait total d'hypophyse à ces animaux opérés ne modifient pas sensiblement la limite d'assimilation aux hydrates de carbone.

Ainsi les résultats de leurs recherches, tant sur la glycosurie spontanée que sur la glycosurie provoquée chez les animaux hypophysectomisés viennent à l'encontre de ceux énoncés par Harvey, Cushing et ses collaborateurs, et tentent à diminuer notablement le rôle attribué par eux au lobe postérieur en tant que régulateur de l'assimilation des hydrates de carbone.

Recherches sur la teneur en microbes des poumons de cobaye sain. — M. Arlo. 1° Même dans l'atmosphère très riche en poussières des salles où sont conservés les animaux neufs, les microbes de l'air sont retenus par les voies respiratoires antérieures et ne parviennent que rarement aux alvéoles pulmonaires.

2° Ceux de ces microbes qu'on peut retrouver dans les poumons n'y sont qu'en très petit nombre, puisque le plus souvent ils n'apparaissent qu'après quarante-huit heures dans les milieux de culture.

3° Enfin, chez les animaux neufs vivant dans les conditions normales, les ganglions trachéo-bronchiques retiennent beaucoup de microbes captés par les leucocytes sur les bronches et rentrés dans la circulation lymphatique puisque, dans environ 50 p. 100 des cas, leur ensemencement dans les milieux artificiels fournit des cultures positives de bactéries saprophytes non encore digérées par les processus phagocytaires.

Evolution de la spirillose chez la poule, après splénectomie. — MM. L. Launoy et M. Lévy-Bruhl. 1° L'ablation préalable de la rate n'entrave pas, chez la poule infectée de spirillose gallinarum, la résistance à l'infection ni l'établissement consécutif de l'état d'immunité.

2° L'évolution de la maladie diffère chez les poules dératées de celle que l'on observe chez les témoins : la septicémie dure plus longtemps, elle est plus intense ; par contre, les phénomènes cliniques et surtout l'état d'intoxication de l'animal sont moins prononcés.

Localisation de l'excitation dans la méthode dite « monopolaire » chez l'homme. Pôles réels et pôles virtuels dans deux organes différents. — M. G. Bourguignon montre par des expériences sur le radial excité au bras, le médian excité au bras, et l'extenseur du troisième doigt excité au niveau de son point moteur, que l'excitation ne se produit dans l'organe situé sous la petite électrode que lorsque cette électrode est négative, pour la fermeture du courant galvanique, et positive, pour l'ouverture.

Lorsque l'électrode est positive pour la fermeture, et négative pour l'ouverture, l'excitation se produit dans un organe voisin.

La petite électrode étant située sur le nerf radial au bras, N F produit l'excitation de ce nerf, tandis qu'à P F c'est le vaste externe qui est excité. Au contraire, à l'ouverture, P O seul excite le nerf radial. Pour N O c'est le vaste externe qui répond.

Pour le nerf médian, les pôles virtuels se produisent dans le biceps et le vaste externe. Pour l'extenseur du troisième doigt, les pôles virtuels excitent le fléchisseur du troisième doigt.

Les expériences ont été faites d'une part avec la méthode graphique, d'autre part avec la recherche des seuils.

En employant le procédé monopolaire double de Chauveau, sur le nerf radial à la fermeture, on obtient une excitation du radial du côté de l'électrode négative et une excitation du vaste externe du côté de l'électrode positive. A l'ouverture, c'est du côté positif seulement que le radial est excité.

Ces expériences confirment sur l'homme, dans les conditions de l'électrodiagnostic, les conclusions des travaux de H. Cardot et H. Laugier sur les préparations neuro-musculaires isolées, et de G. Bourguignon et H. Laugier dans la maladie de Thomsen et la D R.

Ces faits devront être théoriquement expliqués par des recherches sur la distribution des courants dans l'organisme basées sur la connaissance de la résistance des tissus vivants et en place, recherches actuellement poursuivies par l'auteur.

Autres communications :

Vascularisation artérielle de la peau du thorax et du dos. — Mme Bellocq-Iragué.

Le sérum des chevaux immunisés avec le vaccin antityphique de Besredka. — M. Karaffa-Korboutt.

Essai de séparation des antigènes typhique, coli, paratyphique A et B par la déviation du complément. — MM Arlo et Certain.

Origine intestinale des infections du mouton et de la chèvre dues au bacille de Preisz Nocard. Pneumonie expérimentale. — M. Boquet.

ANALYSES

MÉDECINE

Le syndrome myotonique. (L. Babonneix. *La Tunisie médicale*, déc. 1913.) — La maladie de Thomsen est une affection congénitale, chronique, incurable, que spécifient : étiologiquement, son caractère familial; cliniquement, des troubles presque exclusivement musculaires : raideur spasmodique au début des mouvements volontaires, réaction myotonique d'Erb (1); dureté et pseudo-hypertrophie des muscles; anatomiquement, une dégénérescence particulière du sarcoplasma.

Ainsi définie, la maladie de Thomsen a pu être considérée longtemps comme une entité nosologique des mieux classées possédant ses symptômes, ses causes, ses lésions propres.

Mais depuis quelques années, on s'est mis, un peu partout, à publier des cas dont l'interprétation soulève de grandes difficultés. Aux uns, manquent la plupart des éléments essentiels : réaction myotonique, caractère familial, évolution chronique. Dans les autres, à ces mêmes éléments s'en adjoignent de nouveaux, insolites, atypiques. Entre ces cas, étiquetés « maladies de Thomsen frustes ou anormales », et la maladie de Thomsen vraie, un seul trait commun : la raideur spasmodique au début des mouvements volontaires.

Suffit-il pour légitimer une identification que rien d'autre ne justifie ?

L'auteur ne le croit pas. Aussi, à côté de l'affection isolée par Thomsen, réserve-t-il une place au syndrome myotonique, non congénital, non familial, à marche éminemment variable, et qui peut survenir au cours des affections les plus diverses.

C'est à ce syndrome myotonique, que M. Babonneix consacre une étude toute particulièrement intéressante que nous résumerons brièvement.

Etiologie. — Le syndrome myotonique est une affection acquise, surtout fréquente à l'âge adulte, et qui, tantôt, semble spontanée, tantôt, au contraire, est conditionnée par l'une des causes suivantes :

1° Le traumatisme;

2° Les intoxications et, particulièrement, celle que provoque l'ectasie gastrique; à la myotonie s'associe fréquemment, alors la tétanie;

3° Certaines affections musculaires : myopathies, lésions inflammatoires;

4° Et surtout les affections nerveuses.

Il est indispensable, ici, d'établir des catégories : *a.* affections névritiques : M. Babinski a vu, au cours de certaines polynévrites, l'électrisation provoquer des spasmes, différents, d'ailleurs, de ceux qui caractérisent la myotonie; le même auteur a constaté de la rigidité musculaire au cours d'une paralysie diphtérique, ce sont là des cas exceptionnels; *b.* affections médullaires; la syringomyélie surtout; il a été encore mentionné dans les myélites spécifiques, les tumeurs médullaires, le tabes, la sclérose en plaques, et dans certaines poliomyélites antérieures chroniques; *c.* affections encéphaliques : le syndrome myotonique a été observé dans l'hémiplégie infantile avec ou sans hémiathétose, dans l'athétose; dans certains ictus apoplectiques, avec ou sans hémianopsie; dans un cas de dégénérescence gliomateuse localisée aux noyaux lenticulaires; dans les troubles circulatoires de la protubérance; dans certaines lésions cérébelleuses; *d.* affections diverses : le syndrome myotonique peut encore s'associer à la maladie de Parkinson, à la myopathie, à la neurofibromatose, à la tétanie.

(1) Pour tout ce qui concerne la réaction d'Erb, se reporter à la Revue générale de Babonneix : La réaction myotonique. *Gaz. des hôpit.*, 6 déc. 1913, n° 139, p. 2205.

Symptomatologie. — Deux caractères fondamentaux : absence plus ou moins totale des symptômes propres à la maladie de Thomsen; présence de phénomènes étrangers à la symptomatologie de cette affection. 1° Souvent la myotonie est fruste soit que la raideur caractéristique se localise à quelques muscles, à une moitié du corps, soit que fassent défaut les autres troubles : hyperexcitabilité électrique et mécanique des muscles, hypertrophie musculaire, etc. 2° Plus souvent encore, à la myotonie s'adjoignent des éléments insolites : anesthésies, catalepsie, myoclonie, réaction de dégénérescence, tétanie, trépidation épileptoïde.

L'évolution dépend, avant tout, de l'affection causale. Ici le syndrome myotonique ne dure que quelques jours; là il se prolonge des mois; parfois il disparaît pour revenir au bout d'un temps plus ou moins long.

Formes cliniques. — A l'heure actuelle une seule peut être individualisée : c'est la myotonie atrophique caractérisée par l'association chez un même sujet de quatre ordres de phénomènes : 1° myotoniques; 2° amyotrophiques; 3° nerveux; 4° généraux.

1° La myotonie est généralement la première en date. Elle est soit généralisée, soit localisée; les muscles les plus fréquemment atteints sont les muscles des mains, des avant-bras, de la racine de l'épaule, de la langue, des mollets, les fessiers, le quadriceps. Des deux éléments qui la caractérisent, raideur spasmodique au début des mouvements volontaires, réaction d'Erb seule, le premier est assez net, surtout pendant la saison froide, encore peut-il manquer; le second est souvent fruste ou anormal.

2° L'amyotrophie, tantôt frappe les mêmes muscles que la myotonie, tantôt se localise à d'autres. Aux avant-bras, par exemple, il est de règle qu'elle frappe les extenseurs alors que les fléchisseurs sont myotoniques. Exceptionnellement, elle rappelle l'atrophie Aran-Duchenne, l'atrophie Charcot-Marie, ou s'associe à des symptômes de névrite périphérique. Dans la majorité des cas, elle offre tous les caractères des atrophies liées à une myopathie : localisation aux muscles des mollets et des fesses ou aux muscles de la face et de la racine de l'épaule; mélange d'atrophie et de pseudo-hypertrophie; démarche de canard; lordose, symétrie; absence de contractions fibrillaires, etc.

3° Parmi les autres troubles nerveux il faut signaler les suivants : asymétrie faciale, douleurs fulgurantes avec abolition des réflexes rotuliens, diminution simple des réflexes, inégalité pupillaire, nystagmus, réaction de dégénérescence dans les muscles les plus atrophiés, signe de Romberg, spasme vasculaire des extrémités, steppage.

4° Plus variés encore sont les phénomènes généraux : atrophie testiculaire, goitre, hypertrophie du corps thyroïde, ossification précoce du larynx, modifications urinaires analogues à celles de la myotonie congénitale.

La myotonie atrophique peut s'associer à certaines affections : neuro-fibromatose, myotonie avec ou sans myasthénie, ou à des anomalies congénitales portant sur les muscles, les tendons et les articulations. Son évolution est encore mal connue. Toutefois il est exceptionnel que les symptômes amyotrophiques rétrocèdent; le plus souvent, une fois installés, ils persistent indéfiniment. Les lésions musculaires qui la caractérisent consistent en cirrhose avec dégénérescences diverses, granulo-graisseuse, vitreuse, cireuse et atrophie de la fibre contractile. Elles ne présentent donc rien que de très banal. En tout cas Steinert n'a pas retrouvé cet aspect granuleux que prend le sarcoplasma sous l'influence de certains fixateurs et que Schiefferdecker considère comme absolument spécial à la maladie de Thomsen.

Aux lésions musculaires s'associe parfois une dégénérescence musculaire des cordons postérieurs. Ces altérations, très analogues à celles du tabes, expliquent les symptômes

d'ordre tabétique : signe de Romberg, douleurs fulgurantes, abolition des réflexes rotuliens, etc.

Quelle signification convient-il d'attribuer aux phénomènes ci-dessus exposés ?

La théorie classique les rattache à la myotonie congénitale. Ce sont des maladies de Thomsen franches, qui, à un moment donné, se sont compliquées d'atrophie musculaire. Sans doute, cette explication s'applique à quelques cas, mais non à tous. L'absence de caractère familial, l'hérédité, le peu de netteté qu'offre, dans la plupart des cas, la réaction d'Erb, le début tardif et surtout la présence des symptômes insolites montrent qu'il s'agit de syndrome myotonique. D'un autre côté, ces amyotrophies sont identiques à celles de la myopathie. Quelles relations faut-il donc établir entre la myopathie et le syndrome myotonique ? Trois réponses sont possibles : 1° la myopathie est primitive et la myotonie est secondaire ; 2° la myotonie commence et la myopathie suit ; 3° les deux évoluent simultanément, mais indépendamment l'une de l'autre. Quelle que soit celle que l'on adopte, il faut reconnaître qu'il existe d'étroites relations entre la myopathie et la myotonie et, d'une façon plus générale, entre la plupart des affections musculaires.

A côté de cette myotonie atrophique il existe un certain nombre de cas mal classés sur lesquels il est vraiment bien difficile de mettre une étiquette : Garrod a vu, chez un jeune homme, la raideur spasmodique survenir par crises plusieurs fois par jour ; dans un cas de Grund, il s'agissait d'une myotonie acquise avec légers troubles de la sensibilité et réaction de dégénérescence localisée au péronier ; Rummo et Chiauri ont constaté, chez un homme de cinquante ans, l'existence de troubles curieux portant uniquement sur le tonus musculaire et caractérisés par l'association de trois ordres de phénomènes : parkinsonien, myotonique et cataleptique ; Stewart a publié le cas d'une jeune fille chez laquelle est apparue une déformation progressive de l'épaule droite : le tronc et les membres sont agités de secousses myocloniques. Stein a vu un malade de vingt ans chez lequel apparaissait, au début des mouvements volontaires, une sorte de faiblesse paralytique localisée à la langue et aux muscles masticateurs. La réaction myotonique était présente, etc.

Physiologie pathologique. — On sait qu'à l'heure actuelle la myotonie est attribuée à une exaltation fonctionnelle du sarcoplasma, c'est-à-dire de la partie non différenciée de la fibre musculaire striée. Cette théorie sarcoplasmique qui rend très heureusement compte de la myotonie congénitale, comment l'appliquer à la myotonie acquise ? Il faut distinguer, à ce sujet, trois ordres de faits :

1° Tantôt il s'agit de lésions localisées aux muscles. On peut alors supposer que ces lésions stimulent les fonctions du sarcoplasma.

2° Tantôt la myotonie semble conditionnée par des lésions encéphalo-médullaires. Il faut admettre, dans ce cas, que ces lésions exaltent le fonctionnement du sarcoplasma.

3° Lorsque le syndrome myotonique paraît spontané, il n'est pas interdit de mettre en cause certaines glandes à sécrétion interne : thyroïde, comme le montre l'apparition de la myotonie après l'extirpation d'un goitre et l'association de thyroïdite kystique ; parathyroïdes, comme en témoigne l'adjonction fréquente de tétanie ; cellules chromaffines et, particulièrement, capsules surrénales. Peut-être aussi ce trouble porte-t-il simultanément sur toutes les glandes à sécrétion interne. La myotonie rentrerait alors dans le groupe si vaste des syndromes multiglandulaires. STEPHEN CHAUVET.

Hypertension permanente associée à une cardiopathie valvulaire sans lésion rénale concomitante. (Insuffisance aortique. Endocardite ulcéro-végétante.) (J. Bret et A. Devic. *Lyon médical*, 8 fév. 1914.) — Deux faits essentiels se détachent de l'observation rapportée par les auteurs : d'une part la constatation d'une hypertension systolique, en second lieu l'évolution sourde et latente d'une endocardite nécrotique, derrière un ensemble de symptômes dont les uns se rattachent à une cardiopathie valvulaire, l'insuffisance aortique, les autres à la faiblesse cardiaque.

Cette hypertension nettement et fortement établie au moment où débute l'histoire pathologique du malade, persiste jusqu'au jour où se complète et s'achève la déchéance du myocarde, c'est-à-dire à peu près dix jours avant la mort. On peut donc dire qu'à ce moment un état de morbidité, jusque-là latente, apparaît au grand jour, et dès lors, sous les attributs cliniques d'une asystolie progressive, évolue une endocardite ulcéro-végétante.

D'autre part l'intégrité anatomique des reins indique qu'il faut chercher ailleurs que dans un élément rénal la cause de l'hypertension. L'état des capsules surrénales, leur hypertrophie, et la présence de petits adénomes dans ces glandes pourrait, a priori, fournir une justification anatomique à l'hypertension. Enfin à côté de ces glandes, il conviendrait d'envisager la participation d'autres organes : les ganglions paraaortiques à cellules chromaffines, l'hypophyse, et probablement aussi le thymus et la rate. Le cas rapporté par les auteurs permet de rattacher cette hypertension à une tout autre cause qu'un facteur rénal. STEPHEN CHAUVET.

Gomme syphilitique de la tête du pancréas. (Leuret et Secousse. *Soc. de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 16 janv. 1914 ; — *Journ. de médecine de Bordeaux*, 25 janv. 1914, p. 56.) — Les auteurs présentent les pièces anatomiques d'une femme de quarante et un ans atteinte de syphilis tertiaire osseuse du nez qui, en novembre 1913, offrait tous les signes d'une cirrhose hépatique qui paraissait avoir débuté dix mois plus tôt par une jaunisse. Réaction de Wassermann positive à deux reprises différentes. On porta le diagnostic d'hépatite scléro-gommeuse et on institua un traitement mercuriel qui ne fut suivi d'aucun résultat. Le 28 novembre, pleurésie hémorragique droite et mort le 18 décembre. Les pièces montrent, en dehors d'une hépatite légère, une gomme volumineuse de la tête du pancréas qui englobe et comprime la veine porte ainsi que les voies biliaires. MM. Leuret et Secousse font ressortir la rareté du cas, dont ils n'ont trouvé rapportées depuis 1817 que quelques observations, dont la plus intéressante est due à Schlagenhaufer.

STEPHEN CHAUVET.

Infection typhoïdique ayant débuté par une orchite aiguë : orchidotyphus. (V. Gillot et Raynaud. *Bulletin médical de l'Algérie*, déc. 1913.) — Au cours d'une épidémie de fièvre typhoïde, une orchite est apparue au début d'une infection typhoïdique, constituant ainsi la localisation initiale de la septicémie éberthienne. Chez ce malade ont évolué successivement un syndrome testiculaire extrêmement net, et une fièvre typhoïde typique caractérisée, en dehors de ses manifestations cliniques, par la séro-réaction de Widal, et le résultat positif de la culture du sang.

L'orchite typhoïdique constitue une complication soit de la période d'état, soit de la convalescence de la maladie, et dans tous les faits publiés les auteurs n'ont pu trouver une observation analogue au cas qu'ils ont observé. Et cependant chez ce malade, en dehors de la septicémie éberthienne, aucune autre infection n'était susceptible d'expliquer le syndrome testiculaire.

Dans ces conditions, il est donc naturel de placer les deux syndromes testiculaire et typhoïdique, sous la dépendance d'un seul agent microbien, le bacille d'Eberth, et de voir dans l'orchite une localisation primitive de la septicémie éberthienne, un véritable orchidotyphus ayant évolué par la suite comme une dothiénentérie normale.

STEPHEN CHAUVET.

PRATIQUE MÉDICALE

POSOLOGIE DE LA THÉOBROMINE

Huchard a pu dire que « la théobromine reste toujours le plus fidèle, le plus constant, le plus inoffensif des diurétiques ». Il n'a pas d'effets accumulatifs et la diurèse est rapide, elle se produit dès le premier jour de l'administration et persiste pendant plusieurs jours après la dernière dose prescrite.

L'insolubilité de ce médicament oblige de l'administrer sous forme de cachets qui, dans la pratique, sont de 50 ou de 25 centigrammes. On tend de plus en plus à abandonner les fortes doses prescrites autrefois par Germain Sée qui a préconisé l'un des premiers son emploi. Voici quelle était sa pratique : premier jour, 2 grammes en 2 ou 4 cachets au moment de prendre des aliments ou du lait; deuxième jour, 3 grammes; troisième jour, 4 grammes; quatrième jour, 5 grammes; le cinquième jour et pendant quatre jours, il suspendait le traitement, puis, s'il y avait lieu, il prescrivait à nouveau 2 grammes par jour pendant trois jours.

La posologie doit évidemment varier suivant les malades, leur âge et leurs troubles morbides, mais les quantités employées par Germain Sée sont considérées, aujourd'hui, comme trop élevées.

Certains sujets, très sensibles, ne peuvent pas tolérer des doses dépassant deux cachets de 25 centigrammes par jour, sans présenter de la céphalée intolérable, frontale, et sans avoir des nausées, des troubles digestifs, même parfois un peu d'excitation cérébrale. C'est évidemment pour eux une infériorité très grande, comparable à celle des malades qui ne peuvent tolérer le régime lacté quand il leur est indispensable. Le fait, d'ailleurs, est tout à fait exceptionnel, avec des produits consciencieusement préparés et d'une pureté à toute épreuve.

La théosalvose (1) offre toutes garanties à ce point de vue.

I. Chez les goutteux, les auto-intoxiqués, les graveleux, on peut alterner l'usage des médicaments réducteurs (sels de lithine, piperazine, acide thyminique, etc.) avec celui de la théobromine ou mieux de la théosalvose, agent désintoxicant, à la dose de 50 centigrammes, le matin, dans un verre d'eau d'Evian ou de Vittel. De même, au cours d'une cure d'obésité dans la surcharge graisseuse, on peut associer ce médicament aux viandes et aux légumes verts à la dose de 2 cachets de 50 centigrammes ou de 3 à 4 cachets de 25 centigrammes par jour.

II. Dans les néphrites hydropigènes avec hypertension, on prescrit la théosalvose à la dose de deux ou trois cachets de 50 centigrammes pendant une période de quinze jours, puis on fait suspendre pendant une période égale, en même temps le régime déchloruré est de rigueur.

III. Au cours des néphrites urémigènes avec accidents toxiques : insomnie, dyspnée, etc., on associera au régime lacté, très supérieur, dans ces cas, au régime déchloruré, la théosalvose à petite dose continue, un cachet de 50 centigrammes par jour, le matin de préférence car, souvent, chez ces malades, le remède produit une légère excitation cérébrale.

IV. Dans les affections valvulaires à la période asystolique, on met tout en œuvre pour favoriser l'action de la digitale à dose massive et pour obtenir la diurèse par débâcle qui survient chez les cardiaques en même temps que disparaissent œdèmes, congestions viscérales et troubles fonctionnels. Au bout d'une huitaine de jours après l'absorption de la digitale, on continue l'action diurétique par la prescription de deux cachets de théosalvose à 50 centigrammes.

V. Dans les épanchements séreux, pleurésie, ascite, etc., on peut prescrire de petites doses de théosalvose, deux cachets de 25 centigrammes par jour, sans attendre de cette action médicamenteuse un résultat immédiat bien appréciable. Pour si légère qu'elle soit, cette action n'en est pas moins certaine.

VI. Chez les enfants, Nobécourt et Paisseau ont montré l'avantage de prescrire de petites doses de théobromine : 25 à 50 centigrammes de théosalvose par jour produisent les mêmes effets salutaires que des doses d'un gramme. C'est surtout dans les néphrites, plus que dans les cardiopathies, que s'observent les résultats les plus démonstratifs.

VII. Enfin, il faut ordonner de faibles doses de théobromine et, par conséquent, de théosalvose aux sujets chez lesquels la résorption des œdèmes a tendance à se faire d'une manière trop rapide et à s'accompagner de phénomènes nerveux inquiétants. « Chaque fois, disent Huchard et Fiessinger, que la diurèse s'établissant soudaine et rapide, le malade accusera quelques trouble du côté du centre nerveux, il sera sage de réduire ou supprimer la quantité de théobromine. C'est là une éventualité qui n'adviendra que d'une manière exceptionnelle. Il convient toutefois d'en être averti. »

(1) La Théosalvose (à base de Théobromine française) ne se délivre qu'en cachets dosés à 0g50 et 0g25.

LIVRES NOUVEAUX

L'Artériosclérose et l'athérome. Leur pathogénie, leur thérapeutique. Leur régime alimentaire (1), par G. Lemoine, professeur à la Faculté de médecine de Lille.

L'auteur étudie d'abord la pathogénie de l'artériosclérose; il montre que l'athérome est un dépôt de cholestérine, et que cette substance ainsi que ses dérivés jouent un rôle important dans le développement de l'athérome artériel. La couche calcaire, dont on croyait les plaques athéromateuses presque exclusivement formées, est en réalité très mince et ne revêt que leur surface. La sclérose artérielle serait due au dépôt de la cholestérine contenue en excès dans le sang chez certains individus : intoxiqués chroniques par le tabac, l'alcool, ou atteints de maladies infectieuses, lentes ou aiguës.

Il en résulte que la médication causale doit consister en une méthode capable de solubiliser ces dépôts et de les évacuer au dehors, et la méthode que propose l'auteur consiste à donner aux malades une solution colloïdale des phosphatides qui tiennent en dissolution dans l'économie les composés cholestériques. Cette méthode a donné entre les mains de l'auteur des résultats encourageants; elle semble d'autant plus intéressante, qu'actuellement la thérapeutique de l'artériosclérose est décevante, puisqu'il est démontré que les iodures et les alcalins sont tout au moins inutiles.

STEPHEN CHAUVET.

FORMULAIRE

RÉGIME DES DIABÉTIQUES

Le régime lacté est souvent ordonné aux diabétiques maigres à dénutrition azotée. Le lait n'est pas toujours toléré et donne souvent soif.

C'est alors que d'excellents résultats ont été obtenus avec le « Képhir Salières », champagne lacté, sans sucre, riche en levures, à la dose d'une canette par jour.

(1) Paris, Vigot frères.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 5, 8 fév. 1914.) Pater : Traitement de la tuberculose rénale. Indications et résultats comparés des traitements médicaux et chirurgicaux (*fin*).

Bulletin médical. — (N° 11, 7 fév. 1914.) Général de Lacroix : La vaccination antityphoïdique dans l'armée et l'hygiène urbaine. — A. Chauffard : Ulcère pyloro-duodénal. — (N° 12, 11 fév.) Martin, Darré et Géry : Sur les accidents dus à l'arsenobenzol. Importance des lésions nerveuses antérieures. Instabilité des médicaments arsenicaux organiques.

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 2, 25 janv. 1914.) Argaud et Brault : Leprazellen et plasmazellen. — Livit : Alcoolisme et prédisposition.

Echo médical du Nord. — (N° 6, 8 fév. 1914.) Duhot : Lipomatose symétrique héréditaire. — Damaye : La paralysie générale.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 6, 8 fév. 1914.) Auché : Du passage des bacilles de Koch dans le lait des nourrices tuberculeuses. — Duvergey : Fracture de la tête du fémur.

Journal de médecine interne. — (N° 4, 10 fév. 1914.) Terrien : Symptômes oculaires des tumeurs cérébrales.—(N° 5, 14 fév.) Moncorgé : Un type asthmatique hépato-pulmonaire.

Lyon médical. — (N° 8, 22 fév. 1914.) Maurice : Le neurasthénique méningopathe. — A. Pic, P. Dufour et P. Durand : Cyanose congénitale tardive à forme fruste.

Marseille médical. — (N° 3, 1er fév. 1914.) Ranque et Sénez : La vaccination antityphoïdique. — Roux de Brignoles et M. Moiroud : Fracture condylienne de l'extrémité inférieure du fémur par pénétration et engrènement. — Juge et Moiroud : Plaie de la veine fémorale. Ligature. Guérison.

Medizinische Blätter. — (N° 24, 21 déc. 1913.) Dalché : Les dysménorrhées essentielles et leur traitement. — (N° 1, 4 janv. 1914.) Holitscher : Vin et appendicite. — (N° 2, 18 janv.) Wagner et Treibmann : Villes d'eaux populaires et rayons Rœntgen.

Montpellier médical. — (N° 4, 25 janv. 1914.) Lapeyre : Chirurgie de l'œsophage thoracique (*fin*). — (N° 5, 1er fév.) Rimbaud : Du rôle de l'eau dans la transmission des infections. — (N° 6, 8 fév.) L. Rimbaud : Du rôle de l'eau dans la transmission des infections. — (N° 7, 15 fév.) E. Chauvin et Sp. Œconomos : Recherches sur la formule urinaire des opérés; étude comparée sur l'action des divers anesthésiques.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 52, 30 déc. 1913.) Gerhardt : Sur la douleur scapulaire dans la pleurésie. — Mayer : Sur la spécificité de la réaction d'Abderhalden. — Tuszewski : Sur l'élarson. — Rœmheld : Sur les cures électriques modernes d'amaigrissement. — Rauenbusch : Contribution à la filariose de l'œil. — Gräf : Un forceps oublié. — Schubert : Le sérum des patients comme véhicule du néosalvarsan. — Herff : Serres fines perfectionnées.

Paris médical. — (N° 10, 7 fév. 1914.) Lereboullet et Faure-Beaulieu : La tuberculose en 1914. — Tuffier et Loewy : Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. — Rist : La tuberculinothérapie de la tuberculose pulmonaire. - - Courcoux : Le pronostic de la pleuro-tuberculose séro-fibrineuse. — D'Œlnitz et Paschetta : Valeur de l'exploration radiologique du thorax pour le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique chez l'enfant.

Policlinico. — (Fév. 1914, fasc. 2.) *Section médicale.* Prof. Ettore Tedeschi : Influence de la fatigue musculaire sur le fonctionnement du système nerveux végétatif chez les individus normaux et chez ceux qui présentent le syndrome basedowien. — C. Silvan : Contribution à l'étude des métastases néoplasiques dans les centres nerveux avec une vingtaine d'observations. — Pietro Sisto : Recherches sur l'anémie pernicieuse progressive.

Presse médicale. — (N° 11, 7 fév. 1914.) Hutinel : Spasmes périodiques du côlon descendant chez l'enfant. — Sarkissiantz : De l'avortement et de la stérilisation artificielle en un temps. — (N° 12, 11 fév.) Calmette : La bacillémie tuberculeuse et son diagnostic.

Progrès médical. — (N° 6, 7 fév. 1914.) Chifoliau et Marchak : Les plaies des oreillettes (*suite*). — (N° 7, 14 fév.) Jean Troisier : L'ictère hémolysinique de l'hérédo-syphilis tardive.

Province médicale. — (N° 6, 7 fév. 1914.) Pallasse et Roubier : Des tuberculoses cavitaires de la base postpleurétiques. — D'Astros : Diagnostic et traitement des tumeurs cérébrales chez l'enfant.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 8, 21 fév. 1914.) Fernand Dufau : De la mucocèle du sinus frontal (*fin*).

Riforma medica. — (N° 5, 31 janv. 1914.) Leopoldina Antonini : La résection intrathoracique latérale du vague, dans ses rapports avec la pathogénie de l'ulcère rond de l'estomac. — G. Rosaenda : Documents pour l'interprétation des spasmes de la face. — (N° 6, 7 fév.) Vincenzo Cerfoglia : Le pouvoir bactéricide et l'indice opsonique du sérum sanguin dans certains états surrénaux obtenus par la méthode expérimentale.

Semaine médicale. — (N° 7, 18 fév. 1914.) H. Vaquez : Comment se constitue une lésion valvulaire du cœur. — (N° 8, 25 fév.) Cheinisse : Douleurs abdominales et coliques ombilicales récidivantes chez les enfants.

Therapie der Gegenwart. — (Janvier 1914.) Klemperer : Dans quelles maladies internes l'extirpation de la rate vient-elle en question ? — Schittenhelm et Meyer-Betz : Sur le traitement des maladies septiques. — Sa ge : Le traitement du rachitisme. — Opitz : Sur le traitement de la stérilité féminine. — Claus : Que peut faire le praticien pour la prophylaxie et le traitement des maladies de l'oreille ? — Lóke : Expériences sur le testiiodyl.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 3, 15 janv. 1914.) Goldschmidt et Philipowicz : Sur l'opération de Bassini. — Stolper : Sur le traitement par l'atropine des dysménorrhées. — Eng elmann : Sur la position de l'enfant et la fréquence de la scoliose du côté gauche. — Ettinger : Trois cas de malaria avec symptômes exceptionnellement graves. — Frühwald : Deux cas de péricondrite du cartilage thyroïde.

NOTES POUR L'INTERNAT

Complications de la méningite cérébro-spinale épidémique (1).

Lésions du fond de l'œil. — Les lésions du fond de l'œil, bien étudiées en France par Galezowski, Terrien et Bourdier, sont assez fréquentes; elles peuvent se manifester de bonne heure par l'apparition rapide d'une cécité bilatérale; à

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 21, p. 333, et n° 24, p. 397.

l'ophtalmoscope on peut, ou ne rien constater d'anormal, ou observer soit de l'hyperémie papillaire, soit de la papillite, soit de la névrite optique avec stase. Terrien et Bourdier ont insisté sur ce fait que bien souvent l'examen ophtalmoscopique pratiqué systématiquement chez tous les méningitiques, alors même qu'ils n'accusaient aucun trouble fonctionnel, permettait de constater l'une quelconque de ces modifications : la lésion consiste essentiellement en une périnévrite; il s'agit là d'une réaction des gaines optiques concomitante de la réaction des méninges. Au niveau de la gaine nerveuse se constitue une symphyse entourant le nerf optique; de la gaine optique vont partir de véritables travées fibreuses qui dissocieront le nerf et aboutiront à l'atrophie dans les cas extrêmes; ainsi s'expliquent les lésions constatées à l'ophtalmoscope. Au début de l'affection il n'existe qu'une hyperémie papillaire par inflammation de la paroi du nerf ; plus tard, le nerf lui-même étant infecté on observe de la papillite ; si l'hypertension cranienne persiste, on voit apparaître la papille de stase, toutes lésions d'ailleurs qui peuvent guérir ; par contre, si le nerf a été détruit, on constate l'atrophie optique : la papille est déchiquetée, irrégulière; cette complication, particulièrement grave, s'observe assez fréquemment chez les nourrissons (Babonneix). Pflüger attribue dans quelques cas la cécité constatée à la thrombose de l'artère centrale de la rétine.

Ces amauroses peuvent survenir, soit pendant l'évolution de la méningite, soit pendant la convalescence. Galezowski attribue à des méningites frustes méconnues certains cas de cécité précédés de symptômes tels que céphalée, vomissements qui révéleraient précisément l'atteinte antérieure des méninges ; cette hypothèse demande à être vérifiée par d'autres constatations anatomo-cliniques car l'on est en droit de se demander si l'on ne peut invoquer la syphilis dans ces cas.

Les *lésions de l'odorat* n'ont pas été signalées parmi les séquelles de la méningite cérébro-spinale.

Telles sont les principales complications de la méningite cérébro-spinale; il importe de savoir qu'elles sont d'autant plus fréquentes, surtout les complications sensorielles, qu'il s'agit de sujets plus jeunes, se défendant mal, de nourrissons dont le système nerveux est en voie de développement; elles sont d'autant plus fréquentes et sévères, d'une manière générale d'ailleurs, que la méningite est reconnue et traitée plus tardivement et surtout insuffisamment traitée par le sérum antiméningococcique.

Pour éviter l'apparition de ces complications aussitôt le diagnostic de méningite à méningocoques posé, le clinicien devra par une ponction lombaire évacuer une assez notable quantité de liquide céphalo-rachidien, puis injecter ensuite, suivant l'âge du malade, de 20 à 40 centimètres cubes de sérum intrarachidien. Cette injection sera répétée trois à quatre jours de suite sous le contrôle de l'examen microscopique du liquide céphalo-rachidien. On aura recours à nouveau aux injections à l'occasion d'une reprise, d'une rechute dûment constatées par l'examen du liquide céphalo-rachidien ; en cas d'hydropisie ventriculaire on pourra tenter la ponction du ventricule et l'injection du sérum dans le ventricule par la fontanelle antérieure ou par trépanation.

Si, grâce à la sérothérapie, les complications que nous venons d'énumérer sont moins graves et moins fréquentes qu'autrefois, par contre, à cause même de la sérothérapie, la méningite cérébro-spinale traitée par le sérum antiméningococcique, peut présenter des complications spéciales que nous allons maintenant passer en revue.

III. **ACCIDENTS DE LA SÉROTHÉRAPIE.** — Signalons tout d'abord la difficulté de la ponction lombaire chez certains malades, en raison de la contracture excessive qui peut être telle que l'on devra recourir soit à l'anesthésie par le chloroforme, soit à l'anesthésie par le bromure d'éthyle.

Signalons encore, toujours en raison des difficultés de la ponction, le morcellement de l'aiguille dans les lames ou les corps vertébraux; une simple incision à la cocaïne permet en général d'extraire facilement le fragment de l'aiguille ; parfois il faudra s'aider, pour la retrouver, de la radiographie. On peut encore observer à la suite de l'injection des accidents syncopaux, des douleurs dans les membres inférieurs, en général sans gravité.

Beaucoup plus importants sont les accidents sériques proprement dits; parmi ceux-ci les uns rappellent les accidents habituels de la sérothérapie en général, les autres au contraire, beaucoup plus sévères, sont interprétés par la majorité des auteurs comme des accidents d'ordre anaphylactique.

a. PETITS ACCIDENTS SÉRIQUES. — Les *éruptions cutanées*, qui surviennent dans le tiers des cas, apparaissent en général du septième au dixième jour ; elles ne présentent ici rien de spécial.

Les *élévations de la température* sont plus importantes car elles peuvent faire croire à une reprise de la méningite d'autant plus qu'elles s'accompagnent de douleurs et d'accentuation des phénomènes méningitiques ; si l'on hésite entre ces deux diagnostics, un examen du liquide céphalo-rachidien lèvera les doutes : en cas d'accidents sériques le liquide céphalo-rachidien ne présente pas de réactions cellulaires et ne contient pas de méningocoques.

b. ACCIDENTS SÉRIQUES GRAVES, ANAPHYLAXIE SÉRIQUE. — Ces accidents revêtent plusieurs types : Netter a décrit une *variété respiratoire ;* elle s'observe de préférence au cours des formes sévères, parfois dès le moment où l'on pousse l'injection dans le canal rachidien. Le début est marqué par des mouvements respiratoires amples, avec stertor, parfois par des convulsions, du trismus; puis la face devient violacée, une syncope se produit, l'apnée s'installe, les battements du cœur cessent en dernier. La terminaison de ces accidents n'est cependant pas toujours mortelle.

Hutinel et Darré ont insisté sur des accidents mortels, survenus de préférence dans des cas relativement bénins, à l'occasion de la reprise du traitement sérothérapique interrompu pendant quelques jours, ces accidents ont été observés dans la soirée même qui suivit l'injection ; tout d'abord on ne note qu'une légère hyperthermie, puis bientôt apparaissent des convulsions, des contractures, aboutissant rapidement à la mort. La nature de ces accidents a été très discutée; on a invoqué une action toxique particulière du sérum et plus spécialement l'*anaphylaxie* (Hutinel et Darré), en raison de la rapidité et de la gravité des accidents ; pour prévenir l'apparition de ces accidents on devra ne pas interrompre totalement le traitement sérothérapique jusqu'à la guérison complète du malade ; si l'on est obligé à cause d'une rechute, de pratiquer une nouvelle injection de sérum, on la fera précéder d'injections sous-cutanées de sérum, répétées d'heure en heure, réalisant ainsi une véritable vaccination antianaphylactique.

Signalons encore l'apparition de *méningites sériques* (Sicard et Salin) qu'il faut savoir différencier, d'une part des rechutes, d'autre part des accidents anaphylactiques.

Flexner a signalé l'*infection secondaire des méninges*, à la suite des injections intrarachidiennes de sérum non phéniqué.

S'il importe au clinicien de bien connaître les accidents dus à la sérothérapie, il s'en faut que la connaissance de tels accidents doive lui faire rejeter l'emploi du sérum antiméningococcique ; tout au contraire la connaissance de ces accidents sériques, doit l'inciter à prévenir l'apparition de ces complications sériques, par une administration rationnelle et bien conduite du sérum, telle qu'elle a été préconisée par Dopter, Netter, Hutinel, Besredka.

BIBLIOGRAPHIE. — HUTINEL et VOISIN. *La Méningite cérébro-spinale épidémique*, in Gilbert et Thoinot, fasc. XXXV. — NETTER et DEBRÉ. *La Méningite cérébro-spinale épidémique*, Paris 1912. — COURTELLEMONT. Th. de Paris 1904. — BOURDIER. *Les méningites optiques primitives*, Th. de Paris, 1911. — HUTINEL. Sérothérapie et anaphylaxie dans la méningite cérébro-spinale, *Presse méd.*, 2 juillet 1910. — HUTINEL et DARRÉ. *Journ. méd. français*, 15 sept. 1910. — CLAUDE et LEJONNE. Les lésions concomitantes des centres nerveux dans les méningites cérébro-spinales, *Gaz. des hôp.*, 1910, p. 473, — SAINTON et VOISIN. Revue générale, *Gaz. des hôp.*, 1907.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 28. — SAMEDI 7 MARS 1914. 87e ANNÉE. SAMEDI 7 MARS 1914. — N° 28.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **10** francs par an.
Étudiants étrangers, **15** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

A propos de la réforme de l'internat. — La Société de l'internat des hôpitaux de Paris nous communique la note qui suit :

« Réunie en assemblée extraordinaire, le mardi 3 mars 1914, pour discuter l'importante question du concours de l'internat, la Société de l'internat des hôpitaux de Paris a voté à l'unanimité les vœux suivants :

1° La Société de l'internat, considérant l'article suivant du nouveau règlement du concours de l'internat : « Nul ne peut se présenter au concours de l'internat, sans être muni de 12 inscriptions pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine »,

Emet le vœu que les mots « d'Etat » soient supprimés.

2° Il y aurait, d'autre part, pour égaliser les chances des candidats à réduire à trois le nombre des concours pour ceux qui sont, à un titre quelconque, dispensés du service militaire, et à en accorder cinq aux autres.

Enfin, le temps passé au service sera compté comme année d'externat pour le classement d'admission définitive.

La majorité a été enfin d'avis de demander la lecture publique des copies anonymes au lieu du huis-clos. »

— La *Gazette des hôpitaux* a reçu depuis quelques jours un certain nombre de communications *anonymes* sur la réforme de l'internat. Elle prévient ses correspondants qu'il n'est pas tenu compte des lettres non signées. Ils peuvent d'ailleurs être assurés de la plus entière discrétion s'ils désirent que leur nom ne soit pas connu.

Facultés de médecine. — Lille. — Sont chargés pour l'année scolaire 1913-1914, des cours complémentaires ci-après désignés :

MM. Vallée, agrégé : Chimie analytique; Senneville, docteur en médecine, licencié ès sciences : Physique.

— Lyon. — M. Lépine (J.), professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de l'Université de Lyon, est nommé professeur de clinique des maladies nerveuses et mentales à ladite Faculté.

— M. Vallas, agrégé des Facultés de médecine, chargé d'un cours complémentaire de pathologie externe, est chargé, en outre, jusqu'à la nomination d'un nouveau titulaire de la chaire, d'un cours de clinique chirurgicale.

— Montpellier. — M. Delmas, agrégé, est chargé en outre, pour l'année scolaire 1913-1914, d'un cours complémentaire d'accouchements.

— Nancy. — M. Frühinsholz, agrégé, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1913-1914, d'un cours complémentaire d'accouchements, en remplacement de M. Schuhl, décédé.

— Toulouse. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1913-1914, des cours complémentaires ci-après désignés :

MM. Lamic, professeur : Cryptogamie et microbiologie; Laborde, agrégé : Chimie analytique et toxicologie.

Écoles de médecine. — Marseille. — Un congé, du 1er janvier au 31 décembre 1914, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Treille, professeur de clinique des maladies exotiques.

M. Audibert, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé, en outre, du 1er janvier au 31 décembre 1914 (durée du congé accordé à M. Treille), d'un cours de clinique des maladies exotiques.

Un congé, du 1er janvier au 30 juin 1914, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Gauthier, chargé d'un cours complémentaire de pathologie et bactériologie des maladies exotiques.

M. Raybaud, docteur en médecine, est chargé, du 1er janvier au 30 juin 1914 (durée du congé accordé à M. Gauthier), d'un cours complémentaire de pathologie et bactériologie des maladies exotiques.

— Après concours, M. Giraud a été nommé aide d'anatomie.

— Poitiers. — M. Delaunay, professeur de physiologie, est nommé directeur, pour trois ans, à partir du 15 février 1914.

— Tours. — Un congé du 1er novembre 1913 au 15 mars 1914, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Pitard, professeur d'histoire naturelle.

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — L'assemblée générale de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France, qui devait avoir lieu le 26 avril, est remise en raison des élections législatives, au dimanche 17 mai.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE. — L'assemblée générale de la Société a eu lieu jeudi au Val-de-Grâce sous la présidence de M. le professeur Delorme. Les ministres de la guerre et de la marine étaient représentés.

Dans un discours d'une belle forme et d'une grande élévation de sentiments, M. le président Delorme a rappelé le souvenir des membres de la Société disparus : MM. les médecins inspecteurs Baudouin, Gaujot, Poignon, Darricarrère, Benech de la guerre, Clavel des troupes coloniales, du médecin principal Debrée, du médecin-major de première classe Dionis du Séjour, de Mallet et de Maisonnave, etc., qui, tous, par leurs travaux, leur dévouement ou leur héroïsme, ont honoré le corps de santé militaire.

En terminant, M. le président Delorme envoya un souvenir ému à ces grands amis des médecins militaires que furent Lucas-Championnière, Paul Segond, Lannelongue et Joannès Chatin.

Après un rapport spirituel et très documenté de M. Ferraton, secrétaire général, le trésorier exposa l'état florissant de la Société qui compte 1200 membres et qui possède des économies déjà importantes.

Enfin, on procéda par acclamation au renouvellement du bureau qui se trouve ainsi composé pour 1914 :

Président : M. le professeur Delorme; vice-présidents : M. le médecin inspecteur général Chavasse de la guerre, et M. le médecin inspecteur Prinset des troupes coloniales; secrétaire général : M. Ferraton; trésorier : M. Talon; secrétaires annuels : MM. Billet et Worms.

L'EXERCICE DE LA MÉDECINE A MADAGASCAR. — L'article 2 du décret du 7 mars 1904 est complété par les dispositions suivantes :

« Les indigènes pourvus du diplôme de médecin ou de sage-femme délivré par l'école de médecine indigène de Tananarive, et qui bénéficient ensuite de l'accession aux droits de citoyen français conservent le droit d'exercer leur profession au titre indigène. »

COURS ET CONFÉRENCES

HOPITAL LAENNEC (service de M. Dupré). — M. Pr. Merklen, médecin des hôpitaux, fera, à l'amphithéâtre de l'hôpital Laënnec, à partir du dimanche 8 mars, une série de conférences sur les Affections des reins et leur thérapeutique, tous les dimanches, à dix heures et demie.

Dimanche 8 mars : Les conceptions successives des néphrites. L'exploration des fonctions rénales.
Dimanche 15 mars : La chlorurémie. Les œdèmes.
Dimanche 22 mars : L'azotémie.
Dimanche 29 mars : L'hypertension.
Dimanche 5 avril : Les albuminuries simples.

COURS D'ANATOMIE. — M. le professeur A. Nicolas commencera le cours d'anatomie, le samedi 7 mars 1914, à quatre heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Objet du cours. — Système nerveux central. Organes des sens.

CONFÉRENCES DE PATHOLOGIE INTERNE. — M. le docteur Maurice Villaret, agrégé, commencera ces conférences le samedi 7 mars 1914, à quatre heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Objet des conférences. — Maladies du foie et des voies biliaires.

CONFÉRENCES DE PHYSIQUE MÉDICALE. — M. A. Zimmern, agrégé, commencera, le lundi 9 mars, à six heures, une série de conférences d'électricité médicale et d'optique physiologique et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants (amphithéâtre de physique et chimie).

Objet des conférences. — 1° Electricité médicale : Electrodiagnostic et électrothérapie. Courants de haute fréquence et leurs applications. Accidents de l'électricité industrielle, etc.;

2° Radiologie : Rayon X, radium, radiations spectrales (physiologie, hygiène, radio-diagnostic et applications thérapeutiques);

3° Optique physiologique : Fonctions de l'œil. Les amétropies.

ENSEIGNEMENT PRATIQUE DE L'HYDROLOGIE ET DE LA CLIMATOTHÉRAPIE. — ENSEIGNEMENT DE LA CRÉNOTHÉRAPIE. — Les leçons auront lieu à la Faculté de médecine, amphithéâtre Vulpian, à six heures, aux jours indiqués ci-dessous.

Lundi 9 mars, M. Pouchet : Classification des eaux minérales.

Mardi 10 mars, M. A. Robin : Traitement hydro-minéral des affections de l'estomac et des intestins.

Mercredi 11 mars, M. Gaucher : Traitement hydro-minéral des affections cutanées et syphilitiques.

Jeudi 12 mars, M. Hutinel : Traitement hydro-minéral des maladies des enfants.

Vendredi 13 mars, M. Gaucher : Traitement hydro-minéral des affections cutanées et syphilitiques.

Samedi 14 mars, M. A. Robin : Traitement hydro-minéral des affections du foie. (*A suivre.*)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 16 AU 21 MARS 1914

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 16 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.
3e (oral, 2e partie).
5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu*.
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu*.

Mardi 17 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.
2e.
4e.
5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 18 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.
3e (oral, 1re partie).

Vendredi 20 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.
3e (oral, 2e partie).
4e.
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 21 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.
2e.
5e (2e partie), *Beaujon* (1re, 2e et 3e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon*.

REVUE GÉNÉRALE

LES PROCÉDÉS ACTUELS D'ÉTUDE DE L'INSUFFISANCE HÉPATIQUE (*)

Par MM. M. BRULÉ,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Chef de laboratoire à la Faculté de médecine,

et H. GARBAN,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

III

Troubles de la fonction biliaire. — *A.* UROBILINURIE. — Le professeur Hayem en 1887 montra le premier tout l'intérêt qui s'attachait à l'étude clinique de l'urobiline, corps isolé en 1868 par Jaffé qui en avait précisé les rapports chimiques avec les pigments biliaires normaux. M. Hayem insista sur la fréquence dans les affections hépatiques et sur l'importance pronostique de l'urobilinurie qui, selon qu'elle est transitoire ou continue, indique une insuffisance relative ou absolue du foie. Pour expliquer de tels faits, le professeur Hayem admit l'*origine hépatique* de l'urobilinurie. Pour lui et pour son élève P. Tissier l'urobiline prend naissance dans la cellule hépatique, « elle est le pigment du foie malade comme la bilirubine est celui du foie sain ».

Si les rapports qui unissent l'urobilinurie à l'insuffisance hépatique restent le plus souvent incontestables, la théorie hépatique soutenue par M. Hayem pour expliquer de tels faits n'a pas été sans soulever de nombreuses controverses.

Pour Salkowski, Fr. Muller, Gerhardt, Mya, Riva, Hildebrandt, Carrié, l'urobiline se formerait non pas dans le foie mais surtout dans l'intestin aux dépens de la bilirubine modifiée par la flore microbienne; normalement reprise par la circulation porte, cette urobiline serait arrêtée par le foie et transformée en pigments biliaires; ceux-ci versés à nouveau dans l'intestin par le cholédoque fermeraient ainsi un véritable cycle entéro-hépatique de l'urobiline; au contraire si le foie est devenu insuffisant, l'urobiline cesse d'y être transformée et passe dans la circulation générale d'où elle est excrétée par les reins. C'est ainsi que les partisans de cette *théorie intestinale*, très généralement acceptée en Allemagne, admettent eux aussi, bien que par un autre mécanisme, les rapports de l'urobilinurie et de l'insuffisance hépatique.

Mais si l'urobiline est bien d'origine intestinale, il reste possible qu'elle soit formée en quantités anormales, lorsque est troublée la traversée intestinale des matières chargées de bilirubine; Gerhardt, Bargellini admettent que la coprostase, les fermentations et les infections intestinales peuvent suffire en dehors de toute atteinte hépatique à faire apparaître l'urobilinurie.

D'autres auteurs ont eux aussi nié toute intervention du foie dans la genèse de l'urobiline; celle-ci naîtrait directement dans les tissus par réduction de la bilirubine qui y était retenue et pour Kunckel, Cordua, Quincke, Clarens, qui ont surtout soutenu cette *théorie tissulaire* ou *pigmentaire*, l'urobilinurie ne serait qu'une conséquence de la cholémie. Les rapports de la cholémie et de l'urobilinurie ont été compris d'autre façon encore par les partisans de la *théorie rénale*; soutenue tout d'abord par Leube en 1888, défendue par Mya, Patella, Vaughan Harley, cette théorie fut reprise en France en 1903 par MM. Gilbert et Herscher; pour ces auteurs, l'urobiline est formée par le rein aux dépens des pigments biliaires en circulation dans le sang et l'urobilinurie n'est pas un signe d'insuffisance hépatique; cette théorie est devenue inacceptable depuis que des procédés chimiques plus précis comme celui de Grigaut (37) ont permis de mettre en évidence la constance de l'urobilinémie chez les urobilinuriques : l'urobiline préformée ne vient que filtrer au niveau du parenchyme rénal.

Parmi toutes ces théories qui cherchent à expliquer l'origine de l'urobiline, la théorie histogène est celle qui nous semble répondre à la majorité des faits; l'urobiline paraît naître par transformation de la bilirubine retenue dans le sang et les autres tissus; cette genèse extrahépatique de l'urobiline nous semble, quoi qu'on en ait cru autrefois, conciliable avec les faits cliniques qui rendent incontestables les rapports de l'urobilinurie et des maladies du foie; l'urobilinurie nous semble traduire des rétentions biliaires souvent légères, liées elles-mêmes à des lésions hépatiques. Nous aurons, du reste, à revenir plus loin sur ces faits.

Ce n'est pas à dire cependant que toute urobilinurie traduise une insuffisance hépatique : l'urobiline, comme les pigments biliaires eux-mêmes dont elle semble un stade de réduction, se forme dans l'organisme toutes les fois que les pigments sanguins sont libérés en excès, et cette *origine hématique* possible de l'urobiline est amplement démontrée; non seulement *in vitro*, on passe facilement de l'hémoglobine à l'urobiline par intermédiaire de la bilirubine, non seulement dans l'organisme, l'urobiline a été maintes fois décelée localement dans les épanchements hémorragiques, mais encore le passage de l'urobiline dans l'urine a été fréquemment noté au cours des destructions sanguines : Poncet a déterminé l'urobilinurie par injection sous-cutanée de sang, Lesné et Ravaut, provoquant l'hématolyse expérimentale chez l'animal ont obtenu l'urobilinurie et la cholurie. Froin a bien mis en évidence la fréquence de l'urobilinurie dans les hémorragies méningées; le professeur Widal a montré avec M. Abrami et l'un de nous l'importance de l'urobilinurie au cours des ictères hémolytiques. MM. Guillain et J. Troisier ont récemment insisté à nouveau sur cette origine sanguine de l'urobiline.

L'urobilinurie semble donc avoir des origines multiples qui en rendent l'interprétation clinique délicate; elle est peut-être dans certains cas d'origine intestinale; elle peut apparaître quand l'hémo-

(*) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 25, p. 405.

globine est libérée en excès, soit à la suite d'épanchements hémorragiques, soit dans les affections déglobulisantes; il nous semble cependant que, dans la majorité des cas encore, l'urobilinurie, en traduisant la rétention biliaire, reste un indice d'insuffisance hépatique, mais un indice incertain puisqu'elle peut relever d'autres causes.

C'est en ce sens que l'urobiline mérite toujours en pratique d'être recherchée dans les urines, soit par le spectroscope, soit par la réaction de fluorescence; ces mêmes procédés pouvant, après addition à l'urine d'un corps oxydant, mettre en évidence le chromogène de l'urobiline en *urobilinogène*.

B. Benzaldéhyde réaction d'Ehrlich. — En 1901, Ehrlich (38) montra que certaines urines, qui par la diazo-réaction prenaient une coloration jaune d'or, donnaient une teinte rose ou rouge par addition d'une solution chlorhydrique de benzaldéhyde; il attribua cette réaction colorante à la présence dans ces urines d'un dérivé du chromogène de la bile en précisant qu'il ne s'agissait pas de l'urobiline.

Pappenheim (39), Neubauer (40) et Bauer (41), Hildebrandt, Thomas, Kimura précisèrent la nature de la substance colorante qui est à la base de la réaction d'Ehrlich et montrèrent qu'il s'agissait non de l'urobiline mais de l'*urobilinogène* (celui-ci devant être chimiquement considéré comme un benzopyrrol).

La benzaldéhyde-réaction représente ainsi, pour Ehrlich lui-même, un moyen pratique de mettre en évidence l'urobilinogène; la recherche peut être effectuée au lit du malade et il suffit d'ajouter à l'urine fraîchement émise quelques gouttes du réactif (*) pour voir apparaître à froid une coloration rouge. Cette réaction semble comporter peu de causes d'erreur : elle est entravée cependant après ingestion d'urotropine par la présence de formol dans les urines [Schelenz (42)] et aussi chez les diabétiques par la présence d'acétone [Gavaudan (43)]; l'ingestion d'antipyrine pourrait rendre la réaction positive.

Cliniquement, Hildebrandt (44) attribua le premier l'apparition de la réaction d'Ehrlich à une insuffisance de la fonction hépatique; il en fit un élément important de pronostic et de diagnostic dans les maladies infectieuses qui lèsent particulièrement le foie : pneumonie, érysipèle, scarlatine. Ces faits furent confirmés par Münzer et Bloch (45), Fischler (46), Umber, Pedenko (47). Kamsarakan (48) a insisté sur la fréquence de la benzaldéhyde-réaction dans les affections à streptocoques; et ce fait lui semble dû à ce que, plus que les autres microbes, le streptocoque présente une affinité élective pour le foie.

Bruysch et von Kozyc ont trouvé la réaction positive dans la tuberculose pulmonaire, les endocardites aiguës, l'angiocholite, le rhumatisme articulaire aigu; Clemens décèle l'urobilinogène dans toutes les affections gastro-intestinales inflammatoires ou liées à des tumeurs; Anton Jonas, Gavaudan ont étudié la benzaldéhyde-réaction dans les cardiopathies et la trouvent positive quand la dilatation cardiaque retentit sur le foie.

Tous ces auteurs concluent des faits cliniques qu'ils ont observés à un étroit parallélisme entre la réaction d'Ehrlich et les altérations hépatiques.

Nous-mêmes avons effectué dans de nombreux cas la réaction d'Ehrlich; elle s'est presque toujours montrée parallèle aux autres réactions de l'urobiline et de l'urobilinogène, plus sensible cependant que celles-ci.

Réaction de l'urobilinogène, intéressante en pratique par sa simplicité, la benzaldéhyde-réaction nous semble le plus souvent, comme l'urobilinurie elle-même, l'indice d'une atteinte du foie; mais, comme l'urobiline, l'urobilinogène doit pouvoir sans doute être d'origines multiples, apparaître particulièrement dans les processus hémolytiques, ce qui ne permet pas de lui attribuer une spécificité absolue.

C. Réaction de Hay. — Des recherches cliniques et expérimentales poursuivies par l'un de nous avec M. Lemierre (48 *bis*) nous ont montré la fréquence des *rétentions biliaires dissociées* et nous ont conduit à admettre que dans nombre d'ictères infectieux, ainsi que dans les cirrhoses, l'ictère était dû, non pas à une obstruction des voies biliaires, mais bien à un *trouble excrétoire de la cellule hépatique*. Récemment M. Brault et l'un de nous (49) ont montré avec quelle fréquence on peut au cours des cirrhoses, et alors que manque tout ictère cutané, déceler dans les urines non seulement l'urobiline mais encore les sels biliaires; de telles rétentions biliaires semblent dépendre d'un trouble fonctionnel de la cellule hépatique comme le prouvent et les faits cliniques et les examens anatomiques.

Dans des travaux encore en cours (50) nous avons recherché si de telles rétentions biliaires, cliniquement inappréciables, mais facilement décelables par la recherche des *sels biliaires* dans les urines, n'existaient pas, plus ou moins accentuées, dans tous les cas d'insuffisance hépatique; or, nous avons pu les retrouver avec une extrême fréquence non seulement au cours des affections du foie dûment caractérisées, mais encore dans toutes les infections ou les intoxications qui retentissent sur le foie. Pratiquement, ces rétentions partielles des sels biliaires sont faciles à mettre en évidence par la réaction décrite par Mathew Hay en 1886; il suffit de saupoudrer une urine fraîche de fleur de soufre pour voir celle-ci tomber au fond du verre si la présence de sels biliaires est venue diminuer la tension superficielle de l'urine. Nous avons d'ailleurs vérifié les résultats obtenus par la réaction de Hay en pratiquant parallèlement l'identification des sels biliaires selon la technique plus complexe proposée par Meillère (51).

Le plus souvent, mais non toujours, lorsque les sels biliaires existaient dans l'urine, nous avons pu aussi y mettre en évidence l'urobiline ou l'urobili-

(*) Paradiméthylaminobenzaldéhyde. 8 grammes.
Acide chlorhydrique concentré.. 80 —
Eau distillée.................. 200 —

nogène; une telle constatation nous semble bien prouver la valeur de l'urobilinurie dans l'étude de l'insuffisance hépatique; l'urobilinurie nous paraît, dans ces cas, liée à une rétention partielle de la bilirubine, celle-ci pouvant, dans certaines conditions, se transformer dans les tissus en un pigment plus diffusible, l'urobiline. Indice de la rétention pigmentaire, l'urobilinurie apparaît souvent parallèle à la rétention des sels, et ces deux troubles, qu'ils soient associés ou dissociés, traduisent en clinique l'insuffisance de l'élimination biliaire par lésion de la cellule hépatique.

Mais, liée sans doute à la même cause que l'urobilinurie, la rétention des sels biliaires nous semble présenter une valeur beaucoup plus grande; tandis que les origines multiples de l'urobilinurie ne permettent pas de conclure sûrement de sa présence à une lésion du foie, une telle lésion semble seule pouvoir expliquer la rétention des sels biliaires.

Par ailleurs la réaction de Hay, qui ne comporte, comme nous nous en sommes assurés, que des causes d'erreur exceptionnelles, suffit à déceler ces rétentions partielles des sels; elle présente, malgré sa grande sensibilité, une simplicité telle qu'elle peut être effectuée au lit du malade aussi rapidement que la recherche de l'albuminurie.

D. Phtaléine tétrachlorée. — Des expérimentateurs américains ont récemment proposé une nouvelle épreuve des fonctions hépatiques, fondée sur l'excrétion biliaire; cette méthode serait spécifique du foie et donnerait une mesure quantitative de l'atteinte de l'organe.

Abel et Rowntree (52), expérimentant sur le chien l'effet purgatif d'injections hypodermiques de diverses phtaléines, ont reconnu que l'une d'elles, la *phtaléine tétrachlorée*, jouit de la propriété particulière d'être normalement excrétée en totalité par la bile, avec laquelle elle passe dans les selles, sans qu'une trace du produit paraisse dans l'urine.

Rowntree a pensé que cette spécificité de la phtaléine tétrachlorée pouvait être utilisée pour explorer les fonctions hépatiques et a institué une épreuve dont nous résumerons ici la technique et les résultats.

Après avoir purgé copieusement le malade à examiner, on lui injecte dans la veine une solution aqueuse de sel disodique de phtaléine tétrachlorée, de taux connu. Les selles qu'on a soin de provoquer par des purgations réitérées, de façon à éviter l'absorption intestinale du produit, sont recueillies pendant quarante-huit heures; les urines sont recueillies pendant les vingt-quatre premières heures qui suivent l'injection. On dose ensuite par un procédé colorimétrique la quantité de phtaléine qui a été émise d'une part avec les selles, d'autre part avec les urines.

Les observations cliniques très minutieuses de Rowntree et les recherches expérimentales de Whipple (53) établissent que, si le foie est normal, on retrouve dans les selles de 30 à 52 p. 100 de phtaléine et le produit n'apparaît à aucun moment dans l'urine.

Dès que le foie est altéré, la phtaléine apparaît dans l'urine à un taux variable de 0,5 à 4 p. 100 et le déficit de la phtaléine retrouvée dans les selles mesure assez exactement, selon les auteurs, l'atteinte des fonctions hépatiques. Si le sujet revient à la santé, l'excrétion biliaire de la phtaléine reprend progressivement son taux normal et témoigne ainsi de la réparation de la lésion hépatique.

Les auteurs reconnaissent eux-mêmes qu'on peut faire à la méthode quelques objections : possibilité de thromboses à la suite de l'injection intraveineuse, difficulté de collection de la totalité des selles, difficulté de lecture de certains résultats au colorimètre, impossibilité de l'épreuve si, pour une cause quelconque, la bile cesse d'être déversée dans l'intestin.

Devant cette dernière affirmation, malgré la constatation énoncée d'autre part que l'élimination de la phtaléine est indépendante de la quantité de bile excrétée, on est en droit de se demander si la rétention phtaléinique n'est pas uniquement la reproduction expérimentale de la rétention biliaire dont nous avons montré précédemment la fréquence et l'expression clinique au cours des affections du foie.

IV

Troubles de la fonction de fixation du foie. — Parmi les fonctions les plus importantes du foie est son rôle de fixation des poisons, aussi était-il naturel de chercher à mettre en évidence, dans les lésions du foie, l'hypertoxicité des humeurs de l'organisme.

Le professeur Bouchard, M. Surmont ont étudié l'hypertoxicité urinaire des hépatiques, soit par la cryoscopie, soit par l'injection intraveineuse au lapin. Etant données les nombreuses causes d'erreur que comporte cette dernière technique, MM. Widal et Lesné (54) ont eu recours à l'injection intracérébrale de sérum ou d'urines dont ils ont ainsi montré l'hypertoxicité chez les hépatiques.

A. Elimination intermittente du bleu de méthylène. — Les troubles de la fonction de fixation du foie semblent aussi pouvoir être invoqués pour expliquer l'élimination intermittente du bleu de méthylène chez les hépatiques, fait mis en évidence par le professeur Chauffard et ses élèves, Cavasse et Castaigne (55).

Cette *glaucurie intermittente* est décelée par l'examen des urines de vingt-quatre heures, recueillies de deux en deux heures après une injection sous-cutanée de bleu de méthylène; l'ingestion simple doit être rejetée car elle fait intervenir, comme causes d'erreur, les anomalies de l'absorption intestinale.

Les intermittences d'élimination du bleu peuvent se montrer plus ou moins nombreuses et plus ou moins précoces; pour M. Chauffard elles peuvent ainsi non seulement déceler la lésion du foie, mais encore en donner la mesure. Par ailleurs la glaucurie intermittente peut se montrer un symptôme d'insuffisance hépatique plus constant et plus sensible que l'urobilinurie et la glycosurie alimentaire (Chauffard et Castaigne, Oulmont et Ramond).

Mais MM. Chauffard et Castaigne ont bien montré que cette glaucurie intermittente ne faisait que tra-

duire un phénomène beaucoup plus général : le rythme intermittent des éliminations urinaires chez les hépatiques ; la courbe d'élimination du bleu évolue parallèlement aux courbes de quantité et de densité des urines et à la courbe d'élimination de l'urée.

Cette épreuve montre donc, en réalité, les troubles de la fonction rénale chez les hépatiques ; c'est dire combien son interprétation reste difficile en pratique puisque le rein peut être lésé pour son propre compte au cours des infections ou des intoxications qui atteignent le foie.

D'ailleurs, dans le métabolisme du bleu injecté interviennent non seulement un facteur rénal et un facteur hépatique impossibles à dissocier, mais encore, sans doute, des phénomènes de fixation tissulaire puisque le bleu de méthylène peut être détruit dans l'organisme.

B. Epreuve de Roch. — Récemment, M. Roch (de Genève) [56], ayant remarqué que le bleu de méthylène *ingéré* est éliminé avec une particulière rapidité chez les malades ayant le foie lésé, a cherché à tirer de ce fait une méthode de recherche de l'insuffisance hépatique. Pour M. Roch une faible dose de bleu de méthylène (2 milligrammes) ingérée est presque toujours arrêtée complètement chez les sujets normaux ; au contraire, quand le foie est insuffisant, la même dose de bleu suffit à teinter en vert les urines et surtout celles qui sont émises de quatre à huit heures après l'ingestion.

Une telle épreuve, de même que l'épreuve de la glaucurie intermittente, peut être troublée par les lésions rénales et M. Roch en cite plusieurs exemples ; mais en outre la rapidité plus ou moins grande d'absorption intestinale, le pouvoir de fixation variable que peut, sans doute, présenter le foie chez des sujets normaux semblent autant de causes d'erreur possibles au cours de cette épreuve, séduisante cependant par sa simplicité.

C. Indicanurie. — MM. Gilbert et Weil ont attribué une grande importance à l'indicanurie dans le diagnostic précoce de l'insuffisance hépatique et ils pensent, pour expliquer ce symptôme, que le foie lésé devient impuissant à arrêter les produits de fermentation intestinale. Outre cette recherche clinique de l'indicanurie, MM. Gilbert et Weil ont proposé une *épreuve de l'indicanurie provoquée* : 1 milligramme d'indol ingéré ne déterminerait l'apparition d'indican dans les urines qu'en cas d'insuffisance hépatique.

Mais ces propositions n'ont pas été, en général, admises. Entre autres auteurs, MM. H. Labbé et Vitry, Enriquez et Binet ont montré la rareté de l'indicanurie dans les affections hépatiques, tandis que par ailleurs l'indicanurie est fréquente dans des cas où le foie n'est pas en cause.

V

Troubles de la fonction sanguine. — *A.* Modifications de la coagulabilité sanguine. — 1° *Epreuve du fibrinogène.* — On sait que Doyon et Kareff, Nolf et ses élèves ont montré que l'extirpation du foie était suivie de la disparition du fibrinogène dans le sang ; Doyon a vu le taux du fibrinogène diminuer après intoxication chloroformique ; Corin et Ansiaux, Jacoby ont vu qu'il en était de même après intoxication phosphorée.

Whipple et Hurwitz (57), étudiant expérimentalement et cliniquement les modifications de la teneur du sang en fibrinogène dans les lésions du foie, concluent que l'épreuve du fibrinogène peut avoir de la valeur pour l'étude de l'insuffisance hépatique ; les auteurs conseillent de doser le fibrinogène par pesée : 20 centimètres cubes de plasma oxalaté sont chauffés à 59 degrés pendant vingt minutes ; le fibrinogène se précipite ; on l'isole par centrifugation puis on le lave à l'eau, l'alcool et l'éther ; on sèche le précipité à 120 degrés et on le pèse. Chez l'homme, on trouve normalement de 0g30 à 0g40 de fibrinogène par 100 centimètres cubes de plasma. En cas d'altération du foie par intoxication chloroformique le fibrinogène diminue brusquement pour revenir peu à peu à un taux normal quand se réparent les lésions. Dans la cirrhose du foie le fibrinogène est souvent audessous de la normale et parfois assez bas pour favoriser les hémorragies ; quand le taux de fibrinogène est faible, l'altération du foie est profonde et le pronostic grave.

Par contre Whipple admet que certaines altérations moindres du foie peuvent entraîner un processus de réaction et une hyperproduction de fibrinogène : il en serait ainsi dans la pneumonie, les septicémies, les péritonites, etc.

2° *Retard de la coagulation sanguine.* — Il est possible de mettre en évidence, chez les hépatiques, les troubles de la coagulabilité sanguine, par les différentes méthodes de mesure qui en ont été proposées ; ainsi en employant la technique de Dusek, on peut voir, dans les maladies du foie, le *temps de saignement* anormalement prolongé après piqûre du lobule de l'oreille.

Les causes multiples qui peuvent intervenir pour modifier la coagulabilité sanguine, l'incertitude même de nos méthodes actuelles de mesure de cette coagulabilité ne peuvent permettre de considérer l'étude de ses anomalies comme un mode de recherche de l'insuffisance hépatique.

B. Modifications des ferments du sang. — 1° *Epreuve de la lipase.* — Il existe normalement, dans le sérum sanguin, un ferment lipolytique ou *lipase* découvert par Hanriot (58), et étudié par Lœvenhart (59). Pour Whipple, Mason et Peightal (60) le taux de la lipase dans le sang s'accroît de façon remarquable dans certaines affections hépatiques ; ces auteurs dosent la lipase selon la méthode de Lœvenhart : quatre tubes sont préparés contenant le sérum, additionné de toluène pour éviter les pullulations microbiennes ; deux des tubes sont conservés comme témoins ; aux deux autres on ajoute du butyrate d'éthyle (éther butyrique) qui sera décomposé par la lipase. Les quatre tubes sont laissés vingt-quatre heures à l'étuve à 37 degrés, puis dans les tubes témoins on dose l'alcalinité normale du sérum par l'acide décinormal, tandis que

dans les deux autres tubes on dose par l'alcali décinormal l'acide butyrique mis en liberté par la lipase : l'activité lipolytique totale est mesurée par l'addition des deux chiffres ainsi obtenus, puisque l'acide butyrique formé a d'abord dû neutraliser l'alcalinité normale du sérum. Par cette méthode de dosage, Whipple s'est assuré que le taux de la lipase est remarquablement constant chez l'homme comme chez l'animal. Expérimentalement, il a vu le taux de la lipase s'élever rapidement quand le foie est lésé par le chloroforme, le phosphore, la phénylhydrazine, ou quand on établit une fistule d'Eck. Cliniquement le taux de la lipase resterait normal dans les néphrites, les maladies du sang, le diabète, dans l'occlusion intestinale, la pancréatite hémorragique, dans les ictères par obstruction mécanique, sauf s'il y a angiocholite surajoutée; au contraire le taux de la lipase augmente dans les infections qui lèsent le foie (typhoïde, pneumonie), dans l'éclampsie puerpérale, les cancers secondaires et en général dans toutes les altérations du foie; il semble à Whipple que le taux de la lipase sanguine puisse donner une idée de l'intensité de l'atteinte hépatique.

Cependant dans les cirrhoses le taux de la lipase reste normal et Whipple pense que l'altération chronique du foie amène la disparition progressive du processus de défense que représente l'augmentation de la lipase.

2° *Epreuve de Ghedini.* — Claude Bernard, Pick ont décelé la présence dans le sang d'un ferment capable de réduire le glycogène en glucose, ferment qui serait d'origine hépatique, les ferments provenant du pancréas ne pouvant réduire le glycogène qu'en corps intermédiaires (acrodextrine et maltose).

Récemment Ghedini (61) a montré que l'étude de ce ferment du sang pouvait servir à la recherche de l'insuffisance hépatique ; le sérum sanguin est versé dans une solution de glycogène ; le mélange, additionné de soude puis de sulfocyanure de potassium, est filtré ; on l'examine alors au polarimètre, comparativement à un sérum normal traité de façon identique. Le sérum des sujets atteints de lésions du foie présente par cette technique un pouvoir rotatoire moindre que les sérums normaux, le glycogène étant transformé en glucose par augmentation de la diastase d'origine hépatique. Chez 19 sujets atteints d'affections hépatiques, Ghedini a trouvé 18 fois une diminution de pouvoir rotatoire du mélange glycogénique et, dans 8 cas, il a pu s'assurer que l'épreuve qu'il préconise donne des résultats parallèles aux épreuves habituelles de recherche de l'insuffisance hépatique.

Mais pour Rowntree la diastase sanguine ainsi étudiée varie considérablement même chez les sujets normaux et, par ailleurs, il n'est pas encore suffisamment établi que le foie soit la source unique de ce ferment.

3° *Réaction d'Abderhalden.* — Récemment MM. A. Robin, Noël Fiessinger et Broussolle (62) ont eu recours à la réaction d'Abderhalden pour mettre en évidence dans le sérum sanguin les ferments protéolytiques dont l'apparition peut être liée à des désintégrations massives des cellules hépatiques. Ce ferment de défense, inconstant dans les cirrhoses, est surtout actif dans les grandes insuffisances hépatiques. Il traduit l'existence d'une lésion parenchymateuse et est un signe d'altération lésionnelle et non d'insuffisance fonctionnelle du foie.

Il nous semble encore bien difficile actuellement de faire état de toutes les épreuves basées sur l'étude de la fonction sanguine du foie, malgré leur grand intérêt scientifique ; elles ont été appliquées dans un trop petit nombre de cas, elles reposent sur des données physiologiques encore trop imprécises pour permettre en pratique la recherche de l'insuffisance hépatique.

VI

Conclusions. — Des faits que nous venons de passer en revue semble ressortir la complexité du problème qui se pose lorsque l'on cherche un mode d'étude de l'insuffisance hépatique ; presque toutes les méthodes proposées sont passibles d'objections dues pour la plupart à ce fait que le foie n'est pas seul à intervenir dans l'épreuve étudiée. C'est, en effet, qu'il est peu des grandes fonctions physiologiques du foie qui soient exclusivement dévolues à cet organe ; c'est encore qu'on ne peut explorer le foie que par des voies indirectes et qu'ainsi l'intestin, le rein, les tissus peuvent intervenir pour troubler l'interprétation des faits observés.

Les anomalies de l'*absorption intestinale* peuvent fausser les épreuves basées sur l'ingestion des sucres. Le *régime alimentaire* intervient pour compliquer l'étude du métabolisme des substances azotées et cela non seulement dans la recherche simple de l'hypoazoturie, mais encore dans les méthodes plus complexes, puisque dans l'établissement du rapport azoturique du sérum l'alimentation pourrait modifier les résultats obtenus.

Les anomalies de l'*excrétion rénale*, particulièrement fréquentes chez les hépatiques, rendent peu précises nombre d'épreuves basées sur l'examen des urines ; ainsi l'étude de l'élimination du bleu de méthylène, le dosage simple de l'urée ou des corps ammoniacaux dans l'urine ont été remplacés par des méthodes plus complexes. Mais dans l'étude même du sérum, dans l'établissement même du rapport azoturique, le facteur rénal reste encore important, puisque selon la loi de Widal et Ronchèse toute azotémie élève le rapport azoturique, agissant ainsi en sens inverse de l'insuffisance hépatique qu'elle peut masquer.

L'intervention des *tissus* dans le métabolisme des hydrates de carbone et des substances azotées est encore une cause d'erreur dont on commence à connaître l'importance : les oxydations tissulaires suffisent à enlever toute valeur aux épreuves d'ingestion des sucres ; dans les troubles de l'uréopoïèse, si le foie intervient sans doute pour la plus grande part, d'autres facteurs, encore imprécis, peuvent sans doute entrer aussi en jeu.

Multiples sont donc les facteurs extrahépatiques qui peuvent troubler l'étude des lésions du foie lui-même ; multiples sont donc les objections qui

s'adressent surtout à certaines épreuves seules employées autrefois dans l'étude de l'insuffisance hépatique (glycosurie alimentaire, hypoazoturie, glaucurie intermittente). Il n'en reste pas moins cependant qu'il faut considérer comme de grande valeur certaines épreuves récemment proposées pour l'étude du métabolisme des substances azotées; la recherche de l'amino-acidurie, la recherche des coefficients d'imperfection uréogénique, le dosage de l'azote résiduel du sérum semblent éliminer la plupart des causes d'erreur que nous venons de rappeler; mais elles restent des méthodes assez complexes difficiles à appliquer en pratique journalière.

Puisque le foie n'intervient pas seul dans le métabolisme des hydrates de carbone, des substances azotées et des matières colorantes injectées, il semble intéressant de s'adresser pour déceler les troubles fonctionnels de la cellule hépatique à une de ses fonctions que l'on peut considérer comme spécifique : la *fonction biliaire*. Liée intimement à un trouble de cette fonction l'urobilinurie mérite d'être souvent considérée comme un signe d'insuffisance hépatique; mais, de même que les pigments biliaires peuvent se former en dehors du foie dans les processus hémolytiques (Widal, Abrami et Brulé), de même l'urobilinurie peut apparaître dans les mêmes conditions; elle perd ainsi sa valeur absolue de pigment du foie malade et il en est de même de l'urobilinogène que décèle la réaction d'Ehrlich.

La rétention des sels biliaires, que l'on peut mettre en évidence par une technique simple, dans les lésions les plus minimes du foie, nous semble au contraire un bon moyen de déceler l'atteinte de la cellule hépatique dans les cas si nombreux où l'obstruction des voies biliaires ne peut être incriminée.

Parmi toutes les épreuves que nous venons de passer en revue s'il en est plusieurs qui aident au diagnostic des affections hépatiques il n'en est guère, par contre, qui puissent servir au pronostic de la maladie; des diverses méthodes qui *décèlent* la lésion du foie aucune ne peut encore prétendre la *mesurer*. Quelle que soit l'épreuve à laquelle on s'adresse on y voit obtenir souvent des résultats aussi fortement positifs dans les lésions transitoires et bénignes du foie que dans ses affections plus graves.

Par ailleurs aucune méthode employée *isolément* ne pourra sans doute jamais prétendre à la mesure absolue de l'insuffisance hépatique; il existe dans le foie des dissociations fonctionnelles plus complexes encore sans doute que dans le rein; ainsi l'atteinte grave d'une des fonctions de la cellule hépatique, de la fonction biliaire par exemple, ne peut permettre de conclure à une atteinte aussi intense de toutes les autres fonctions de l'organe. Il faudrait donc pour prétendre mesurer l'insuffisance hépatique, comme on peut actuellement mesurer l'insuffisance rénale depuis les travaux du professeur Widal, que nous puissions mettre en œuvre quelques méthodes simples d'examen, permettant d'explorer successivement les grandes fonctions de la cellule hépatique.

Les modes actuels d'étude de l'insuffisance hépatique marquent quelques progrès dans cette voie et permettent déjà de dépister la lésion du foie là où souvent de par la seule clinique elle demeurerait insoupçonnée.

BIBLIOGRAPHIE

I. **Fonction glycogénique.** — 1. Ch. ACHARD et J. CASTAIGNE. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 19 nov. 1897.
2. G. LINOSSIER. *Arch. gén. de méd.*, mai 1899.
3. J. CASTAIGNE. *Maladies du foie et des voies biliaires*, 1910, Paris, Masson.
4. G. LINOSSIER et ROQUE. *Arch. méd. expérim. et anat. path.*, 1895, t. VII, p. 228.
5. STRAUSS. *Berl. klin. Woch.*, 1898, t. XXXV, p. 398; 1899, t. XXXVI, p. 159.
6. STRAUSS. *Deut. med. Woch.*, 1901, t. XXVII, p. 756.
7. SACHS. *Zeit. f. klin. Med.*, 1899, t. XXXVIII, p. 87.
8. FERRANINI. *Zeit. f. inn. Med.*, 1902, t. XXIII, p. 921.
9. V. HALASZ. *Wien. klin. Woch.*, 1908, t. XXI, p. 44.
10. BRUINING. *Berl. klin. Woch.*, 1902, t. XXXIX, p. 587.
11. LANDSBERG. *Deut. med. Woch.*, 1903, t. XXIX, p. 563.
12. CHURCHMANN. *Johns Hopkins hosp. Bull.*, 1912, t. XXIII, p. 10.
13. BAUER. *Wiener med. Woch.*, 1906, t. LVI, p. 2537.
14. FALK et SAXL. *Zeit. f. klin. Med.*, 1911, t. LXXIII, p. 325.
15. V. FREY. *Zeit. f. klin. Med.*, 1911, t. LXXII, p. 383.
16. HIROSE. *Deut. med. Woch.*, 1912, t. XXXVIII, 2, p. 1414.
17. BRUN. *Pediatria*, Napoli 1908, 2e série, t. VI, p. 884-895.
18. ACHARD et DESBOUIS. *Soc. de biol.*, 22 fév., 1er et 15 mars, 31 mai 1913.

II. **Fonction d'élaboration azotée.** — 19. J. COURMONT, BOULUD, SAVY et BLANC-PERDUCET. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 31 janv. 1913.
20. J. COURMONT, BOULUD, SAVY et GATÉ. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 14 mars 1913.
21. Albert MOREL et G. MOURIQUAND. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 31 janv. 1913.
22. JAVAL. *Soc. de biol.*, 15 et 22 fév., 8 mars 1913.
23. WIDAL et RONCHÈSE. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1906, t. I, p. 245.
24. A. MOREL et G. MOURIQUAND. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 25 avril 1913.
25. ARTHUS. *Précis de chimie physiologique*, 5e édition, 1908, p. 396, Paris, Masson.
26. L.-C. MAILLARD. *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1909, t. II, p. 205; — *Soc. de biol.*, 16 déc. 1911 et 22 nov. 1912.
27. LANZENBERG. Th. de Paris, 1912; — *C. r. de la Soc. de biol.*, 1912, t. LXXIII, p. 408, 468, 515.
28. BRODIN. Th. de Paris, 1913.
29. FRERICHS. *Maladies du foie*, édit. franç., 1866.
30. GLAESSNER. *Zeit. f. experim. Path. u. Therap.*, 1907, t. IV, p. 336.
31. HENRIQUES. *Bioch. Zeit.*, 1908, t. VII, p. 45.
32. FALK et SAXL. *Zeit. f. klin. Med.*, 1911, t. LXXIII, p. 131 et 325.
33. FALK et HESKY. *Zeit. f. klin. Med.*, 1910, t. LXXI, p. 261.
34. LEVENE et VAN SLYKE. *Journ. Biol. chem.*, 1912, t. XII, p. 301.
35. KOBER. *Journ. Amer. chem. Soc.*, 1913, t. XXV, p. 1567.
36 BITH. Th. de Paris, 1913.

III. **Fonction biliaire.** — Pour la bibliographie de l'urobiline, consulter les thèses de Louis LEMAIRE, Paris 1905, et de CARRIÉ, Paris 1914.
37. GRIGAUT. *Soc. de biol.*, 8 mai 1909.
38. EHRLICH. *Wien. med. Woch.*, 1901, n° 15.
39. PAPPENHEIM. *Berl. klin. Woch.*, 1903, n° 2.
40. NEUBAUER. *Sitzungsbericht d. Ges. f. Morph. u. Phys.*, München, juillet 1903.
41. BAUER. *Centralbl. f. inn. Med.*, 1905, t. XXVI, p. 833.
42. SCHELENZ. *Med. Klin.*, 20 avril 1913.
43. GAVAUDAN. Th. de Paris, 1913.
44. HILDEBRANDT. *Münch. med. Woch.*, 1909, nos 14 et 15, et

29 nov. 1910; — *Zeit. f. klin. Med.*, 1911, t. LXXIII, nos 3 et 4; — *Mitt. aus den Grenz. d. Med. u. Chir.*, 1912, t. XXV, p. 2.
45. MUNZER et BLOCH. *Arch. f. Verdauungskr.*, 1911, t. XVII, p. 260.
46. FISCHLER. *Münch. med. Woch.*, 1908, t. LV, p. 1421.
47. PEDENKO. *Roussky Vratch.*, 24 déc. 1911.
48. KAMSARAKAN. *Med. Obezr.*, 1913, t. LXXIX, p. 7.
48 *bis*. LEMIERRE et BRULÉ. *Soc. méd. des hôpit.*, 23 déc. 1910, et *Mouvement médical*, mars 1913, n° 3.
49. BRAULT et GARBAN. *Soc. méd. des hôpit.*, 7 fév. 1913 et 30 janv. 1914.
50. BRULÉ et GARBAN. *Soc. méd. des hôpit.*, mars 1914.
51. MEILLÈRE. *C. r. de la Soc. de biol.*, 1913, t. LXXIV, p. 844.
52. ABEL et ROWNTREE. *Journ. Pharm. and experim. Ther.*, 1909, t. I, p. 233.
53. WHIPPLE, MASON et PEIGHTAL. *Johns Hopkins hosp. Bull.*, 1913, t. XXIV, p. 207. — ROWNTREE, HURWITZ et BLOOMFIELD. *Johns Hopkins hosp. Bull.*, nov. 1913. — WHIPPLE, PEIGHTAL et CLARK. *Johns Hopkins hosp. Bull.*, nov. 1913.

IV. **Fonction de fixation.** — 54. LESNÉ. Th. de Paris, 1899.
55. CHAUFFARD. *Presse méd.*, 8 janv. et 12 mars 1898. — CHAUFFARD et CASTAIGNE. *Presse méd.*, 23 avril 1898, et *Journ. de physiol. et de path. gén.*, mai 1899.
56. ROCH. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 28 juin 1912.

V. **Fonction sanguine.** — 57. WHIPPLE et HURWITZ. *Journ. experim. Med.*, 1911, t. XIII, p. 136. — WHIPPLE. *Arch. intern. Med.*, 1912, t. IX, p. 365.
58. HANRIOT. *C. r. de la Soc. de biol.*, 1896, et *Arch. de physiol.*, 1898.
59. LOEWENHART. *Amer. Journ. of physiol.*, 1902, t. VI, p. 331.
60. WHIPPLE, MASON et PEIGHTAL. *Johns Hopkins hosp. Bull.*, 1913, t. XXIV, p. 207. — WHIPPLE. *Johns Hopkins hosp. Bull.*, nov. 1913.
61. GHEDINI. *Gazz. degli ospedali*, Milan, 12 janv. 1913.
62. N. FIESSINGER et BROUSSOLLE. *Soc. méd. des hôpit.*, 7 nov. 1913. — A. ROBIN, N. FIESSINGER et BROUSSOLLE. *Soc. méd. des hôpit.*, 14 janv. 1914.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES ÉTUDIANTS ÉTRANGERS ET L'INTERNAT DES HOPITAUX

[L'incident des trois étudiants étrangers que nous avons relaté il y a quelques jours s'est terminé par la réintégration de ces étudiants comme internes provisoires.

Nous croyons intéressant de publier à ce sujet, *à titre purement documentaire*, une consultation donnée par Me R.-Marcel Petit, avocat à la Cour d'appel, qui fixe la question au point de vue juridique.

Pour éviter toute équivoque nous tenons à préciser que cette consultation vise le cas particulier de ces trois internes provisoires et que la questfon de l'admission des étrangers à l'internat des hôpitaux reste toute entière.]

L'administration de l'Assistance publique a-t-elle le droit de refuser à un étudiant en médecine étranger, postulant en France le diplôme d'université, ayant passé le concours de l'internat, et proposé pour être accepté comme interne, l'accès, à ce titre, à ses hôpitaux? Tel est le point que vous me soumettez.

Nous répondrons de suite : non; l'administration ne peut, sous ce prétexte, ainsi refuser les prérogatives qui s'attachent à l'interne, désigné à son choix par le concours.

A côté du diplôme de docteur en médecine délivré par le gouvernement, le diplôme d'Etat, il existe un autre diplôme de docteur en médecine, mais délivré par les Universités possédant une Faculté de médecine, et qui a été institué par le décret du 21 juillet 1897. Ce doctorat universitaire, mention médecine, avec programmes identiques à ceux du doctorat en médecine de l'Etat, a été créé au profit des étudiants étrangers qui fréquentent nos facultés.

Les études poursuivies en vue d'obtenir le doctorat universitaire, sont absolument semblables à celles qui conduisent au doctorat d'Etat, et ceux qui postulent ce diplôme sont donc des étudiants en médecine qui bénéficient des droits que leur accorde leur immatriculation dans une Faculté.

Les étudiants en médecine ont besoin d'exercer la médecine par eux-mêmes pendant le cours de leurs études, afin d'en connaître la pratique aussi bien que la théorie.

Les besoins de leur instruction obligent à leur reconnaître le droit de donner des soins médicaux aux malades, mais sous la direction d'un docteur. C'est en effet la conséquence directe de la disposition finale de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 ainsi conçue : « Les dispositions du paragraphe premier du présent article ne peuvent s'appliquer aux *élèves en médecine* qui agissent comme aides d'un docteur ou que celui-ci place auprès de ses malades, ni aux gardes-malades, ni aux personnes qui, sans prendre le titre de chirurgien-dentiste, opèrent accidentellement l'extraction des dents. » Et la jurisprudence a confirmé cette théorie (Cour de Paris, 8 mars 1905, *Gazette des tribunaux*, 1905, 1.443).

Les étudiants en médecine peuvent donc exercer la médecine à l'hôpital, mais sous la surveillance effective du médecin.

En ce qui concerne les internes, il faut remarquer que ce ne sont que des élèves, comme le dit le règlement, élèves avancés, et que, dans les hôpitaux mêmes, ils ne jouent guère que le rôle d'aides, presque d'infirmiers supérieurs.

Cette exception qu'apporte l'article 16 de la loi de 1892, à l'exercice régulier de la médecine, s'applique aux externes et aux internes qui poursuivent leurs études en vue du diplôme d'Etat.

Peut-elle être étendue aux externes et aux internes étudiant simplement pour le diplôme d'Université? Sans aucun doute. Les auteurs l'affirment. M. E.-H. Perreau, professeur à la Faculté de droit de Montpellier, dans ses *Eléments de jurisprudence médicale à l'usage des médecins*, écrit : « On doit l'admettre pour tous les étudiants en médecine indistinctement, qu'ils aspirent, soit au diplôme d'Etat, soit au diplôme d'Université » (p. 23).

L'administration de l'Assistance publique base sa décision sur les instructions données aux préfets par le ministre de l'Intérieur dans une circulaire du 15 novembre 1913, et qui sont les suivantes :

« J'appelle en outre votre attention sur le point suivant : vous savez qu'il existe deux diplômes très différents, le diplôme d'Etat de docteur en médecine, donnant seul le droit d'exercer en France, et le diplôme de doctorat universitaire, mention médecine, lequel ne confère pas ce droit. La circulaire d'un de mes prédécesseurs, en date du 6 septembre 1906, a souligné la distinction à établir entre ces deux diplômes. La question s'est posée de savoir si un étudiant en médecine, ayant poursuivi ses études en vue de l'obtention du second diplôme et ayant terminé sa scolarité, pouvait être autorisé à faire des remplacements. A cette question, il faut répondre sans hésitation par la négative : le même étudiant, lorsqu'il sera ultérieurement muni du diplôme universitaire, qui est la consécration de ses études, n'aura point le droit d'exercer en France; il est manifeste que sa scolarité terminée, mais avant qu'il ait conquis ce diplôme, il n'est pas apte à faire un remplacement. Vous aurez donc grand soin lorsque, à l'appui d'une demande d'autorisation de remplacement, un étudiant en médecine vous présentera un certificat de scolarité, de vous rendre compte qu'il s'agit d'un certificat constituant la préface, si je puis dire, du diplôme d'Etat, seul valable au point de vue envisagé, ou au contraire du certificat préface du diplôme universitaire, auquel cas l'autorisation ne saurait être accordée. La question a une grande importance pratique; les étudiants en médecine français se sont plaints qu'en plus d'une

circonstance des étudiants étrangers, ne remplissant pas les conditions requises pour poursuivre l'obtention du diplôme d'Etat, ne pouvant aspirer en conséquence au droit d'exercer la médecine en France, ont fait des remplacements médicaux, doublement irréguliers, par conséquent, puisque, d'une part, ils les faisaient sans l'autorisation prescrite par la loi, et puisque, d'autre part, l'autorisation, s'ils l'avaient demandée, n'aurait pu leur être accordée. »

Or cette circulaire ne vise que les remplacements, mais les remplacements au dehors, faits par les internes ou par les étudiants. Les étudiants en médecine peuvent, en effet, exercer la médecine au dehors, en vertu de l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892. « Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours et munis de douze inscriptions, et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée peuvent être autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteur en médecine ou d'officiers de santé. Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois ; elle est renouvelable dans les mêmes conditions. » Que le préfet en face d'une demande de remplacement émanant d'une interne (doctorat universitaire) l'autorise ou ne l'autorise pas, il n'a absolument rien à dire, l'autorisation étant la condition sine qua non du remplacement.

Et cependant d'après le règlement les internes ne devraient pas faire de remplacements, si on prend à la lettre l'article 151 : « Il est interdit aux élèves internes, non docteurs en médecine, même dans le cas où ils ont été appelés à bénéficier des dispositions de l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, de faire de la clientèle, soit en dehors, soit à l'intérieur de l'hôpital. »

Encore que certains auteurs, se basant sur un jugement rendu le 26 décembre 1905 par le tribunal de Carcassonne (*Le Droit*, 12 janvier 1906), affirment que le droit d'exercer la médecine par remplacement, conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi de 1892, ne peut être refusé aux étudiants du diplôme universitaire.

« Les étudiants étrangers poursuivant leurs études en vue d'acquérir le diplôme médical d'Université peuvent bénéficier de la faculté d'exercer la médecine sous les conditions fixées par l'article 6, comme les candidats postulant le diplôme d'Etat. Et, comme leur droit ne saurait diminuer avec l'achèvement de leurs études, on doit conclure que devenus docteurs d'Université ils ont le droit d'exercer la médecine en France avec simple autorisation préfectorale, en temps d'épidémie ou comme remplaçant d'un médecin. » (Perreau, ouvrage cité, p. 25.)

Ce point est tout à fait discutable, et, pour notre part, nous estimons que le remplacement au dehors de l'hôpital ne peut être fait par un universitaire : l'éducation professionnelle est tout autre chose que l'exercice professionnel de l'art de guérir. Cette distinction s'impose, selon nous.

L'administration de l'Assistance publique prétend que l'interne fait des remplacements à l'hôpital, et que du reste, afin de donner aux internes toute latitude dans l'exercice de leurs fonctions en l'absence de tout médecin dans le service, des arrêtés préfectoraux renouvelés régulièrement tous les trois mois les habilitent au plein exercice de la médecine. Et que par suite la circulaire précitée doit être appliquée dans toute sa rigueur.

Mais le règlement qui régit le statut des élèves internes, ne leur donne pas ce libre exercice. Ainsi ils ne peuvent opérer qu'avec une autorisation écrite du chef de service désignant et le malade et l'opération qu'il doit subir. Même en cas d'urgence, la nuit, par exemple, à la suite d'accident, ils doivent téléphoner à l'un des deux chirurgiens de permanence.

L'article 66 du règlement général sur le Service de santé dispose en effet :

« Art. 66. — Les chirurgiens, accoucheurs, ophtalmologistes et oto-rhino-laryngologistes ou leurs assistants, doivent procéder, par eux-mêmes, à toutes les opérations.

Ils peuvent, toutefois, et par exception, autoriser leurs internes :

1° A opérer en leur présence et sous leur surveillance;

2° A faire, en leur absence, une opération déterminée sur un malade désigné.

Cette dernière autorisation ne peut être donnée qu'aux seuls internes qui auront été appelés à bénéficier des dispositions de l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine. Elle doit être donnée par écrit et remise au directeur de l'établissement. En outre, avant de procéder à l'opération, l'interne doit toujours en prévenir le directeur. »

L'article 134 contient également une restriction :

« Art. 134. — Dans l'intervalle d'une visite à l'autre, les élèves internes peuvent, en cas d'urgence et dans les services auxquels ils sont attachés, prescrire les médicaments qui leur paraîtraient nécessaires ou modifier le régime alimentaire des malades, d'après les changements survenus dans leur état : ils en rendent compte à leurs chefs le lendemain à la visite. »

Il n'est pas besoin de mentionner les articles 144, 146 qui sont rédigés dans le même esprit.

D'ailleurs une discussion intéressante a eu lieu à cet égard, le vendredi 19 décembre 1913, au conseil général de l'Association générale des médecins de France, et les paroles prononcées par le secrétaire général sont tout à fait significatives et démontrent ce que peuvent valoir ces autorisations :

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — « Je vous ferai observer ceci ; c'est qu'au cours de l'enquête que j'ai faite tout récemment, étant donné que, dans le département de la Seine, nous avons un chiffre de 1 277 déclarations de remplacements, nous nous sommes demandé comment il se faisait que nous avions ce chiffre et nous avons vu, par les renseignements pris à la Préfecture de la Seine, que c'étaient tout simplement les salles de garde en bloc qui font d'une façon trimestrielle, je crois, les demandes et les déclarations à la Préfecture. Par conséquent, j'ai tout lieu de penser que, si, dans la quantité, il y a des jeunes gens qui sont internes et ont le diplôme de l'Université, ou postulent le diplôme d'Université, on ne fait pas pour eux de difficultés, et ils sont tout comme les autres autorisés à faire des remplacements. »

Il y a-t-il donc là vrai remplacement ? Nous ne pouvons le penser. En effet, lorsqu'il y a remplacement au dehors immédiatement la responsabilité professionnelle vient à peser sur le remplaçant. Le médecin remplacé ne répond pas des fautes commises envers ses clients par son remplaçant qui, entièrement libre de ses actions et nullement soumis à une direction, ne saurait être considéré comme un simple préposé.

Mais à l'hôpital pas de responsabilité. Si l'interne remplace son chef de service, il faut que celui-ci, nous l'avons vu, fasse une déclaration particulière et assume la responsabilité. Aussi quand une opération est faite par l'interne on ne connaît pas ce dernier, mais simplement le chef. L'article 1384 du Code civil joue alors.

Cette distinction nous semble capitale et elle vient appuyer sur ce fait que l'interne, en tant qu'interne, sauf dans l'exception prévue par l'article 6 de la loi de 1892, est un simple élève soumis à l'autorité du chef sous les ordres duquel il étudie.

Les articles 147 et 148 du règlement confirment cette opinion.

« ART. 147. — Les chefs de service conservent la responsabilité de toutes les interventions faites avec leur approbation par leurs internes. La responsabilité de l'assistant, du chirurgien consultant ou du chirurgien de garde, se substitue

à celle du chef de service quand c'est lui qui a donné l'autorisation.

Art. 148. — Toute opération faite par un interne, sans que l'une des prescriptions du règlement ait été observée, fera l'objet d'une enquête administrative à l'effet d'établir les responsabilités encourues soit par le directeur, soit par le chef de service, l'assistant, le chirurgien consultant ou le chirurgien de garde, soit par l'interne. »

Mais cependant les internes font de la médecine, dit l'Assistance publique.

L'article 132 définit les attributions médicales des internes.

« Art. 132. — Les fonctions des élèves internes consistent :

1° A assister, pendant toute la durée des visites, les chefs auxquels ils sont attachés;

2° A assister également aux consultations externes lorsque leurs chefs sont chargés de ces consultations;

3° A rédiger les observations particulières qui leur seraient demandées par leurs chefs;

4° A faire les pansements importants et à surveiller ceux qui sont confiés aux élèves externes;

5° A faire, obligatoirement, chaque jour, de quatre à sept heures, une visite générale des malades traités dans les services auxquels ils sont attachés;

6° A visiter une ou plusieurs fois, dans l'intervalle des visites, les malades qui leur seront indiqués par leurs chefs. »

Nous sommes d'accord avec l'Administration, mais si les internes font de la médecine ils la font comme élèves et sont par suite couverts par l'article 16 de la loi de 1892 qui visent les élèves en médecine. C'est ce que nous avons affirmés au début de cet avis.

La nouvelle réglementation du concours de l'internat, que la presse médicale a publiée et qui n'a rien d'officiel car elle doit recevoir de nombreuses modifications et qui viseront les étudiants étrangers, donne pleinement raison aux étudiants du concours de 1913.

Celle-ci, en effet, déclare que, à l'avenir, le concours de l'internat sera seulement accessible aux externes munis de onze inscriptions prises en vue de l'obtention du diplôme d'Etat. Reste à savoir si cette disposition est juridiquement et légalement valable et si elle n'est pas en contradiction avec les principes fondamentaux de l'éducation pratique de l'étudiant en médecine? La solution du surnombre, proposée par beaucoup, semble concilier toutes les difficultés.

Enfin, il semble résulter d'un arrêt rendu par le conseil d'Etat que l'immatriculation pourrait être la principale condition d'accession à l'internat. Il l'a décidé pour l'externat dans un arrêt du 24 janvier 1908 (*D. P.*, 1909, 3, 80).

« Considérant que, en vertu du décret du 21 juillet 1897, les étudiants étrangers régulièrement admis à l'immatriculation sont assimilés aux étudiants français et jouissent des mêmes droits. »

En outre, d'après la disposition transitoire concernant le droit d'accession au concours, les externes, poursuivant leurs études pour le diplôme d'Université, ont le droit de se présenter au concours de l'internat, s'ils ont déjà pris part aux épreuves, pendant les huit années qui suivent la prise de leur première inscription avant l'expiration de leur sixième année d'externat.

Pour toutes ces raisons, et jusqu'à l'apparition de nouvelles dispositions réglementaires, que le corps médical français souhaite ardemment, l'administration, dont le règlement ne vise pas les distinctions des diplômes d'Etat et d'Université, ne peut refuser l'admission dans ses hôpitaux des internes étudiant pour le diplôme universitaire qui ne donne pas le droit d'exercer la médecine sur le territoire de la République française. L'article 188 dispose en effet :

« Art. 188. — Pour les places d'élèves, les étrangers comme les Français, de l'un et l'autre sexe, peuvent concourir et obtenir des nominations, en satisfaisant aux conditions exigées. »

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES SCIENTIFIQUES SUR LA TUBERCULOSE

(SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1914)

A propos d'un cas de bacillurie sans lésion rénale tuberculeuse. — MM. E. Rist et Léon Kindberg. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 26, p. 430.)

Recherche du bacille de Koch dans les tissus par la coloration au Ziehl-formol (méthode de C. Biot). — MM. F. Arloing, René Bretton et J. F. Martin. La méthode de coloration de C. Biot au Ziehl-formol permet de rechercher facilement les bacilles de Koch dans les coupes histologiques. La technique doit être la suivante :

Choisir un fixateur autre que le formol et inclure à la paraffine.

Faire agir le Ziehl pendant dix heures à froid ou mieux à l'étuve à 37 degrés, mais éviter de chauffer la préparation.

Laver légèrement sous un courant d'eau.

Pousser la décoloration par l'acide azotique au quart jusqu'à ce que le fond de la préparation reste parfaitement incolore.

Faire agir le formol commercial pendant quinze minutes.

Déshydrater par les alcools, éclaircir au xylol, monter au baume.

Dans les coupes ainsi traitées, où le fond n'est pas coloré, les bacilles se détachent nettement en violet noir, sans confusion possible avec les interstices cellulaires.

On y rencontre les divers aspects morphologiques sous lesquels peut se présenter le bacille de Koch.

Les auteurs discutent la signification des granulations libres qui leur paraissent, dans bien des cas, dues à des bacilles coupés en travers, par conséquent différentes des granula de Munch.

L'origine des épanchements pleuraux consécutifs aux pneumothorax chez les tuberculeux. — MM. Léon Bernard et J. Paraf. Les épanchements, aussi bien dans le pneumothorax naturel que dans le pneumothorax artificiel, sont d'abord séreux, puis purulents.

L'étude de 9 cas de pneumothorax naturel et de 14 cas de pneumothorax artificiel a montré que, dans toutes les périodes, seul le bacille de Koch est en cause, et l'infection secondaire ne joue aucun rôle.

Mais le bacille de Koch est tantôt rare, tantôt très abondant dans le liquide.

L'exploration de la pression intrapleurale et l'injection intrapleurale de bleu de méthylène ont permis de reconnaître que le bacille est rare lorsqu'il s'agit d'un pneumothorax fermé, qu'il est abondant lorsqu'il s'agit d'un pneumothorax ouvert.

L'anatomie pathologique montre également que des lésions pleurales différentes répondent à ces deux catégories de cas, et qu'elles relèvent soit de pachypleurite fibreuse, soit de pachypleurite caséeuse.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1914)

De la lutte contre la tuberculose. — M. Gastou, reprenant la question du diagnostic précoce de la tuberculose, montre par des projections que, à côté des signes cliniques parfois incertains, on peut utiliser l'examen par les rayons X

pour diagnostiquer la tuberculose pulmonaire. Cette méthode consiste à placer derrière les deux fosses sus-épineuses un radiochronomètre de Benoist et à faire la radiographie : la netteté plus ou moins grande du radiochronomètre sur l'image radiographique est en rapport direct avec l'intégrité ou l'altération du poumon.

M. Guelpa estime qu'il y a tout avantage à dire toute la vérité au tuberculeux; lui cacher la nature de sa maladie c'est nuire à lui-même, à sa famille et à la société. Les tuberculeux qui guérissent sont ceux qui connaissent bien leur maladie et comprennent l'importance et la longue durée des soins exigés.

Transformisme et pathologie. — M. Klotz étudie le rôle de la maladie dans la transformation des espèces. Les associations entre les animaux ou plantes, constituant des symbioses ou des maladies, forment des systèmes, des organes qui s'enchaînent pour aboutir à la constitution du géozaire.

Le traitement mixte dans la paralysie générale progressive. — M. Goubeau présente quatre cas de paralytiques généraux traités par le triple traitement mixte par le mercure, l'arsenobenzol et l'iodure de potassium. Deux de ces cas ont été tellement améliorés qu'il est permis d'espérer pour eux que la guérison apparente deviendra définitive.

M. Butte pense que, malgré les bons résultats obtenus par M. Goubeau, il n'est pas possible de conclure à la certitude de la guérison de la paralysie générale.

M. Gastou proteste contre les affirmations de guérison de la paralysie générale, guérison le plus souvent apparente comme le démontre le cas récent d'un malade qui, considéré comme guéri d'une paralysie générale par un traitement d'arsenobenzol et de mercure, se précipite, alors qu'il était en voyage, sur les employés et le chef de gare, cherchant à les étrangler. Il est donc dangereux de considérer un paralytique général comme guéri, lorsque même tout signe clinique a disparu depuis longtemps.

M. Kolbe, se faisant l'écho du professeur Bayet (de Bruxelles), nie toute possibilité de guérison de la paralysie générale par le néoarsenobenzol ou tout autre médicament; l'auteur rapporte un cas célèbre en Argentine où le diagnostic de paralysie générale fut confirmé malgré toutes les apparences de guérison.

Syndrome de juvénilité persistante. — M. Léopold-Lévi consacre une étude aux sujets qui, sans artifice, conservent une apparence beaucoup plus jeune que leur âge réel. Il rattache en grande partie « la juvénilité persistante » à un fonctionnement marqué, parfois excessif, de la glande thyroïde, et conseille, pour combattre une sénilité précoce et maintenir une jeunesse persistante, d'adjoindre aux médications classiques, la médication thyroïdienne.

Testicule en ectopie simulant un étranglement herniaire. — M. Maurice Peraire présente, au nom du docteur Weil et en son nom, un cas d'ablation forcée du testicule chez un jeune homme de vingt ans qui présentait tous les symptômes d'une hernie inguinale gauche étranglée. Or, la tumeur soi-disant herniaire était constituée par un testicule en ectopie, atteint d'orchite blennorragique, et suspendu par un cordon très court qui, malgré la section de toutes les brides fibreuses, empêchait d'abaisser l'organe et de tenter l'orchidopexie.

De plus, comme le testicule paraissait perdu au point de vue fonctionnel, toute hésitation pour sa conservation devait être rejetée.

Nouvelles recherches sur la buée respiratoire. — M. A. Courtade communique le résultat de ses recherches sur cette question : en respirant au-dessus d'une lame porte-objet placée sur un morceau de glace, on peut recueillir assez de liquide pour pratiquer l'examen microscopique des cristaux que laisse l'évaporation de ce liquide.

Certains cristaux se liquéfient sous l'influence de la vapeur d'eau de la respiration, et réapparaissent quelques secondes après sous une autre forme.

Certaines solutions salines, comme la buée respiratoire, la solution de chlorure de sodium, etc., émettent à la température de 30 à 40 degrés des vapeurs qui contiennent des particules solides, cristallisables.

Les sels contenus dans la vapeur d'eau de l'expiration sont bien à l'état de dissolution et ne sont point empruntés à l'atmosphère ambiante.

L'air expiré, privé de la plus grande partie de sa vapeur d'eau, ne contient plus de principes ammoniacaux.

Le chlorure de calcium absorbe les sels contenus dans l'air expiré, et à ce titre pourrait être employé pour assainir une atmosphère viciée par la respiration.

PRATIQUE MÉDICALE

L'ÉTAT MENTAL DU TUBERCULEUX

L'un des symptômes de la tuberculose pulmonaire est la confiance du malade en l'avenir, c'est-à-dire l'espoir d'une guérison prochaine.

Une autre constatation qui, dans une certaine mesure, se rapproche de la première, est que le tuberculeux paraît se trouver mieux et reconnaît lui-même une amélioration de son état à chaque nouvelle médication ou chaque fois qu'il change de médecin.

Il y a donc un état mental du tuberculeux assez particulier et dont la caractéristique est une tendance à l'optimisme. Le médecin devra tenir compte de cet état psychique et s'en inspirer pour sa thérapeutique. Trois indications médicamenteuses existent chez tout bacillaire : calmer la toux, agir sur la lésion, relever l'état général. Il faudra donc, sans sortir de ces trois principes, modifier souvent le modus faciendi pour conserver au malade son optimisme, lui donner la preuve qu'on le soigne attentivement et, ainsi, faire appel à son état mental qui, chaque fois sollicité, constitue une puissance de réaction vitale fort utile.

Pour calmer la toux, les anciennes préparations à la codéine, auxquelles le malade est trop habitué, feront place au pantopon. Ce sédatif énergique de la toux n'est autre chose que l'opium total soluble, très actif et ne présentant pas d'inconvénients. Il a, pour le tuberculeux, l'avantage de s'absorber facilement et d'avoir un nom qui, pour lui, ne signifie rien.

Pour agir sur la lésion, on aura toute la liste des antiseptiques pulmonaires et des balsamiques en se souvenant que la médication par le sirop Roche au thiocol est le meilleur parmi tous les asséchants et désinfectants bronchiques. Après un traitement prolongé avec ce remède, on pourra faire des injections profondes d'huile gaïacolée. On agit ainsi sur le moral du malade.

Enfin, la reconstitution de l'état général est chose aisée. On a un très grand nombre de moyens pour cela.

Parfois on agira sur l'état mental du malade en faisant varier la présentation même du remède. Ainsi, pour le thiocol, on ordonnera, tantôt les comprimés, tantôt les cachets, tantôt le sirop Roche; et pour le pantopon, ou bien les comprimés, ou bien le sirop. L'essentiel est de prouver au malade qu'on suit de très près son affection et de le soulager pour gagner sa confiance. R. B.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

FERMENTATIONS INTESTINALES

Lutter contre la pullulation des germes microbiens par l'usage des ferments lactiques, notamment sous forme de comprimés, ou mieux de pâte lactique à la Lacto-antisepsine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 29. — MARDI 10 MARS 1914. 87e ANNÉE. MARDI 10 MARS 1914. — N° 29.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 10 francs par an. Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Ordre de lecture des copies :

1. MM. Pascalis, Houdard, Toupet, Cadenat, Gernez, Küss, Basset, Bazy, Berger, Olivier,

11. Martin, Mercadé, Bréchot, Sauvé, Guimbellot, Kendirdjy, Rouhier, Capette, Picot, Monsaingeon,

21. Okinczyc, Cauchoin, Deniker, Français.

Lecture. — Séance du 6 mars. — MM. Pascalis et Houdard, 23 ; Toupet, 26 ; Cadenat, 25.

Prochaine séance mercredi 11 mars, à cinq heures, 49, rue des Saints-Pères.

AJOURNEMENT DE LA RÉFORME DE L'INTERNAT. — M. Barth a fait connaître vendredi soir, à la Société médicale des hôpitaux, que le conseil de surveillance de l'Assistance publique a remis à l'an prochain l'application du nouveau règlement au concours de l'internat.

Il n'y aura donc rien de changé pour le concours de 1914.

Cet ajournement a pour but de permettre à M. le ministre de l'intérieur d'étudier la question des candidats étrangers et de mettre tous les candidats en mesure d'être dès 1915 munis du nombre d'inscriptions exigé.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Reims. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes : internes titulaires, MM. Franquet (René), Robic (Jean), Grangier (Georges) et Péchenart (Albert) ; interne provisoire, M. Bernier (Pierre).

Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations de MM. Pierrot (René), Domengeau-Duthen (Jean), Sérant (Jean), Simon (Pierre), Maquet (André).

LES FONCTIONS D'AGRÉGÉ. — Un décret en date du 4 mars 1914 (*Journal officiel* du 7 mars 1914, p. 2046) dispose que :

« Article premier. — Les agrégés des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie sont nommés au concours dans les formes prescrites par un arrêté ministériel.

Art. 2. — Ils participent aux examens.

Ils remplacent les professeurs absents pour une durée d'un mois au maximum.

Ils sont chargés, dans les conditions déterminées par le décret du 30 juillet 1886, des cours prévus par les articles 36 et 37 du décret du 28 décembre 1885.

Ils peuvent être chargés de cours complémentaires.

D'une façon générale, ils remplissent tous une fonction d'enseignement didactique, technique ou clinique, soit dans les enseignements préparatoires au doctorat en médecine, soit dans les enseignements complémentaires et de perfectionnement institués par le décret du 4 mars 1914.

Art. 3. — Ils siègent dans l'assemblée de la faculté, suivant l'ordre de leur ancienneté comme agrégés, en nombre égal au plus aux deux tiers du nombre des professeurs titulaires.

Art. 4. — Ils sont nommés pour neuf ans. A l'expiration de cette période, ils peuvent, sur leur demande et sur les avis motivés du conseil de la faculté et du comité consultatif de l'enseignement public (section de médecine et de pharmacie) votant l'un et l'autre au scrutin secret, être prorogés jusqu'à ce qu'ils remplissent les conditions d'âge et de services prévues par la loi du 9 juin 1853 pour l'obtention d'une pension de retraite.

Art. 5. — Les agrégés prorogés, ainsi que les agrégés libres qui seront prorogés en vertu de l'article 7 du présent décret, pourront recevoir le titre de professeur adjoint dans les conditions prévues par l'article 40 du décret du 28 décembre 1885.

Dans chaque faculté, le nombre des professeurs adjoints ne peut dépasser le sixième du nombre des chaires.

Art. 6. — Les dispositions du présent décret sont applicables aux agrégés entrés en exercice le 1er novembre 1913.

Art. 7. — Suivant les besoins du service, et dans la limite des crédits disponibles, après les avis du conseil de la faculté et de la section de médecine et de pharmacie du comité consultatif, votant au scrutin secret, les agrégés en cours d'exercice au 1er novembre 1913 et ceux dont l'exercice s'est terminé à cette date ou antérieurement pourront, sans distinction de sections, être rappelés à l'exercice pour une période d'un à trois ans. Ils pourront également être prorogés, dans les mêmes formes, jusqu'à l'âge de la retraite.

Art. 8. — Sont abrogées toutes les dispositions contraires au présent décret. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le Conseil de la Faculté de médecine de Paris, consulté par le ministre sur le projet de création par le Conseil général de la Seine d'une chaire de clinique chirurgicale à l'hospice clinique

Sainte-Anne, vient de refuser la création demandée. La délibération s'appuie sur les motifs suivants :

« Considérant,

Que le traitement chirurgical des malades atteints d'affections mentales ne correspond qu'à des indications de chirurgie générale, mais n'a pas de bases scientifiques au point de vue psychiatrique;

Qu'une chaire de clinique chirurgicale des maladies nerveuses ne pourrait fonctionner dans des conditions scientifiques satisfaisantes qu'associée à la chaire de clinique neurologique, dans le même hôpital, et comme partie solidaire d'un même enseignement;

Qu'une telle chaire ne correspond pas aux besoins actuellement pressants de notre enseignement scientifique et professionnel; et que, par contre, depuis longtemps, le conseil de la Faculté déplore, dans le cadre de ses chaires magistrales, des lacunes regrettables. »

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — M. Debeyre, agrégé, est chargé en outre, du 1er janvier au 31 octobre 1914, des fonctions de chef des travaux d'histologie (Etat).

ÉCOLES DE MÉDECINE. — BESANÇON. — M. Prieur, professeur d'histologie, est nommé directeur, pour trois ans, à partir du 21 février 1914.

— RENNES. — M. Caille, licencié ès sciences, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de chimie.

CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Sont nommés ou renommés membres du conseil de surveillance :

MM. Rousselle, Poirier de Narçay, Adrien Oudin et Varenne, conseillers municipaux; André Lefèvre, député; Henry Poulet, maître des requêtes au Conseil d'Etat; MM. le professeur Landouzy et le docteur Barth; MM. Sartiaux et Honoré, ingénieurs.

LE CONTROLE DES MESURES D'HYGIÈNE DANS L'ARMÉE. — Le ministre de la guerre vient de décider que :

1° Les directeurs du service de santé des corps d'armée pourront, de leur propre initiative, procéder à des visites inopinées des corps de troupes, de manière à s'assurer que l'entraînement des troupes ou leur entretien matériel (nourriture, habillement, couchage, chauffage, casernement, propreté corporelle, etc.) sont conformes aux prescriptions réglementaires et aux règles de l'hygiène;

2° Les directeurs du service de santé s'assureront d'une manière spéciale, et sans délai, des éliminations provisoires ou définitives à faire dans une large mesure dans tous les corps de troupe pour raison de santé;

3° Ces visites inopinées donneront lieu à un compte rendu qui devra rester confidentiel;

4° Les opérations à exécuter seront conduites avec précaution et en tenant compte des nécessités de l'instruction militaire, des possibilités d'ordre administratif données par les règlements et de manière à écarter la naissance d'incidents et de conflits d'attributions, tout en assurant ce service aussi rationnellement que possible.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — MM. le docteur Regnard, membre de l'Académie de médecine, directeur de l'Institut océanographique, et Jean Charcot sont nommés membres d'une commissien chargée d'examiner les propositions de la Commission internationale pour l'exploration scientifique de la mer Méditerranée qui s'est réunie à Rome du 3 au 8 février 1914.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS. — La prochaine séance de la Société de psychiatrie aura lieu le jeudi 19 mars 1914, à neuf heures et demie du matin, à l'asile Sainte-Anne, dans le service de la clinique.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Andouard, professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Nantes, associé national de l'Académie de médecine, et de Cuttoli (de Paillet).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 16 AU 21 MARS 1914

THÈSES

Mercredi 18 mars, à une heure. — M. IMBERT. La valeur pronostique de la cuti-réaction chez les tuberculeux adultes. (MM. Landouzy, président; Pinard, Marfan et Léon Bernard.) — M. MONCEAU. Contribution à l'étude des fistules urinaires de l'ombilic par persistance de la perméabilité de l'ouraque. (MM. Pinard, président; Landouzy, Marfan et Léon Bernard.) — M. GUILLAUMOT. Etude sur les capsules surrénales accessoires incluses dans le parenchyme rénal. (MM. Marfan, président; Landouzy, Pinard et Léon Bernard.)

Samedi 21 mars, à une heure. — Mlle CAESAR. Les accidents de la sérothérapie antidiphtérique et la sérumphobie. (MM. Hutinel, président; Widal, Nobécourt et Tanon.) — M. WILBORTS. Dilatation aiguë du cœur primitive chez l'enfant et asystolie à répétition. (MM. Widal, président; Hutinel, Nobécourt et Tanon.) — M. CAIN. Recherches sur les anémies tuberculeuses. Les réactions de la rate et de la moelle osseuse. (MM. Thoinot, président; Pierre Marie, Chauffard et Roussy.) — M. CHATELIN. La dysostose craniofaciale héréditaire. (MM. Pierre Marie, président; Thoinot, Chauffard et Roussy.) — M. CAILLE. Diagnostic clinique de certaines formes de localisation de l'ulcus de l'estomac et du duodénum. (MM. Chauffard, président; Thoinot, Pierre Marie et Roussy.)

COURS ET CONFÉRENCES

HOPITAL DES ENFANTS MALADES (149, rue de Sèvres). — COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE (fondation de la Ville de Paris). — M. le professeur Kirmisson reprendra son cours de clinique chirurgicale infantile, le mardi 10 mars 1914, à dix heures du matin, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Mardi et samedi, à dix heures : leçons du professeur.

Jeudi, de dix heures à midi : consultations orthopédiques (conférence clinique et examen des malades).

Dans le cours de ce même semestre, MM. Monsaingeon, chef de clinique, Bailleul et Olivier, chefs de clinique adjoints, feront des conférences complémentaires sur la chirurgie infantile.

La date de ces conférences sera fixée ultérieurement.

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS (149, rue de Sèvres). — Le docteur Nobécourt, professeur agrégé, commencera le vendredi 13 mars à dix heures et demie, des conférences sur « les affections gastro-intestinales des nourrissons » et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

ENSEIGNEMENT PRATIQUE DE L'HYDROLOGIE ET DE LA CLIMATOTHÉRAPIE. — ENSEIGNEMENT DE LA CRÉNOTHÉRAPIE. — Les leçons auront lieu à la Faculté de médecine, amphithéâtre Vulpian, à six heures, aux jours indiqués ci-dessous.

Lundi 16 mars, M. Pozzi : Traitement hydro-minéral des maladies des femmes.

Mardi 17 mars, M. Landouzy : Traitement hydro-minéral des affections de l'appareil respiratoire.

Mercredi 18 mars, M. Hutinel : Traitement hydro-minéral des maladies des enfants.

Vendredi 20 mars, M. Landouzy : Traitement hydro-minéral des affections de l'appareil respiratoire.

Samedi 21 mars, M. A. Robin : Traitement hydro-minéral de la goutte et diabète.

CLINIQUE MÉDICALE

ÉTUDES SUR LA PATHOLOGIE DE L'ULCUS

IV

LE SYNDROME ULCÉRO-PYLORIQUE

Par M. ALBERT MATHIEU (*),
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

PRÉAMBULE. — Dans les trois études précédentes (**), nous avons recherché quels sont les rapports de l'évolution de l'ulcus avec les diverses étapes de la vie humaine ; nous avons cherché à déterminer quels caractères particuliers présente l'histoire clinique de l'ulcus dans les premières et les dernières périodes de la vie, chez les jeunes gens et chez les vieillards. Nous nous sommes aussi efforcés de situer l'ulcus dans le temps. Dans les revues qui vont suivre, je chercherai à le situer dans l'espace, je veux dire à reconnaître cliniquement sa localisation topographique.

Les diverses étapes de l'évolution de l'ulcus ne correspondent pas aux diverses poussées paroxystiques qu'il peut présenter au cours de l'existence. Après une série de crises qui ont guéri, une quatrième, une cinquième peut survenir après laquelle la lésion devient permanente, invétérée et incurable. Il ne suffit donc pas de déterminer à quelle époque de l'existence l'ulcus a commencé pour savoir à quelle période de son évolution, à quelle phase de l'évolution ulcéreuse il se trouve. On a ainsi constamment, lorsqu'il s'agit de la localisation de l'ulcus, à résoudre deux problèmes : où siège l'ulcus, et en même temps quel est l'âge anatomique de cet ulcus ? En est-il à une période initiale susceptible de guérison ou à une période terminale à laquelle la guérison n'est plus possible ? Ou encore, s'agit-il de complications, de séquelles de l'ulcus susceptibles de déformer le processus clinique d'une façon très variée ?

LOCALISATION PYLORIQUE ET JUXTAPYLORIQUE. — La base de la localisation clinique de l'ulcus, c'est la connaissance des signes de sa topographie pylorique ou juxtapylorique. C'est par là qu'on a commencé à localiser l'ulcus ; c'est toujours un des points de repère différentiels les plus importants lorsqu'il s'agit d'une localisation en dehors de cette région. Il convient donc tout d'abord de passer rapidement en revue les éléments séméiologiques qui permettent de situer cliniquement l'ulcus, soit au niveau du pylore, soit dans son voisinage dans la *zone pylorique*, et ce terme doit être entendu beaucoup plus dans le sens physiologique que dans le sens anatomique du mot ; dans la zone pylorique, c'est-à-dire dans la région dans laquelle l'ulcus retentit sur le pylore, de telle façon que le processus symptomatique se comporte à peu près de la même façon que si la lésion siégeait au niveau du pylore lui-même. C'est, en somme, reprendre une fois de plus l'histoire du fameux syndrome de Reichmann.

Je ne traiterai pas ici la question dans son ensemble ; je l'ai déjà exposée il y a quelques années (1). Je l'ai prise alors par le côté historique, et j'ai montré comment on avait commencé par délimiter ce que sont les sténoses incomplètes. Hayem a fait voir que ces sténoses incomplètes pyloriques ou semi-pyloriques, souvent mais non toujours d'origine ulcéreuse, expliquaient les faits les plus accentués de gastrorrhée avec rétention tels que les auteurs allemands, et en particulier Reichmann, les avaient décrits. Puis, sont venus ensuite les travaux de Soupault et de Hartmann. Ils ont montré par des constatations faites sur le vivant que, dans une forme plus atténuée, il y a presque toujours un ulcus pylorique ou juxtapylorique en activité dans la séméiologie duquel le spasme joue un rôle primordial. Puis sont venues enfin les publications des Anglo-américains qui, sous prétexte d'étudier l'ulcère duodénal, ont en somme contribué à démontrer que la série commençant par la sténose incomplète, se continuant par le spasme d'origine ulcéreuse, se poursuit encore dans des cas dans lesquels le syndrome est très atténué, dans lesquels il ne subsiste plus guère que de la douleur tardive calmée par l'alimentation.

SUBDIVISIONS DU SYNDROME ULCÉRO-PYLORIQUE. — Je ne reprendrai pas l'histoire complète du syndrome ulcéro-pylorique ; je me contenterai d'indiquer, plus nettement encore qu'on ne l'a fait antérieurement, la nécessité non pas de le démembrer, mais d'y établir des subdivisions.

Le travail de revision, que je vais entreprendre, me paraît opportun. Les schémas tracés antérieurement conservent toute leur valeur ; mais cependant, il a été nécessaire d'y faire un certain nombre de retouches. Comme il arrive souvent en cas semblable, lorsqu'un nouveau type clinique est créé, on s'est occupé de l'étude des faits incomplets, des faits de transition, et actuellement, ceux qui ne sont pas suffisamment au courant de l'ensemble de la question pourraient se demander s'il reste quelque chose de bien solide et de bien précis de ces tentatives de localisation pylorique et juxtapylorique. Il importe que le doute ne s'établisse pas dans l'esprit des médecins. Ils doivent se rendre compte que, ici comme très souvent en médecine, nous devons considérer les grands syndromes comme des points de repère, des jalons au milieu de la série ininterrompue de faits très complexes. Ces poteaux indicateurs nous servent à comprendre l'ensemble des faits sans que l'on puisse exiger que chacun des cas pris en particulier se superpose d'une façon nette, précise, sans bavure, à l'un des schémas symptomatiques, pris comme types de description.

Si l'on considère le syndrome ulcéro-pylorique

(*) Conférence faite le 29 janvier 1914 à l'hôpital Saint-Antoine. (Compte rendu sténographique revu par l'auteur.)

(**) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 8, p. 117; n° 14, p. 213, et n° 21, p. 325.

(1) A. MATHIEU. *Pathologie gastro-intestinale. Ulcus et cancer de l'estomac*, 1908, p. 64.

dans son ensemble, on n'y trouve malgré la complexité des faits qu'un nombre de symptômes relativement peu nombreux : la *douleur*, l'*hyperchlorhydrie* qui existent tout au moins dans les cas typiques, l'*hypersécrétion* liée le plus souvent à l'hyperchlorhydrie et la *stase* qui est elle-même liée à l'hypersécrétion, car il n'y a pas de stase sans qu'il y ait dans une certaine mesure hypersécrétion, tandis qu'il peut y avoir probablement hypersécrétion sans qu'il y ait rétention.

Je ne parle ni des vomissements qui sont en quelque sorte un phénomène secondaire et qui ne rentrent qu'accessoirement dans les éléments du syndrome, ni des hémorragies, malgré l'importance séméiologique de leur apparition.

Quels sont les groupements de ces symptômes primaires susceptibles de constituer des syndromes secondaires et d'augmenter le nombre des points de repère dont nous disposons pour la classification, la compréhension et l'interprétation clinique des faits si complexes de la série clinique qui correspond au syndrome ulcéro-pylorique ?

Il faut distinguer :

1° Des cas dans lesquels la stase déborde l'hypersécrétion ;

2° Une série de faits dans lesquels l'hypersécrétion déborde la stase ;

3° Enfin, à la partie inférieure de l'échelle, les faits dans lesquels le phénomène prédominant est la douleur tardive. Et cette douleur peut coexister avec de l'hypersécrétion et avec un certain degré de rétention ; mais elle peut se montrer aussi sans que l'on puisse démontrer l'hypersécrétion, ne serait-ce que parce qu'il n'existe point de rétention.

I. *La stase déborde l'hypersécrétion.* — Dans le premier groupe, lorsque la stase déborde l'hypersécrétion, c'est qu'en général il existe une sténose incomplète d'origine mécanique qui, dans les cas qui nous intéressent, est d'origine ulcéreuse. Toutefois le même syndrome peut s'observer sous l'influence d'un rétrécissement non ulcéreux, d'origine biliaire, par exemple. Quoi qu'il en soit, dans ces cas, la stase est très nette ; il existe beaucoup de liquide dans l'estomac le matin à jeun et dans ce liquide se trouvent des détritus alimentaires facilement reconnaissables, et quelquefois des détritus d'aliments ingérés la veille ou l'avant-veille et que le malade peut lui-même signaler dan ses vomissements. Ce sont donc des faits de sténose, de sténose incomplète ; mais ici, comme dans la série suivante, on note la douleur tardive calmée par l'ingestion des aliments et mieux encore par le bicarbonate de soude, les crises paroxystiques et l'hypersécrétion. Le spasme douloureux intervient donc, dans une mesure variable à côté du rétrécissement mécanique, lésionnel.

II. *L'hypersécrétion déborde la stase.* — Dans la seconde catégorie de faits, l'hypersécrétion déborde la stase, c'est-à-dire qu'il y a encore du liquide le matin à jeun dans une assez large mesure. Vous trouverez au delà de 50, 100, 150, 200 centimètres cubes et plus d'un liquide dans lequel il y a relativement peu de détritus alimentaires, mais les détritus alimentaires sont encore visibles à l'œil nu. Ils se déposent dans le fond d'une éprouvette en une couche sédimentaire. Dans ces cas-là, il est bien évident, rien que par le simple examen à l'œil nu, qu'il y a là un élément prédominant d'hypersécrétion avec hyperchlorhydrie, qui déborde beaucoup l'élément stase. Toutefois, la rétention existe ici encore d'une manière très nette qu'il est facile d'apprécier. Dans cette seconde série, se constatent aussi des douleurs tardives calmées par l'ingestion des aliments et, plus encore que dans la première, des crises qui tendent à évoluer par périodes paroxystiques plus ou moins éloignées, plus ou moins nettement séparées par des périodes durant lesquelles l'accalmie peut être totale.

III. *La douleur est le symptôme principal.* — Au degré inférieur de l'échelle du syndrome ulcéro-pylorique, c'est la douleur qui prédomine, *douleur tardive* très nette avec ses caractères habituels, et quelquefois encore un peu de liquide à jeun, mais en quantité faible. Il peut se faire que ce liquide ne se trouve pas dans certains cas ou à certains jours dans un cas donné. Il peut se faire que vous ne puissiez pas parfois démontrer l'existence de l'hypersécrétion, non seulement par l'examen extérieur du malade, mais même par le passage de la sonde.

Dans ces cas, la douleur est le fait prédominant sinon le fait exclusif. C'est cette catégorie qu'ont étudiée surtout les auteurs anglo-américains et à laquelle doivent certainement être rattachés des faits comme ceux qu'ont publiés récemment MM. Enriquez et Durand, sous le nom de sténose pylorique à type gastralgique (1).

Vous voyez en somme que, en dehors de la douleur, que je laisse de côté et sur laquelle je reviendrai ultérieurement, il existe deux éléments importants : l'élément stase et l'élément hypersécrétion dont il y a lieu de mesurer l'importance relative.

L'HYPERSÉCRÉTION. — Je ne m'attarde pas à vous rappeler comment se caractérise la stase par la recherche de détritus d'aliments spontanément ingérés par le malade ou par la recherche de détritus d'aliments qu'on lui a fait prendre la veille d'un repas d'épreuve tels que carottes, myrtilles, raisin de Corinthe, pruneaux, etc., toutes substances dont les débris sont faciles à retrouver et à reconnaître le lendemain lorsqu'on extrait le contenu de l'estomac par la sonde. Je n'insisterai même pas sur les faits dans lesquels ce retard d'élimination, cette rétention, n'est plus caractérisé que par des détritus alimentaires qu'on ne peut caractériser que par l'examen microscopique. Nous savons maintenant que cette stase minima se trouve surtout lorsqu'il existe un ulcus pylorique ou juxtapylorique relativement peu avancé dans son évolution et dans lequel l'élément spasme, douleur et hypersécrétion, l'emporte sur la stase d'origine mécanique.

Il y a longtemps que la détermination de l'hypersé-

(1) ENRIQUEZ et DURAND. Les sténoses pyloriques frustes à forme gastralgique. *Soc. méd. des hôpit.*, 23 mai 1913.

crétion intrigue les auteurs et il s'est dépensé une somme considérable d'ingéniosité dans la recherche des moyens de la reconnaître, de la qualifier et de la mesurer. Reichmann faisait le lavage de l'estomac le soir et recherchait, par le passage de la sonde, le lendemain matin, s'il existait du liquide dans l'estomac, attribuant à la sécrétion spontanée de l'estomac la quantité de liquide chlorhydro-peptique qu'il pouvait y rencontrer. D'autres ont comparé la quantité de détritus alimentaires ou d'origine alimentaire avec la quantité de liquide sécrété; d'autres, comme Boas, ont donné des repas d'épreuve secs. D'autres encore, comme Carnot, ont fait faire un simili-repas. Ils ont fait mâcher de la viande au malade sans la lui laisser avaler et sont allés rechercher dans son estomac quelle était la quantité de suc gastrique, admettant que ce n'était que dans des cas pathologiques qu'il pouvait, dans ces conditions, y avoir une sécrétion un peu considérable. C'est ainsi que nous trouvons de temps en temps des malades qui ont de la sécrétion sous l'influence de la faim. Vous les examinez le matin à jeun, leur estomac est vide; vous les examinez vers onze heures du matin, alors qu'ils commencent à éprouver de l'appétit et vous trouvez dans l'estomac une certaine quantité de liquide : c'est, je crois, un signe d'hypersécrétion.

J'ai essayé, autrefois, avec Rémond (de Metz), puis avec Hallot, de caractériser l'hypersécrétion par des moyens permettant de mesurer le volume du liquide présent dans l'estomac et de déterminer dans quelle mesure. Ce liquide représente, soit le liquide ingéré au moment du repas, soit le liquide de sécrétion surajouté. Vous savez que ces procédés ont été perfectionnés ici par J.-Ch. Roux et Laboulais, et qu'ils ont été imités par une série d'autres auteurs.

Importance du coefficient de concentration. — Je n'insiste pas. Je veux simplement, aujourd'hui, montrer toute l'importance que présente, au point de vue de la détermination de l'hypersécrétion et de ses rapports avec la stase, le procédé inventé par Winter pour mesurer le coefficient de concentration du suc gastrique. Winter s'est occupé d'abord de chercher par la cryoscopie quelle pourrait être la variation de condensation moléculaire du suc gastrique. Il a renoncé à ce procédé qui a, depuis, donné à Lœper, des résultats très intéressants. Winter a découvert depuis une méthode très simple de mensuration de la concentration du suc gastrique, dont les recherches de Hayem et Lion ont fait entrevoir toute la valeur clinique. Nous l'employons ici depuis plusieurs années.

Au moment du repas d'épreuve, Winter ajoute au repas d'Ewald dix grammes de sucre. Après extraction, on recherche dans une petite quantité du liquide gastrique extrait quelle est la proportion du résidu solide par gramme de suc gastrique filtré. Il suffit pour cela de peser le résidu sec, après dessiccation, dans une quantité donnée de liquide stomacal. Au début de la digestion, la concentration est de 0,10, ce qui veut dire 10 centigrammes de résidu par gramme de suc gastrique. Lorsqu'au bout d'une heure vous extrayez le repas d'épreuve ordinaire, la concentration est devenue à peu près 0,05. C'est là le chiffre normal. A la fin, lorsque le contenu de l'estomac a été évacué presque complètement et qu'il ne reste qu'une quantité minime de détritus alimentaires, la concentration tend à baisser de plus en plus et à se rapprocher d'un chiffre que Winter a démontré représenter la concentration du suc gastrique pur, c'est-à-dire de 0,012. Nous avons là un moyen de juger s'il existe dans l'estomac des éléments résiduels ou, au contraire, du liquide de sécrétion sans éléments résiduels. Il permet aussi de reconnaître à quelle phase de son évolution en est arrivé la digestion. Si vous trouvez dans l'estomac, le matin à jeun, ou à un moment éloigné du repas d'épreuve, un liquide dont la concentration dépasse 0,012, c'est qu'il y a rétention, même si on ne constate pas de détritus alimentaires appréciables. Il s'agit là, suivant l'expression de M. Hayem, d'un *liquide résiduel*. Ce liquide résiduel marque la limite reconnaissable de la rétention alimentaire dans l'estomac.

Dans un certain nombre d'autres cas, on trouve, dans les mêmes conditions, un liquide dont le coefficient de concentration est un peu inférieur au coefficient de concentration du suc gastrique pur, 0,010 par exemple. Eh bien! alors il s'agit de liquide de sécrétion pure. Lorsque la sécrétion se poursuit d'une façon prolongée, on peut dire avec Hayem qu'il y a *gastrochronorrhée.* Elle indique surtout un état d'excitation sécrétoire de la muqueuse dont l'état anatomique permet de produire, d'une façon exagérée, après la digestion, un suc gastrique presque pur. C'est une présomption d'ulcus. Ce n'en est pas une démonstration absolue.

Valeur de l'examen radioscopique dans le diagnostic de l'ulcus. — J'ai hâte maintenant d'exposer quels sont actuellement, à mon avis, les renseignements réellement utiles que peut fournir l'examen radioscopique pour le diagnostic de l'ulcus.

Lorsque je suis venu à l'hôpital Saint-Antoine, il y a huit ans, j'ai trouvé mon ami et collègue Béclère s'occupant déjà depuis longtemps de radioscopie gastrique. Il a bien voulu m'offrir d'examiner mes malades gastropathes, et, depuis cette époque, j'ai continué à être son élève et dans une certaine mesure son collaborateur. Ceci me permet peut-être d'avoir des idées personnelles sur ce que peut donner la radiologie au point de vue du diagnostic de l'ulcus, et m'autorise, je crois, à chercher à dégager à côté des données positives et certaines celles qui sont encore incertaines et problématiques.

Je reviendrai à plusieurs reprises, à propos du diagnostic des localisations de l'ulcus, de sa localisation duodénale, de sa localisation à la petite courbure, sur l'appoint important que l'examen radioscopique peut fournir au diagnostic de l'ulcus et de sa topographie; mais il est bon, je pense, pour commencer, d'indiquer dès le début quels sont les éléments radiologiques élémentaires, dont il sera possible de faire état au cours de ces revues successives. En général, disons-le tout de suite, ils valent

non par leur isolement, mais par leur combinaison et il existe de véritables *syndromes radiologiques*.

Tout d'abord, il ne faut pas oublier que l'estomac des malades atteints d'ulcus existait déjà avant que cette lésion se produisît. Il présentait des formes différentes que l'on peut ranger d'après les schémas de Schlesinger en quatre catégories :

Le *type hypertonique*, dont le pôle inférieur n'atteint pas la ligne ombilicale, estomac petit, estomac en corne de bœuf, comme dit Holzknecht, estomac qui se vide avec une rapidité plus grande que les autres types d'estomac;

Le *type orthotonique*, estomac normal dont le pôle inférieur descend un peu au-dessus des crêtes iliaques, au voisinage de l'ombilic;

L'*estomac hypotonique*, dans lequel la descente du pôle inférieur est plus accentuée, il atteint et dépasse les crêtes iliaques et se rapproche de la ligne du détroit supérieur.

L'*estomac atonique* descend plus bas encore; il atteint souvent et même dépasse le détroit supérieur du bassin.

Dans ces différents types, le liquide s'élève plus ou moins dans l'estomac suivant l'état de tonicité de ses parois musculaires. Ainsi, le liquide ingéré tend à baisser à mesure que l'on passe du premier type au quatrième; c'est dans ce dernier qu'il s'élève le moins haut. Il existe en même temps cette espèce de déformation qui n'est qu'une fausse biloculation si souvent rencontrée sur les estomacs ptosés, ou pour mieux dire allongés (Béclère). Supposez qu'un ulcus se développe au voisinage du pylore sur un estomac atonique; il est probable qu'il n'aura pas sur l'écran le même aspect que si l'ulcus s'était développé dans un estomac de la première catégorie, dans un estomac hypertonique. La tendance à la dilatation et à la rétention sera certainement alors beaucoup plus grande.

Il faut donc tenir compte, dans tous ces examens, de la variété tonique et morphologique à laquelle appartient l'estomac.

Des phénomènes importants, ce sont les *mouvements péristaltiques* qui peuvent être normaux, mais qui sont souvent exagérés lorsqu'il existe soit un certain degré de sténose, soit un certain degré de spasme du pylore au moment où l'examen est fait. Dans un certain nombre de cas, ce n'est plus seulement un péristaltisme exagéré, c'est une véritable segmentation de l'image, comme il est indiqué dans la figure 3.

Puis, il est d'un intérêt essentiel de rechercher comment se fait l'évacuation du contenu de l'estomac. L'évacuation immédiate au moment même de l'ingestion du lait de bismuth est moins importante que l'évacuation tardive. Celle-ci ne s'apprécie bien qu'avec un repas bismuthé à la façon de Rieder, c'est-à-dire avec une certaine quantité de bismuth, 60 grammes par exemple, donnée dans une bouillie ou une purée de pommes de terre. On est d'accord actuellement pour admettre qu'une pâtée de ce genre doit normalement être évacuée au bout de trois heures. Quelquefois, chez certaines personnes, qu'on ne peut pas du reste considérer comme anormales, il peut y avoir un retard certain, de telle sorte qu'on a pris comme point de repère habituel l'évacuation au bout de six heures. On considère que, lorsqu'il y a présence d'une certaine quantité de bismuth dans l'estomac au delà de six heures, il y a rétention, et par conséquent, un certain degré de stase. A plus forte raison doit-on admettre qu'il y a rétention lorsque cette stase est constatée le matin à jeun, le lendemain d'un repas d'épreuve fait dans la matinée.

L'examen radioscopique fournit relativement peu de renseignements relativement à l'*hypersécrétion*. Cependant, il arrive que, dans un certain nombre de cas, on puisse à l'examen à jeun constater le matin une certaine quantité de liquide. Quand la rétention est un peu importante, les moyens ordinaires d'exploration suffisent en général pour la caractériser; mais il arrive assez souvent qu'on trouve qu'un estomac non dilaté renferme une petite quantité de liquide dont le niveau est visible à sa partie supérieure. Cela indique bien plutôt une tendance à l'hypersécrétion que de la rétention. On met facilement cette rétention modérée en évidence en faisant, avec Leven et Barret, ingérer une certaine quantité de poudre de bismuth additionnée de lycopode qui vient surnager à la surface du liquide.

On a tendance, en Allemagne, à admettre aussi que l'hypersécrétion peut être dans une certaine mesure indiquée au moment de l'examen radioscopique. Il se produit ce que Schlesinger a appelé la *couche intermédiaire*. Vous donnez une quantité ordinaire de lait de bismuth à un malade; au bout de peu de temps, il semble qu'il y ait dans l'estomac une quantité de liquide plus considérable que celle que vous aviez fait ingérer, et le bismuth se précipite vers la partie inférieure de l'estomac. Il existe alors au-dessous de la surface libre du liquide une zone plus claire, c'est la couche intermédiaire. Sa formation indiquerait d'autant plus une hypersécrétion gastrique qu'elle serait plus considérable et son apparition plus rapide.

Un élément très important au point de vue de l'examen radioscopique de l'estomac, c'est la *constatation et la localisation de la douleur*. On peut du reste distinguer des cas où la douleur est gastrique, et correspond exactement aux parois stomacales et des cas où elle est située en dehors de l'estomac. C'est ainsi qu'il est assez fréquent de provoquer une douleur correspondant au plexus solaire. Elle est située sur la ligne médiane, au niveau de la partie moyenne de la région épigastrique à droite de la petite courbure. Elle est indépendante du siège du pylore.

Je reviendrai ultérieurement sur l'importance de la démonstration de l'hyperesthésie du plexus, au point de vue de la compréhension de ce qui se passe au cours de l'ulcus.

L'examen radioscopique permet de reconnaître quelle est la *mobilité de l'estomac*, de reconnaître si l'estomac est fixé par des adhérences ou s'il est mobile. C'est naturellement pour le pylore que cette recherche donne les résultats les plus précis. Nous aurons l'occasion de parler plus tard de la *tache diverticulaire de Haudek* lorsque nous étudierons la

biloculation due à une sténose mésogastrique. Je n'y insiste donc pas pour le moment.

On peut constater des déformations différentes de celles qui correspondent à la sténose mésogastrique, en particulier la *déformation en escargot* signalée par Schmieden dans l'ulcus invétéré de la petite courbure. Je ne m'y arrête pas non plus, car j'aurai l'occasion d'y revenir plus tard à propos de l'étude de l'ulcus de la petite courbure de l'estomac.

Je terminerai en vous disant que dans ces derniers temps un auteur allemand, Röpke (1), a eu l'idée d'examiner l'estomac simplement distendu. Il a publié un travail intéressant montrant que l'insufflation de l'estomac peut permettre parfois de faire le diagnostic de l'ulcus, de certaines déformations ulcéreuses tout au moins, mieux que ne le fait l'examen de l'estomac après ingestion du bismuth.

Nous aurons l'occasion à propos de l'ulcus du duodénum, de l'ulcus de la petite courbure et de la sténose mésogastrique de revenir sur les diverses variétés de syndromes radioscopiques fournis par l'estomac ulcéreux.

Auparavant, je demande à présenter un certain nombre de remarques générales sur la valeur clinique des constatations faites sur l'écran radioscopique.

Tout d'abord, nous l'avons vu, il faut tenir compte des variations individuelles préalables de la conformation de l'estomac. Il faut, autant que possible, chercher à déterminer ce qui, dans la conformation de l'estomac, était préalable et ce qui est consécutif à l'ulcus. Il faut bien savoir aussi qu'il y a des variations temporaires chez le même malade, et vous ne trouverez pas toujours pour le même estomac la même forme, la même silhouette suivant que vous l'examinerez à des périodes différentes, suivant, en particulier, qu'il sera à l'état de crise ou d'accalmie. La différence est, en particulier, très marquée lorsqu'il s'agit de l'ulcus pylorique ou juxtapylorique.

Il y a donc souvent un intérêt très grand à faire des examens répétés, successifs, de façon à ne pas juger trop vite d'après une première constatation. Cela est vrai surtout lorsqu'il s'agit des points douloureux. Les points douloureux de l'estomac n'ont de valeur que lorsqu'ils sont persistants, lorsqu'on les retrouve d'une façon permanente au même endroit à des séances d'examen différentes. Si vous ne faisiez pas cette réserve, vous vous exposeriez à admettre avec une facilité trop grande, d'après la simple localisation de ces points douloureux, qu'il existe un ulcus pylorique ou un ulcus de la petite courbure qui n'existent pas en réalité.

Radiologie de l'ulcus pylorique et juxtapylorique. — J'en viens maintenant, cet exposé préliminaire étant fait, à rechercher quels sont les syndromes radiologiques qui correspondent à l'ulcus pylorique ou juxtapylorique de l'estomac. Dans quelle mesure peuvent-ils se superposer aux syndromes cliniques que nous connaissons déjà et permettre d'être plus affirmatif dans le diagnostic des localisations de l'ulcus dans la zone pylorique?

Tout d'abord il faut bien dire qu'il y a un certain nombre de cas dans lesquels un ulcus pylorique ne donne aucun syndrome radioscopique. Il peut se faire que vous ne trouviez absolument rien de caractéristique. Il pourrait se faire aussi, surtout dans les faits les plus atténués de l'échelle des syndromes ulcéro-pyloriques qu'en jugeant trop rapidement, d'après un seul examen, vous croyiez pouvoir diagnostiquer et localiser au pylore un ulcus qui n'existe pas ou qui siège en dehors de la zone pylorique. Cette erreur, vous aurez davantage chance de l'éviter si vous avez soin de faire varier les conditions dans lesquelles cet examen sera fait à des jours différents, en période de crise.

Il existe cependant des syndromes radiologiques de l'estomac qui correspondent assez exactement aux trois groupes de syndromes cliniques exposés plus haut : syndrome dans lequel prédomine la stase, syndrome dans lequel prédomine l'hypersécrétion, syndrome dans lequel prédomine la douleur à type tardif, qu'il y ait un certain degré d'hypersécrétion, ou que cette hypersécrétion fasse défaut.

Les deux premiers groupes, en particulier, sont nettement dessinés.

Quelquefois, quand la stase l'emporte nettement sur l'hypersécrétion, le diagnostic différentiel de la stase se fait immédiatement à l'examen sous l'écran. Le malade n'a pas plutôt ingéré un verre de lait de bismuth que vous êtes fixés, non pas sur la cause de sa grande dilatation et de la sténose, mais sur l'existence de cette sténose elle-même. Voici un dessin représentant la cuvette, le large cul-de-sac qui se produit souvent en cas semblable (fig. 1). Le bismuth

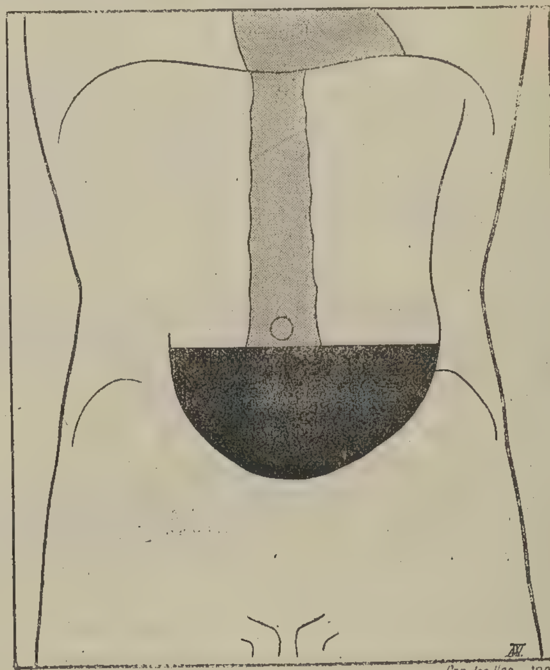


Fig. 1.

se rassemble à la partie inférieure de l'estomac dilaté de façon à donner cet aspect de cuvette parce que le liquide n'est pas en quantité suffisante pour remplir l'estomac tout entier. Remarquez que le

(1) Röpke. *Mitteil. aus den Grenzgeb. der Mediz. u. Chirurg.*, p. 367, 1913.

pylore est très dévié sur la droite. Cette grande dilatation, cette déviation du pylore sur la droite se produit dans les cas où la sténose s'est établie lentement, où la dilatation s'est faite progressivement. Elle peut donc se rencontrer, très bien, dans les cas de sténose pylorique progressive d'origine cicatricielle et ulcéreuse.

Quelquefois, vous apercevrez au moment de l'examen, et ceci est tout à fait caractéristique de la sténose pylorique, des contractions péristaltiques exagérées représentées sur la figure 2. Ce qui est plus caractéristique encore, c'est que ces contractions marchent du pylore vers le cardia et soient, par conséquent, antipéristaltiques.

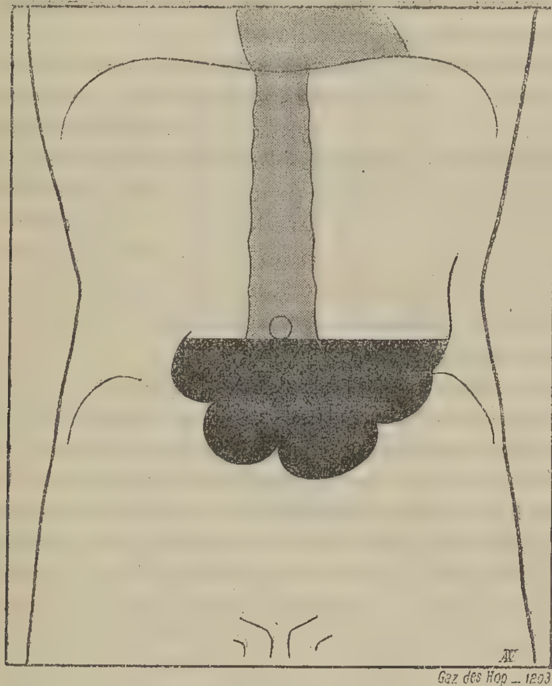


Fig. 2.

Il convient du reste de déclarer que les figures 1 et 2 correspondent beaucoup plutôt à des cas de sténose serrée, qu'à des cas de sténose incomplète. Elles indiquent le type de grande stase vers lequel celles-ci évoluent. Il ne faut donc pas ici leur attribuer une valeur absolue.

Supposez un estomac appartenant au même type, mais un peu moins dilaté, il se trouve rempli presque complètement grâce à une quantité suffisante de préparation bismuthée. Les contractions peuvent, ici aussi, être très exagérées, péristaltiques ou antipéristaltiques.

Le grand avantage de l'examen radioscopique pratiqué après lavage préalable de l'estomac sera, dans les cas de ce genre, de ne montrer aucune déformation lacunaire de l'image due à une production néoplasique.

Dans la seconde catégorie de faits, dans lesquels l'hypersécrétion l'emporte nettement sur la stase, vous trouverez, assez souvent, un estomac plus ou moins allongé, dilaté à sa partie inférieure, mais beaucoup moins que dans les cas précédents, avec une certaine quantité de liquide à jeun, pendant les périodes de crise. Vous constaterez un résidu de bismuth moins marqué que dans le cas précédent, mais encore cependant appréciable, tout au moins six heures après la prise d'un repas bismuthé, et vous verrez souvent se produire des contractions péristaltiques exagérées semblables à celles qui sont dessinées sur la figure 3. Chose importante, vous ne verrez pas d'évacuation par le pylore. Ces contractions péristaltiques exagérées sans évacuation par le pylore ont une importance très grande dans ces conditions pour juger de l'existence d'une sténose incomplète du pylore due, assez souvent, beaucoup plus au spasme qu'au rétrécissement matériel, ainsi que peuvent le démontrer l'action de l'atropine dans les variations spontanées de la rétention.

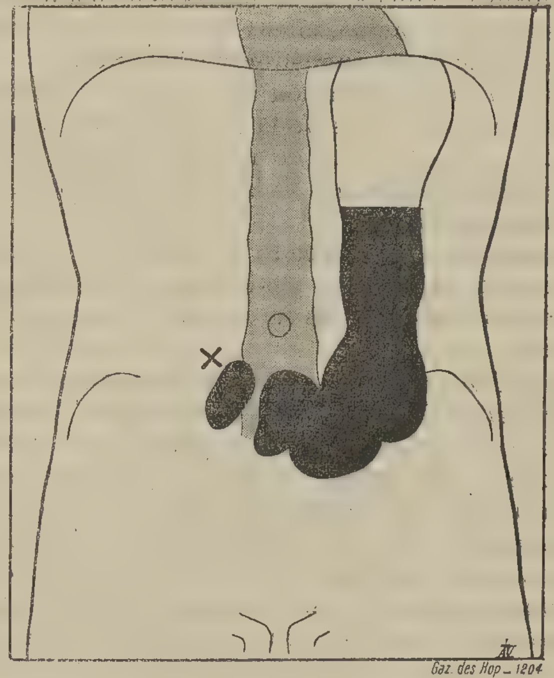


Fig. 3.

Dans ces cas, il existe un ulcus pylorique ou juxtapylorique en activité qui provoque un spasme réflexe. Cet ulcus peut être récent ou déjà ancien. Il peut y avoir, en cas semblable, un certain degré de sténose matérielle. Il existe du reste des faits intermédiaires très nombreux et très différents entre la première variété et la seconde, de même qu'il en existe entre la seconde et la troisième.

Dans la troisième variété, dans laquelle la douleur tardive est le symptôme prédominant, l'embarras peut être grand. Je n'y insiste pas aujourd'hui parce qu'il se poserait prématurément la question du diagnostic différentiel entre l'ulcus pylorique et juxtapylorique et l'ulcus duodénal, j'y reviendrai plus tard.

Douleur du plexus solaire. — Dans tous les cas d'ulcus en période de crise, on constate toujours une douleur située très haut, au-dessus de l'ombilic, au milieu de la région épigastrique, en dedans de la petite courbure ; elle correspond au plexus solaire hyperesthésié.

La radioscopie a fourni un argument très important pour démontrer l'existence de ce qu'avait avancé J.-Ch. Roux, lorsqu'il a dit : la douleur au point

épigastrique dépend du plexus solaire. Nous n'avons maintenant, grâce à la radioscopie, aucune difficulté à différencier cette douleur de la douleur correspondant à une lésion des parois mêmes de l'estomac. Cette douleur est très constante ; c'est celle qui le plus souvent disparaît en dernière ligne. Elle a une importance considérable parce qu'elle montre l'intervention d'un élément nerveux extérieur à l'estomac qui joue certainement un rôle pour déformer les manifestations qui appartiennent à l'ulcus lui-même, pour les faire survivre à l'ulcus et pour rendre souvent le jugement médical extrêmement difficile lorsqu'il s'agit de décider ce qui appartient à l'ulcus, ce qui n'est pas l'ulcus et ce qui n'est plus l'ulcus.

ACTUALITÉS

LES INJECTIONS HYPODERMIQUES PURGATIVES

Les purgatifs, les lavements et les saignées ne constituent plus, comme jadis, les principales et presque les seules ressources de la thérapeutique. Mais, malgré les critiques très vives que l'on a pu faire à propos de l'emploi de la purgation, celle-ci reste toujours indiquée et même indispensable dans beaucoup de cas ; malheureusement, pour un très grand nombre de malades, c'est avec une grande répugnance que sont ingérés le sulfate de soude et l'huile de ricin ; d'autres malades vomissent facilement les purgatifs. Aussi, depuis longtemps, a-t-on songé à utiliser d'autres voies pour introduire les médicaments purgatifs dans l'organisme et Orfila avait conseillé les frictions sur l'abdomen avec de l'huile de croton. Cette méthode fut peu employée, tandis que les injections sous-cutanées purgatives, préconisées en 1874 par Luton, eurent, à cette époque, quelques partisans. Luton cite le cas d'un homme habituellement constipé qui avait été purgé plusieurs fois sans succès ; une injection de 10 centigrammes de sulfate de magnésie donna « deux belles garde-robes ». Luton admet que l'impression tactile très superficielle exercée sur la muqueuse intestinale par de très petites doses d'une substance purgative apportée par la circulation est peut-être de nature à stimuler l'intestin dans le sens d'une purgation avec plus d'efficacité que des doses massives et produisant une irritation d'un autre genre. Armaingault ayant à purger une dame qui vomissait tous les purgatifs essaya les injections sous-cutanées de sulfate de magnésie à la dose de 5 centigrammes pour 10 grammes d'eau distilllée et obtint une purgation très sérieuse. Sur 60 malades auxquels il appliqua ce traitement avec des doses variant de 0g05 à 0g15 de sulfate de magnésie, il réussit à obtenir l'effet purgatif chez 40 à 45 sujets. En Allemagne, Fronmüller purgea des malades en leur injectant sous la peau des solutions d'aloès. Depuis ces premiers essais divers auteurs publièrent les résultats de leur pratique ; mais ce mode d'emploi des purgatifs resta peu connu.

Quelques communications récentes vont peut-être tirer de l'oubli les injections hypodermiques purgatives. En 1912, le professeur Albert Robin et M. Sourdel (1) relatent plusieurs observations de malades chez lesquels ils ont utilisé ces injections ; leur élève Gaillard (2) fait sa thèse sur ce sujet. Puis, c'est une thèse de Bion (1) sur l'hormone péristaltique ; ce sont les recherches expérimentales et les études cliniques de Carnot et Glénard (2) ; c'est la thèse de Braillon (3) inspirée par Carnot et Glénard, travail très complet, très documenté auquel nous empruntons les éléments de cette actualité.

L'expérience sur l'animal et la clinique montrent que, même en solutions étendues et à faibles doses, les purgatifs absorbés par voie sanguine ou sous-cutanée agissent sur l'intestin. On trouvera dans la thèse de Braillon toute une étude expérimentale des injections hypodermiques purgatives chez le chien et le lapin ; Braillon a recherché la toxicité de ces purgatifs, les réactions locales et générales que pouvaient provoquer les doses croissantes des différentes solutions ou infusions ; sur des anses d'intestin grêle, anses séparées du corps de l'animal et mises dans des conditions spéciales de survie d'après la technique de Carnot et Glénard, il a noté l'effet produit sur l'intestin par les différents purgatifs introduits en injections dans l'artère mésentérique.

Tous les purgatifs ne peuvent pas être employés en injections ; pour les uns, il faudrait de trop fortes doses ; d'autres, comme la fleur de soufre, ne sont solubles que dans des liquides toxiques ; l'huile de croton est analogue à certaines substances pyogènes et provoquerait la formation d'un abcès ; la ricine est très toxique en injection intraveineuse comme en injection sous-cutanée. Braillon a injecté aux lapins et aux chiens les purgatifs suivants : sels de soude (sulfate et citrate), sulfate de magnésie, séné, bourdaine, cascara, rhubarbe, aloès, phénolphtaléine.

Pour les sels de soude, Braillon injecte, aux doses de 10 et de 20 centimètres cubes, des solutions au dixième et au cinquième dans de l'eau distillée bouillie et stérilisée. Les injections de sulfate de soude sont peu douloureuses ; cependant la région intéressée reste sensible à la pression pendant un jour ou deux ; elles laissent à leur suite de l'induration et entraînent même, dans certains cas, la production d'escarres ; ce sel amène chez l'animal des selles plus abondantes, plus rapprochées, mais jamais liquides. La solution de citrate de soude injectée sous la peau est excessivement douloureuse ; aussitôt l'injection faite, l'animal gémit, aboie plaintivement, lèche l'endroit de la piqûre ; le citrate de soude ne peut donc être employé, malgré qu'il donne de bons résultats au point de vue purgatif. Le sulfate de magnésie (solution à 20 p. 100) n'a déterminé aucun effet purgatif ; au contraire, il a constipé les animaux en expérience et amené une diminution parfois considérable du poids des matières.

Les infusions de séné (10 p. 100) ne sont pas douloureuses et sont absorbées très rapidement après l'injection sans provoquer aucune réaction locale ni générale ; les selles du lapin sont, dans les heures qui suivent, plus molles et plus abondantes qu'à l'ordinaire. Chez le chien, on n'obtient aucun résultat. Avec la rhubarbe, le cascara et la bourdaine, mêmes effets, c'est-à-dire chez le lapin pas de véritable purgation, mais changements dans la consistance et le poids des matières.

L'aloès (injection de 10 à 20 centimètres cubes d'une solution à 4 p. 100) est toxique pour le lapin ; le chien paraît bien supporter cette injection qui est suivie d'effets purgatifs nets. La phénolphtaléine chez le lapin n'amène pas de selles liquides mais une augmentation en poids et une consistance plus molle des fèces ; chez le chien porteur d'une fistule intes-

(1) A. Robin et M. Sourdel. L'effet purgatif des injections hypodermiques de sulfate de magnésie, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 14 juin 1912.

(2) Gaillard. *De la Valeur du sulfate de magnésie en thérapeutique. Ses propriétés purgatives en injections hypodermiques*, Th. de Paris, 1911-1912.

(1) Bion. *Contribution à l'étude de l'hormone péristaltique*, Th. de Paris, 1911-1912.

(2) Carnot. Sur les injections sous-cutanées de purgatifs, *Soc. méd. des hôpit.*, 14 juin 1912 ; — Les injections sous-cutanées de purgatifs, *Paris méd.*, 29 juin 1912. — Carnot et Glénard. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1912, nos 12, 15, 17, etc.

(3) Braillon. *Contribution à l'étude des injections hypodermiques purgatives*, Th. de Paris, 1911-1912.

tinale, on constate des effets purgatifs bien marqués et une augmentation de la sécrétion intestinale.

L'action de toutes ces substances purgatives sur le péristaltisme et la sécrétion de l'intestin a été ensuite étudiée par Carnot et Glénard, Braillon, en expérimentant sur des anses intestinales en survie d'après la technique de Carnot et Glénard (perfusion intestinale). Un lapin étant sacrifié, on tire en dehors et on résèque une anse de l'intestin grêle, aux deux extrémités de laquelle on introduit des canules pour recueillir le liquide intestinal évacué ; l'anse est placée dans une étuve plate maintenue à 39 degrés et contenant du liquide de Ringer-Locke oxygéné (1) ; on peut ainsi entretenir pendant quelques heures la vie de cette anse intestinale qui continue à présenter de légers mouvements péristaltiques. Si alors on fait passer à travers les artères et les veines mésentériques de cette anse le liquide de Ringer-Locke à la température de 39 degrés, les contractions péristaltiques deviennent plus amples et continues. Pour étudier l'action des purgatifs sur l'intestin, il suffit d'ajouter ces substances purgatives au liquide de Ringer-Locke ; le purgatif passe avec le Ringer par les artères mésentériques et vient influencer soit la motricité, soit la sécrétion de l'anse intestinale isolée ou même les deux à la fois.

Le sulfate de soude, ajouté au liquide perfuseur à faibles doses et à une dilution de 1 p. 10000, produit aussitôt une exagération manifeste du péristaltisme intestinal; si on augmente le taux de la solution, les mouvements péristaltiques deviennent plus énergiques, plus violents, avec tendance au spasme et à la contracture fermant la lumière de l'intestin; le sulfate de soude ne paraît pas avoir beaucoup d'influence sur la sécrétion intestinale. L'aloès augmente énergiquement le péristaltisme et amène une vaso-dilatation des vaisseaux mésentériques; la phénolphtaléine exagère le péristaltisme et accroît la sécrétion intestinale. Tout autre est l'action du sulfate de magnésie; à très faible dose (dilution de 1 p. 10000), ce sel produit sur l'intestin perfusé un arrêt du péristaltisme et une immobilisation immédiate; l'intestin s'allonge, s'étale, devient flasque à la façon d'un boa repu et se remplit progressivement d'un liquide de transsudation (Carnot). Il semble donc que l'action purgative des sels de magnésie, qui n'est pas en rapport avec une exagération du péristaltisme, soit liée à une augmentation de la transsudation intestinale, électivement déterminée par l'ion Mg et n'obéissant pas uniquement aux lois physiques de l'osmose (Carnot et Amet).

Toutes ces expériences montrent l'action sur l'intestin des purgatifs administrés par voie sanguine ou sous-cutanée ; elles prouvent encore l'action de doses très minimes, souvent aussi efficaces que des doses plus fortes ; elles révèlent enfin l'action opposée, sur le péristaltisme, de purgatifs doués d'un même effet thérapeutique, tels que les sulfate de soude et de magnésie, d'où, par conséquent, des indications cliniques différentes (Carnot).

Carnot a bien précisé les indications de la méthode purgative sous-cutanée ; malgré la rareté et le peu d'importance des réactions locales ou générales que l'on observe parfois à la suite des injections hypodermiques purgatives, on doit cependant tenir compte de leur possibilité et se méfier des troubles peu connus que peut entraîner l'introduction sous-cutanée de substances étrangères; la purgation par voie hypodermique sera donc réservée aux seuls cas qui peuvent en bénéficier particulièrement. Une première indication est fournie lorsque, pour une raison ou pour une autre, la voie digestive est inutilisable : vomissements incessants, dans la colique de plomb par exemple, coma. Dans d'autres cas, le contact direct d'un purgatif avec une lésion digestive risque d'être nocif (ulcère de l'estomac, néoplasme gastro-intestinal, appendicite); la purgation sous-cutanée présente alors deux avantages, l'abaissement des doses et l'absence de contact direct avec la lésion. Une troisième indication sera tirée de la continuité d'action des purgatifs sous-cutanés répétés plusieurs jours, continuation particulièrement utile dans la constipation chronique rebelle, surtout si le tube digestif a été antérieurement fatigué par l'ingestion incessante de nombreux laxatifs.

On peut encore reconnaître aux divers purgatifs injectés sous la peau des indications particulières d'après leur action sur l'intestin en général et d'après leur action élective sur tel ou tel segment du tube digestif. C'est ainsi que, dans les cas de constipation par contracture spasmodique de l'intestin, les injections de sulfate de magnésie lèveront le spasme en même temps qu'elles provoqueront un effet purgatif; au contraire, dans la constipation atonique et flasque, on utilisera les purgatifs ayant une action péristaltique qui réveille les contractions de l'intestin (sulfate de soude, séné, cascara, hormone).

Dans les cas de constipation rectale, sigmoïdienne ou colique, la conduite à tenir n'est pas la même que dans les cas de constipation haute; le séné et le sulfate de soude semblent porter une bonne partie de leur action sur le gros intestin tandis que l'hormone péristaltique, la rhubarbe, le cascara agissent plus particulièrement sur l'intestin grêle (Carnot).

Braillon a relaté, dans sa thèse, les résultats obtenus en clinique par les divers auteurs qui ont utilisé les injections hypodermiques purgatives, et il y a ajouté les essais faits par lui à l'hôpital Tenon dans le service de Carnot.

Les injections hypodermiques d'aloès (5 à 10 centimètres cubes d'une solution d'aloès à 2 ou à 4 p. 100) donnent quelques résultats purgatifs mais paraissent un peu toxiques, car elles provoquent, chez certains malades, des douleurs au lieu d'injection, des frissons et des coliques assez violentes. Les injections de séné (10 centimètres cubes d'une infusion concentrée) semblent donner quelques résultats; elles n'entraînent aucune réaction locale ou générale.

Ce sont surtout les injections sous-cutanées de sulfate de magnésie qui ont été expérimentées. Robin et Sourdel se servent d'une solution stérilisée au quart de sulfate de magnésie et en injectent sous la peau du ventre un centimètre cube, c'est-à-dire 0g25 de sulfate de magnésie; l'injection est répétée chaque jour à la même dose. Après deux injections, on obtient, non pas un effet purgatif, mais une action évacuante, rarement accompagnée de diarrhée. Quelquefois, l'effet ne se produit qu'après des injections répétées pendant plusieurs jours. D'après Robin et Sourdel, en cas d'échec, ce qui arrive parfois, il est inutile d'augmenter la dose de sulfate de magnésie, car avec des doses minimes les résultats sont plus satisfaisants qu'avec des doses fortes.

La thèse de Gaillard renferme quarante-six observations dans lesquelles le sulfate de magnésie a été injecté selon la technique du professeur Robin et de Sourdel; l'auteur conclut que les injections sous-cutanées de sulfate de magnésie à la dose d'un centimètre cube à 25 p. 100 sont toujours absolument inoffensives; qu'elles sont efficaces dans les deux tiers des cas environ et déterminent le plus souvent de simples évacuations, en moyenne sept ou huit heures après l'injection.

Carnot utilise une solution au centième de sulfate de magnésie dont il injecte de 2 à 20 centimètres cubes ; on peut aussi employer des solutions au dixième, à la dose de 1 à 3 centimètres cubes.

En Allemagne, la péristaltine et la phénolphtaléine sont souvent employées comme purgatifs par la voie hypodermique. En Allemagne aussi, de nombreux travaux ont été consacrés à l'hormone péristaltique; mais cette question de

---

(1) Le liquide de Ringer-Locke a la composition suivante :

Chlorure de sodium	8 grammes
— de potassium	0g20
— de calcium	0g20
Bicarbonate de soude	0g20
Glucose	1 gramme
Eau distillée	1000 —

l'hormone ayant été très complètement étudiée par Lance (1), je renvoie à son excellent article.

En résumé, l'effet purgatif obtenu par voie sous-cutanée se caractérise par sa douceur et par sa prolongation; l'action purgative paraît assez indépendante des doses, car avec des doses doubles, triples et quadruples, on n'obtient pas un effet proportionnel; il faut bien retenir aussi, comme le fait remarquer Carnot, que l'administration sous-cutanée des purgatifs présente une inconstance d'action plus marquée que dans la purgation par voie digestive. Adoptons donc, pour l'instant, les conclusions de la thèse de Braillon : « Cette question des injections hypodermiques purgatives est assez intéressante et importante pour qu'on s'en occupe; ces injections seraient dans certains cas d'une utilité incontestable, mais avant de conclure affirmativement à l'effet purgatif de certaines substances par voie sous-cutanée il faut multiplier les observations, établir une statistique portant sur de nombreux chiffres : alors on pourra trancher la question en toute connaissance de cause. » M. BRELET.

JURISPRUDENCE

LA RESPONSABILITÉ DES MAISONS DE SANTÉ

La poursuite pour blessures par imprudence qui fut soumise tout dernièrement aux juges de la 11e Chambre du Tribunal correctionnel de la Seine ne manquait pas d'être délicate, en raison même des circonstances qui la décidèrent. On faisait grief à un infirmier d'une maison de santé et à son directeur, celui-ci pris comme civilement responsable, d'avoir été, par manque de surveillance, la cause indirecte d'un drame qui se déroula dans cette même maison de santé.

Un des pensionnaires, interné depuis plusieurs mois, se promenait dans le parc avec sa femme qui était venue lui rendre visite, lorsque brusquement, en l'absence de l'infirmier spécialement attaché à la personne de l'aliéné, celui-ci sortit de sa poche un long clou et en porta avec furie plusieurs coups à l'œil droit de la visiteuse qui fut grièvement atteinte.

Le ministère public prétendait que l'inexécution du devoir professionnel du surveillant était la seule cause de l'attentat, et que si même l'infirmier s'était absenté quelques minutes il devait se faire remplacer. Ce à quoi le directeur de la maison de santé répondait que son pensionnaire appartenait à la catégorie d'aliénés qui ne se livrent à des violences contre autrui que dans des circonstances rares et inexplicables, et qu'il était un mélancolique anxieux. Or, à l'égard des mélancoliques anxieux deux réactions sont à craindre : le suicide et l'évasion. Et c'est seulement en raison de cette double prévision qu'un surveillant avait été attaché à sa personne.

Le Tribunal ne s'est pas rendu à ce raisonnement et il a condamné l'infirmier. Et le jugement qu'il rendait le 11 février 1914 mérite d'être cité.

Tout d'abord les juges s'expriment ainsi sur l'inexécution du devoir professionnel de l'infirmier :

« Attendu que, quelles que soient les méthodes thérapeutiques employées aujourd'hui à l'égard des aliénés et les réactions généralement prévues en cas de « mélancolie anxieuse », la surveillance exercée sur un malade, sous peine d'être illusoire, doit avoir pour effet d'assurer la propre conservation de ce malade et de protéger les tiers contre ses impulsions; que la responsabilité du préposé à la garde et à la surveillance d'un malade ne peut disparaître qu'autant que ce préposé démontrerait qu'il a été impuissant, à raison des circonstances, à prévenir les faits délictueux et dommageables;

Mais attendu qu'A..., non seulement ne rapporte pas la preuve que les faits se seraient produits ou auraient pu se produire malgré sa garde, mais qu'il est au contraire constant que sa négligence a été la cause des blessures de la dame D...

Attendu que les instructions données à A... étaient formelles, qu'il ne devait jamais « perdre de vue le malade », que ces instructions étaient à ce point précises que le docteur X... a déclaré lui-même devant M. le juge d'instruction que, dans le cas où les entrevues de Mme D... avaient lieu dans la chambre, la porte était seulement poussée, et que le surveillant restait dans le couloir prêt à intervenir si besoin était;

Attendu que ces instructions étaient conformes aux exigences de la maladie et imposées par les indications fournies dans le certificat délivré par les docteurs C... et B..., signalant D... comme dangereux, non seulement pour lui, mais encore pour son entourage, qu'il avait menacé avant son internement;

Attendu qu'il résulte des témoignages entendus à l'instruction et à l'audience que D... a frappé sa femme à coups répétés avec un clou formant poinçon pendant le défaut de surveillance d'A... qui avait vaqué à d'autres travaux et n'est arrivé sur les lieux de l'agression qu'alors que plusieurs autres infirmiers, attirés par les cris de la victime, étaient déjà accourus depuis plus de dix minutes pour lui porter secours. »

Puis le Tribunal déclara qu'il y avait relation de cause à effet entre le geste de l'interné et l'absence de l'infirmier.

« Attendu que si D... a obéi à un sentiment provoqué soit par la maladie, soit par les propos inoffensifs de sa femme, il est impossible de ne pas faire ce rapprochement que D... n'a frappé sa femme que lorsqu'il n'a plus senti la surveillance dont il était l'objet s'exercer sur lui;

Attendu que c'est par suite du manquement d'A... à ses devoirs de surveillance que D... a pu s'emparer de l'arme avec laquelle il a frappé, qu'il a pu en rester détenteur et qu'il a pu exercer des violences contre sa victime;

Attendu qu'il est en outre manifeste que, en admettant même qu'A... n'ait pu éviter le premier coup porté à Mme D..., sa surveillance, si elle avait été sérieusement exercée, aurait certainement eu pour effet et de soustraire Mme D... aux coups répétés de son mari et de paralyser la fureur de l'aliéné;

Attendu qu'il apparaît ainsi péremptoirement qu'A... a été, par sa négligence, la cause des blessures reçues par Mme D... »

En ce qui concerne les dommages-intérêts, le Tribunal a admis en principe qu'ils pouvaient être réduits en principe, en raison même du danger que présente le traitement des aliénés et leur surveillance...

« ... Attendu que le préjudice subi est grave, mais que le Tribunal doit toutefois tenir compte, pour la fixation des dommages-intérêts, du danger que présente le traitement des aliénés dangereux, même pour ceux qui les soignent, de l'aléa que présente nécessairement l'exécution complète d'une surveillance étroite des rapports des aliénés avec les membres de leur famille, et de la difficulté de concilier la liberté des entretiens avec une garde sévère. »

Cette décision de jurisprudence, qui est intéressante à signaler, a résumé d'une manière très claire les devoirs et les responsabilités qui incombent aux infirmiers et aux directeurs des maisons de santé.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

(1) LANCE. Le traitement de l'iléus paralytique et de la constipation rebelle par l'hormon péristaltique, *Gaz. des hôpit.*, 13 fév. 1912.

ANALYSES

CHIRURGIE

Masse de cheveux moulant l'estomac avec l'observation d'un cas. (G. A. MOORE. *The Boston med. and surg. Journ.*, vol. CLXX, n° 1, 1er janv. 1914.) — **Pelotes de cheveux de l'estomac et de l'intestin.** (LEDRA HEAGLIT. *The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, vol. LXII, n° 2, 10 janv. 1914.) — Ces deux études, consacrées aux rares et singuliers corps étrangers du tube digestif que sont les masses de cheveux agglomérés, comportent deux observations nouvelles en même temps qu'une synthèse des données fournies par les cas antérieurs.

La malade de Moore était une jeune femme de vingt-huit ans, syphilitique. Depuis quelques mois, elle éprouvait dans la partie supérieure et droite de l'abdomen de très vives douleurs déterminant de la gêne respiratoire et avait remarqué au droit de l'ombilic l'apparition d'une tumeur d'abord grosse comme une orange puis qui s'était progressivement accrue. Elle vomissait fréquemment soit avant soit après les repas, était habituellement constipée et avait considérablement maigri.

L'examen révélait les symptômes suivants : sensibilité très psononcée de tout le côté droit de l'abdomen et de l'hypocondre gauche ; tumeur ronde, mobile, très sensible, affleurant à gauche le rebord costal, débordant à droite et en bas l'ombilic, en haut distante de deux inches du cartilage xyphoïde, donnant au palper une sensation de crépitation et soulevée par les pulsations de l'aorte ; foie et rate normaux ; reins non palpables.

Moore fit le diagnostic de tumeur syphilitique, institua un traitement intensif à l'iode qui sembla plutôt faire croître la tumeur et décida la malade à subir une laparotomie exploratrice.

Le ventre ouvert, l'estomac apparut empli par une tumeur volumineuse en forme de saucisson et irrégulière au voisinage du pylore. Une incision de la face antérieure de l'estomac allant de la petite à la grande courbure permit de retirer une masse de cheveux qui, en haut, pénétrait dans l'œsophage et touchait, en bas, au pylore. La guérison eut lieu sans incident. La tumeur pesait 31 onces. La malade nia absolument avoir avalé des cheveux. Les siens étaient légèrement bruns alors que ceux de la tumeur étaient noirs ; mais, selon Bell, le suc gastrique aurait la propriété de foncer à la longue la couleur des cheveux.

L'observation de Ledra Heazlit concerne une petite fille de onze ans. Celle-ci, de cinq à dix ans, avait eu la fâcheuse habitude de mettre ses cheveux dans sa bouche et de les manger. Elle commença à souffrir de l'estomac à l'âge de dix ans, mais non de façon inquiétante. Puis elle fut prise un jour de maux d'estomac accompagnés de douleurs abdominales et le lendemain de vomissements bilieux. Son père, médecin, découvrit en l'examinant une importante tumeur en forme de saucisson qui occupait l'espace compris entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic et s'étendait transversalement de la région du cardia au pylore. En outre la région appendiculaire était un peu sensible. La nature de cette tumeur fut reconnue grâce au rejet dans un vomissement d'une touffe de cheveux qui rappela au père l'habitude passée. De nouvelles crises de douleurs et de vomissements survinrent. La température et le pouls restaient normaux.

Heazlit pratiqua alors une première laparotomie, incisa l'estomac et retira une masse de cheveux pesant 15 onces qui emplissait complètement et moulait l'estomac. L'appendice paraissant légèrement malade fut enlevé. L'enfant alla très bien pendant trente-six heures et eut deux selles dont une spontanée, puis les vomissements reparurent, se répétèrent, l'abdomen se ballonna et le diagnostic d'iléus devint évident.

Une seconde laparotomie fut alors pratiquée, trois jours après la première. Elle permit d'abord de constater le bon état de la suture gastrique puis de reconnaître dans l'iléon une tumeur qui l'obstruait complètement et qui, enlevée par entérotomie, apparut comme la première, formée de cheveux agglomérés. La guérison suivit rapidement cette seconde opération.

Heazlit a trouvé dans la littérature 70 cas de tumeurs pilaires du tube digestif ; 41 seulement ont été opérés, 35 par gastrotomie, 4 par entérotomie ou résection intestinale, 2 par gastrotomie et entérotomie effectuées en deux temps comme dans le cas précédent.

Ces corps étrangers se localisent le plus habituellement dans l'estomac qu'ils emplissent complètement, prenant ainsi la forme de la lettre J. Parfois ils poussent des prolongements dans l'œsophage et dans le duodénum.

Six fois seulement sur 41 la tumeur était intestinale.

La symptomatologie n'offre rien de caractéristique. On observe d'ordinaire des troubles digestifs prononcés : douleurs gastriques, coliques et vomissements et des troubles généraux : perte des forces, amaigrissement. Parfois de petites touffes de cheveux rendues dans les vomissements ont éclairé le diagnostic. La diarrhée peut se voir aussi bien que la constipation. L'occlusion est fréquente quand la tumeur occupe l'intestin ; elle fut la cause de l'opération dans 4 des 6 cas de tumeur de l'iléon.

Le diagnostic exact n'a été que rarement posé : 9 fois seulement sur 41 malades opérés ; 18 fois aucun diagnostic n'avait été fait avant l'opération qui était surtout exploratrice. Dans les autres cas, les erreurs de diagnostic les plus variées ont été commises : rate ou rein flottants, kyste hydatique, tuberculose péritonéale, tumeur maligne. Ces erreurs tiennent en partie à ce que les malades cachent soigneusement l'habitude qu'elles ont d'avaler leurs cheveux.

Quelques radiographies ont été faites pour des tumeurs de cette nature, notamment par Holland, Moore, Mouriquand, mais elles n'ont pas toujours conduit au diagnostic précis.

Le traitement chirurgical ne comporte à peu près aucun danger. Les 35 malades qui subirent la gastrotomie guérirent tous. Les deux seuls morts que comporte la série des cas opérés ont eu lieu dans des cas désespérés d'occlusion.

Des perforations ont nécessité deux fois des résections intestinales plus ou moins étendues.

Enfin dans deux cas, sans compter celui de Heazlit, l'estomac et l'intestin contenaient simultanément des masses de cheveux et la masse intestinale passa inaperçue au cours de l'opération dirigée contre celle de l'estomac. Aussi ne faut-il jamais oublier d'explorer l'intestin même quand il ne semble pas être en cause. P. CHASTENET DE GÉRY.

La théorie cinétique du shock et l'opération sans shock. Association anocive. (George W. CRILE. *Revue de chirurgie*, 10 janv. 1914.) — La théorie que Crile a construite pour expliquer le phénomène encore si obscur du shock est non seulement intéressante au point de vue spéculatif mais pourvue d'applications pratiques remarquables. Si elle paraît un peu confuse ou seulement hypothétique par certains côtés — dans l'article de la *Revue de chirurgie* du moins — elle a, par contre, quelques bases solides qui sont des recherches expérimentales, des constatations anatomiques et cette manière de preuve qu'on peut tirer des résultats thérapeutiques heureux auxquels elle conduit.

Crile a remarqué l'analogie qui existe au point de vue de leurs effets cliniques entre les grands traumatismes, les efforts physiques prolongés, les émotions vives, la frayeur, etc. Et il a constaté anatomiquement que dans tous ces cas les cellules cérébrales se montraient pareillement « démolies ou désintégrées ». Il était naturel de penser que ces lésions étaient causées par la transmission aux centres, d'impressions sensorielles particulièrement fortes. Mais d'autres causes pouvaient

intervenir et deux principalement : l'abaissement de la pression sanguine amenant de l'anémie cérébrale et la production de toxines d'origine métabolique ayant des effets secondaires sur le cerveau.

Pour savoir quelle était la part qui revenait à chacune de ces causes dans la production du phénomène, Crile a pratiqué diverses expériences qui semblent très démonstratives.

D'abord il a vu que chez un chien dont les cordons spinaux ont été sectionnés au niveau du premier segment dorsal, un traumatisme très étendu de l'arrière-train ne donne lieu à aucune altération des cellules cérébrales.

Puis après avoir anastomosé le système circulatoire de deux chiens au niveau des carotides et jugulaires « de façon que les courants sanguins des deux animaux se mélangent tout à fait librement et abondamment », il soumet un des deux chiens à un traumatisme important ; or celui-là seul qui a été traumatisé présente des lésions des cellules cérébrales ; il est évident que les deux chiens présenteraient ces lésions, si elles étaient causées par des toxines d'origine traumatique.

D'autre part dans une expérience analogue lorsqu'on favorise l'arrivée dans les vaisseaux du chien traumatisé, du sang de l'autre chien afin de maintenir à un taux normal la tension sanguine du premier, on n'empêche pas les lésions cérébrales de se produire. Le rôle de l'anémie cérébrale ne peut donc être qu'accessoire.

Crile a voulu pénétrer plus avant dans l'étude du shock et il a envisagé divers éléments qui entrent en jeu dans la production du phénomène.

La peur, c'est-à-dire la menace d'une atteinte organique détermine chez l'homme et chez quelques animaux, une activité motrice qui dans les formes les plus simples est la fuite ou la lutte. Mais cette activité motrice peut n'être représentée que par le trouble des organes qui contribuent à l'activité musculaire alors même que celle-ci fait défaut : troubles vasomoteurs, cardiaques et respiratoires. Phylogéniquement, le phénomène est le même. La peur est toujours « une lutte ou une fuite d'ordre phylogénique ».

En outre si l'atteinte organique, c'est-à-dire le traumatisme, a lieu, elle agit en excitant les récepteurs nerveux qui au cours de l'évolution se sont développés pour « protéger le corps contre les agents nuisibles avec lesquels il peut se trouver en contact » : les *nocicepteurs*. Ceux-ci sont particulièrement abondants dans les parties du corps qui ont été le plus souvent exposées à être blessées : les mains, les pieds, la figure, la gorge ; le dos en possède peu et le cerveau n'en contient pas du tout.

Le traitement du shock chirurgical doit être surtout préventif. Cependant en cas de shock déclaré, il est bon de savoir que les médicaments utiles sont non les stimulants comme la strychnine, mais les sédatifs comme la morphine et la scopolamine qui sont ici des conservateurs d'énergie, ensuite que la transfusion sanguine quand elle est indiquée ne peut être remplacée par l'injection de sérum.

Pour prévenir le shock il faut se rappeler que les lésions cérébrales qui le caractérisent sont dues à l'excitation d'une part des nocicepteurs situés dans la région atteinte, d'autre part des organes des sens « qui ont avisé, par une action psychique, de l'approche d'un traumatisme ».

Pour supprimer l'action psychique il faut intervenir avant l'acte opératoire par des injections de narcotiques tels que la morphine et pendant l'acte opératoire par l'anesthésie générale, le meilleur anesthésique paraissant être à ce point de vue le protoxyde d'azote.

Pour empêcher les impulsions nocives produites par la blessure opératoire d'atteindre le cerveau, il est indispensable d'employer en outre l'anesthésie locale surtout dans les opérations qui portent sur les régions riches en nocicepteurs.

C'est à cette technique complexe que Crile a donné le nom d'*association anocive*.

Dans les opérations abdominales, il convient d'abord d'injecter de la scopolamine et de la morphine puis d'endormir le malade au protoxyde d'azote seul ou additionné d'éther. On anesthésie alors tous les plans de la paroi à l'aide de novocaïne à 1 p. 400 et, arrivé dans la cavité abdominale, on injecte une solution à 50 p. 100 de quinine et d'hydrochlorure d'urée sous le péritoine pariétal dans la région où sera faite la suture. Cette dernière solution a une action qui persiste plusieurs jours. On peut de même « bloquer » les régions viscérales sur lesquelles doit porter l'opération.

Les services que rend l'association anocive sont particulièrement appréciables dans la chirurgie du goitre exophtalmique. En supprimant le shock psychique, en évitant ou en diminuant l'hyperthyroïdisme postopératoire on améliore grandement non seulement les résultats immédiats, mais les résultats cliniques postérieurs.

En terminant, Crile donne quelques chiffres qui prouvent bien l'efficacité de sa méthode. Les 1 000 dernières opérations qui en ont bénéficié n'ont comporté qu'une mortalité de 0,8 p. 100. P. CHASTENET DE GÉRY.

Prostatectomie sous l'anesthésie locale. (Carrol W. ALLEN *New-Orleans med. and surg. Journ.*, vol. LXVI, n° 8, fév 1914.) — L'auteur estime que l'association anocive de Crile est un perfectionnement de technique particulièrement heureux pour les malades âgés et faibles comme sont habituellement les prostatiques.

Les deux grands facteurs du shock étant le traumatisme opératoire et l'hémorragie, on supprime le premier en bloquant les nerfs du champ opératoire par des injections anesthésiques — que l'anesthésie générale soit d'ailleurs ou non employée — et on peut agir contre le second en associant l'adrénaline aux substances anesthésiques injectées.

Allen en combinant d'abord cette méthode avec celle de l'opération en deux temps a obtenu d'excellents résultats dans les plus mauvais cas. Et il en est arrivé peu à peu à se passer complètement de l'anesthésie générale.

Voici les détails de son procédé. Une heure avant l'opération il place un suppositoire anesthésique et fait une injection de morphine scopolamine.

Puis le moment venu la vessie est ouverte sous l'anesthésie locale. A l'aide d'écarteurs longs et minces la région prostatique est bien exposée. Selon le volume et la forme de la prostate, différents points sont choisis pour l'injection, habituellement un au-dessous de l'orifice urétral, près de la base de la glande et un de chaque côté. Et l'injection est poussée entre la vraie et la fausse capsule glandulaire dans l'espace occupé par le réseau veineux et par les plexus nerveux.

Deux ou trois drachmes d'une solution de novocaïne à un demi p. 100 contenant 15 minims d'adrénaline par once sont injectées en chacun des points indiqués. L'aiguille étant alors introduite dans l'orifice urétral, de semblables injections sont faites à travers la paroi latérale de chaque côté. Il faut attendre deux ou trois minutes que la solution diffuse et agisse avant de commencer l'énucléation.

Si l'injection était faite par erreur dans la glande, il n'en résulterait d'autre inconvénient qu'une anesthésie moins parfaite.

L'auteur termine en faisant remarquer que cette méthode demande une certaine expérience et il engage les opérateurs à faire sous l'anesthésie générale l'injection préliminaire du champ opératoire afin d'éliminer plus sûrement les risques de shock. P. CHASTENET DE GÉRY.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 30. — JEUDI 12 MARS 1914. 87e ANNÉE. JEUDI 12 MARS 1914. — N° 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 10 francs par an. Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'accoucheur. — Un concours pour la nomination à deux places d'accoucheur des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 27 avril 1914, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration (bureau du personnel médical), de dix heures à trois heures, du lundi 16 mars 1914 au samedi 4 avril inclusivement.

— Concours de la médaille d'or des internes en pharmacie. — Le concours annuel pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sera ouvert le lundi 11 mai 1914, à midi précis, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Les candidats devront se faire inscrire à l'administration centrale (service du personnel), de onze heures à trois heures, du lundi 6 avril au samedi 25 avril inclusivement.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Alombert-Goget (de Saint-Antoine-Marseille), Aubry dit « Aubry-Boillière », Bétuel (de Paris), Bidache (de Toulouse), Boucard (de Nogent-en-Bassigny), Bouchard, Braunberger (J.), Braunberger (D.-M.), (de Paris), Breton (de Plessis-Grammoire), Broquin-Lacombe (de Troyes), Castagné (de Montpellier), Cazal (de Toulouse), Chapron (de Sens), Clermonthe (de Paris), Colas (de Lille), Contal (de Remoncourt), Coulomb (de Paris), Derome (de Gommeguies), Desandré (de Paris), Dorizon (d'Oucques), Enard (de Bar-le-Duc), Escaravage (de Malaunay), Féraud (de Philippeville), Gaillardie (de Toulouse), Galibert (de Clermont-l'Hérault), Gay, Guerrier, Lavenant (de Paris), Lecerf (d'Asnières), Leduc (de Tourcoing), Liégard (de Paris), Lumineau (de Versailles), Marion (de Ville-sous-Laferté), Mook (de Paris), Naudin (de Saint-Lucien), Paquet (de Beauvais), Ravé (de Riom), Sarrouy, Ségall, Sibille (de Paris), Van Olden Barneveld (de Bois-Colombes).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Basset (d'Ydes), Bonta (de Nice), Bourganel, Braunberger et Chapellier (de Paris), Charpentier (de Prémery), Chemin (de Toulouse), Chiron (de Paris), Couloumy (de Sermaises), Desnoyés (de Béziers), Dubiquet (d'Auby), Duclion (de Libourne), Dutour (de Brioude), Escoffier (d'Annonay), Galup (du Mont-Dore), Gautier (de Paris), Girard (d'Irrun), Glérand (de l'Ile de Batz), Gosselin (d'Argenteuil), Grahaud et Heller (de Paris), Hèze (de Bailleul), Jacquemaire (de Denain), Jalabert (de Dampierre), Jalifier (de Lyon), Latron (de Vendôme), Laurent (d'Ecueillé), Lebhar (d'Oran), Lehmann, Le Mière, Leval et Maréchal (de Paris), Mathieu (de Lyon), Mathieu (de Beauvais), Morel (de Nice), Paquier et Perrilliat-Botonet (de Paris), Poncin (de Montrevel), Pons (de Clessé), Purseigle (de Bône), Rambal (de Mazargues-Marseille), Rasis (de Paris), Richard (d'Yvetot), Rimey, Rolet et Sabot (de Paris), Saric (de Targon), Soumaire (de Craponne), Stecewicz (de Manthelan), Stefani (de Bastia), Taguet, Thouvenet, Tibéri, Torné, Villejean et Wilhelm (de Paris).

MARINE. — Les deux trousses de chirurgie, attribuées aux élèves du service de santé de la marine, sont décernées à MM. Portmann, médecin de troisième classe de la marine, et Morin, médecin aide-major de deuxième classe des troupes coloniales, qui ont obtenu respectivement les numéros 1 et 2 au classement de sortie de l'Ecole de Bordeaux, le 1er janvier dernier.

LA CRÉATION D'UNE FACULTÉ DE MÉDECINE A SHANG-HAI. — M. de la Ferronnays, député, demande, à propos du budget des affaires étrangères, un relèvement de crédit de 25 000 francs pour fonder une Faculté de médecine française à Shang-Haï. Dans cette ville, les deux hôpitaux français reçoivent 3 000 malades par an. Une Faculté allemande y a été créée récemment, ainsi que nous l'avons annoncé. Il montre la nécessité de défendre notre influence en y installant à notre tour un établissement d'enseignement supérieur, comme on l'a fait à Beyrouth, il y a plus de trente ans, sur l'initiative de Gambetta.

ENSEIGNEMENT PRATIQUE DE L'HYDROLOGIE ET DE LA CLIMATOTHÉRAPIE. — ENSEIGNEMENT DE LA CRÉNOTHÉRAPIE. — Les leçons auront lieu à la Faculté de médecine, amphithéâtre Vulpian, à six heures, aux jours indiqués ci-dessous.

Lundi 23 mars, M. Landouzy : Traitement hydro-minéral des affections cardio-vasculaires.

Mardi 24 mars, M. Legueu : Traitement hydro-minéral des affections génito-urinaires.

Mercredi 25 mars, M. Landouzy : Traitement hydro-minéral des affections cardio-vasculaires.

Jeudi 26 mars, M. Reclus : Traitement hydro-minéral des tuberculoses chirurgicales.

Vendredi 27 mars, M. Landouzy : Traitement hydro-minéral des albuminuriques.

Samedi 28 mars, M. Landouzy : Traitement hydro-minéral des affections nerveuses.

Lundi 30 mars, M. Broca : Traitement hydro-minéral des affections osseuses et articulaires.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DES ÉTUDIANTS ÉTRANGERS ET DE L'INTERNAT DES HOPITAUX

Paris, le 11 mars 1914.

Mon cher directeur,

Vous me communiquez des lettres qui montrent qu'un passage de ma consultation publiée dans le numéro 28 de la *Gazette des hôpitaux* a ému un certain nombre d'internes.

Ai-je besoin de vous dire que je n'ai eu nullement l'intention d'abaisser pour les besoins d'une cause un titre auquel vos rédacteurs et vous-même attachez si justement un grand prix ?

Croyez, mon cher directeur, à mes sentiments bien dévoués.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

VARIÉTÉS

L'IMPORTATION DES BOISSONS SPIRITUEUSES DANS LA RÉPUBLIQUE ARGENTINE

On lira sans doute avec intérêt les renseignements réunis par notre confrère le docteur Victor Delfino (de Buenos Aires), et que publie intégralement la *Gaceta médica del Sur*, dans son numéro du 25 janvier dernier. Les chiffres lamentables cités par le docteur Delfino prouvent que le fléau dont nous avons tant à souffrir en France fait, hélas ! aussi de rapides progrès dans la grande République sud-américaine.

Ces chiffres portent sur l'importation des boissons alcooliques en Argentine pendant les neuf premiers mois de 1913. La valeur en est calculée en *pesos oro* que nous convertirons en francs — le peso oro valant à peu près 5 francs — pour la commodité des lecteurs français.

L'importation des spiritueux a été, pendant la période considérée, de 52 099 495 francs, et pour fixer les idées en voici le détail :

NATURE DES LIQUIDES	DOUZAINES DE BOUTEILLES
Champagne	59 412
Xerès	6 289
Porto	12 381
Vermouth	597 156
Vins mousseux	13 790
Vins en bouteilles	21 698
Vins médicinaux	41 865
Vins au quinquina	40 143
Xerès en tonneaux (litres)	69 463
Porto en tonneaux (litres)	184 264
Vins entrefins en tonneaux (litres)	3 878 134
Vins communs en tonneaux (lires)	28 968 876

Si l'importation du champagne a baissé, relativement aux neuf premiers mois de 1912, de 8 934 douzaines de bouteilles, et s'il en est de même pour les vins en bouteilles, médicinaux et entrefins, il y a eu, par contre, une augmentation de l'importation du xerès en bouteilles, soit 4 816 douzaines de ces dernières en plus, une augmentation de 57 621 douzaines de bouteilles de vermouth, de 47 242 litres de xerès en tonneaux, de 95 204 litres de porto et de 21 079 litres de vermouth également en tonneaux.

Parmi les eaux-de-vie et les liqueurs l'importation a été particulièrement considérable pour les suivantes :

Absinthe (douzaines de bouteilles)	9 092
Absinthe en tonneaux (litres)	9 130
Anisette (douzaines de bouteilles)	27 114
Anisette en tonneaux (litres)	5 001
Bitter (douzaines de bouteilles)	157 735
Cognac (douzaines de bouteilles)	64 609
Cognac en tonneaux (litres)	661 108
Genièvre (douzaines de bouteilles)	63 817
Genièvre en tonneaux (litres)	304 942
Rhum (douzaines de bouteilles)	13 510
Rhum en tonneaux (litres)	27 453
Whisky (douzaines de bouteilles)	67 106
Whisky en tonneaux (litres)	54 850

Il y a augmentation sur 1912 pour : le cognac en tonneaux, 2 692 litres ; le genièvre, 8 537 douzaines de bouteilles et 55 081 litres en tonneaux ; l'absinthe, 1 646 douzaines de bouteilles et 3 118 litres en tonneaux ; l'anisette, 1 351 douzaines de bouteilles ; le bitter, 21 789 douzaines de bouteilles ; le cognac, 4 117 douzaines de bouteilles ; le rhum, 1 799 douzaines de bouteilles et 799 litres en tonneaux ; le whisky, 1 093 douzaines de bouteilles et 11 174 litres en tonneaux.

Entrent aussi en ligne de compte pendant la même période : 65 833 douzaines de bouteilles de bière ; 10 135 douzaines de bouteilles de ginger-ale ; 2 721 douzaines de bouteilles de punch ; 107 818 douzaines de bouteilles de cidre ; 147 564 litres de bière en tonneaux et 1 259 litres de cidre en tonneaux.

Bref, les droits d'importation ayant produit pendant les neuf premiers mois de 1913 une somme de 346 147 820 francs, la part des boissons entre dans ce total pour 35 014 010 francs, soit 10 p. 100 !

Le docteur Victor Delfino fait suivre l'exposé de ces chiffres des réflexions suivantes :

« A quoi sert la prédication antialcoolique ? A quoi servent les réunions des sociétés de tempérance et leur noble aspiration de conquérir les masses à l'abstinence ? Que valent les déclarations des congrès, la propagande de la presse, celle des individus et les bons offices de ceux qui désirent ramener à une saine compréhension l'instinct de l'homme abâtardi par un vice multiséculaire ? Vains bavardages que tout cela, lorsque l'on considère avec angoisse des chiffres comme ceux que nous venons de citer, lorsque les pouvoirs publics restent sourds aux clameurs des hommes de bien et s'obstinent, dans leur cupide servilité, à laisser couler le flot malfaisant ! Cruelle ironie ! D'une part on décrète l'enseignement antialcoolique dans les établissements d'enseignement primaire, secondaire et normal, en s'efforçant de développer chez l'enfance et la jeunesse le sentiment de la dignité personnelle et du respect de soi-même, et d'autre part on crée mille difficultés aux projets de législation antialcoolique, on fait obstacle, grâce à l'influence officielle, à toute initiative parlementaire, et l'on affaiblit de mille façons le mouvement antialcoolique. En vérité, nous n'arrivons pas à comprendre cette politique mesquine et dévoyée ! Ou bien, serait-ce par hasard que nous autres, Argentins, sommes acharnés à dégrader notre race, en rabaissant jusqu'à l'inconscience, par l'intoxication alcoolique, son niveau de vitalité physique et morale ? »

On ne saurait mieux dire. Et ce qu'il y a de douloureux, pour nous, Français, c'est que toutes ces désolantes vérités s'appliquent, *mutatis mutandis*, à telle autre République que nous connaissons bien !

A. GAULLIEUR L'HARDY.

LES FRACTURES DU COL DU FÉMUR

LA FRACTURE INTRACAPSULAIRE EXISTE-T-ELLE?

Par M. Léon IMBERT (1),
Professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Marseille.

De tout temps, les fractures du col du fémur ont été soigneusement étudiées; leur fréquence les impose à l'attention. Il semble cependant que leur tableau clinique se soit bien peu modifié; si l'on compare la description classique de Tillaux, vieille de vingt-cinq ans, avec celles que l'on trouve dans les traités les plus récents, on ne peut s'empêcher de reconnaître un air de famille qui résulte plutôt, je crois, de la similitude d'éducation des auteurs que de l'exacte superposition des faits.

Lorsque j'étais interne, je cherchais soigneusement à dépister, au moyen du schéma si clair de Tillaux, la fracture intracapsulaire, et ne la trouvant pas, j'en accusais naturellement le hasard et mon insuffisance. Plus tard, j'ai continué la même recherche, avec la même ténacité et un peu plus d'expérience et, après de nombreuses années, j'ai dû enfin m'avouer que la fracture intraarticulaire est sans doute au moins fort rare. Lorsque la radiographie est venue nous apporter son appoint de connaissances nouvelles, j'ai étudié nombre de clichés, sans pouvoir trouver l'introuvable intracapsulaire. Il faut ajouter cependant que les bons clichés de bassin sont assurément rares et que leur interprétation est souvent difficile, surtout lorsqu'une fracture a modifié et plus ou moins estompé les contours osseux. Il serait vraiment à désirer qu'un spécialiste effectuât pour la hanche le travail de patiente analyse par lequel Destot a jeté tant de clarté sur les fractures malléolaires.

*
* *

Les radiographies. — Je résumerai ici les constatations habituelles que l'on peut faire sur un cliché, et je signale dès maintenant que les épreuves sont assez superposables les unes aux autres et qu'elles reproduisent, dans la grande majorité des cas, une déformation qui se juxtapose à la variété extracapsulaire. En voici les principaux éléments :

Première constatation : il n'y a pas ordinairement de trait de fracture; cette notion est courante et banale pour un chirurgien; il n'est peut-être pas mauvais de le rappeler au médecin absorbé par les soucis de sa profession journalière; en d'autres régions, la plupart des radiographies de fractures indiquent, avec une précision suffisante, le tracé exact de la solution de continuité; il n'en est point de même ici; la pénétration des fragments fusionne les ombres, estompe les contours, confond les saillies et il y a, en somme, moins de détails visibles du côté fracturé que de l'autre. Car il ne faut jamais oublier de prendre les deux côtés par comparaison; la précaution est de première nécessité.

Le caractère le plus frappant, que l'on constate dans tous les clichés, c'est l'élargissement et le raccourcissement du col fémoral. Du côté sain, il a une longueur très appréciable, de 3 à 4 centimètres, et se trouve compris entre l'ombre du grand trochanter et celle du bassin; du côté fracturé, il est comme tassé sur lui-même et il en résulte que le grand trochanter apparaît rapproché du bassin. Il ne faudrait pas oublier du reste qu'il ne s'agit, en matière radiographique, que d'ombres projetées et que leur forme et leur longueur dépendent non seulement de l'apparence de l'organe auquel elles correspondent, mais encore de son obliquité par rapport à la plaque; si le col est parallèle à la plaque, il s'y projette avec une certaine longueur; celle-ci diminue à mesure que l'obliquité s'établit et devient plus grande. Or, la majorité des fracturés du col mettent leur pied en rotation externe; cette position vicieuse n'est pas toujours facile à corriger; elle ajoute donc son effet personnel à celui qui résulte du raccourcissement du col. Mais je ne crois pas qu'un col normal puisse, même en rotation externe marquée, figurer à lui seul le raccourcissement que donne une fracture. Du reste le raccourcissement n'est pas le seul élément à considérer; il y faut ajouter l'élargissement du col qui ne peut être simulé, à un degré appréciable, par une modification de l'obliquité; si l'on compare, en effet l'épaisseur de l'ombre d'un côté et de l'autre, la différence est très appréciable à la vue. Donc, *raccourcissement du col, épaississement du col* sont les deux éléments essentiels qui permettent de tirer d'une épreuve radiographique le diagnostic de fracture du col du fémur.

Ce n'est cependant pas tout. Les chirurgiens connaissent depuis longtemps la coxa vara traumatique : elle résulte de la *fermeture de l'angle que font le col et le corps de l'os*. Ici encore, l'obliquité des os, la flexion du fémur peuvent jouer un grand rôle; mais lorsqu'on a su mettre de côté ces causes d'erreur, on voit bien que l'angle considéré se rapproche de l'angle droit.

Théoriquement il pourrait le faire de deux façons; si nous supposons que le corps et le col soient mobiles au niveau de leur jonction, on peut admettre soit que le corps s'élève, entraînant avec lui l'extrémité externe du col, son extrémité interne restant en place, soit que cette extrémité elle-même se déplace vers le bas. Or, la tête fémorale, ou pour parler plus exactement, car on ne distingue pas toujours la tête, l'extrémité interne du col, ne bouge pas sensiblement : c'est donc que sa partie trochantérienne s'est relevée, entraînant avec elle le fémur et raccourcissant la jambe. Ce n'est pas tout encore; cette fermeture de l'angle col-corps pourrait s'effectuer sans pénétration des fragments, mais, ainsi qu'on l'a vu plus haut, cette pénétration est un fait constant, puisque le col se raccourcit; or, la tête fémorale, restant en place, et bien que ce soit le col qui pénètre dans le grand trochanter, c'est cependant ce dernier, qui se soulève pour absorber en quelque sorte le col : nouvelle cause de raccourcissement. Il

(1) Leçon clinique du 17 décembre 1913.

résulte des mouvements que je viens d'indiquer que l'ensemble du fémur, y compris le grand trochanter, se soulève, se rapproche des parties supérieures du corps ; cette ascension, qui mesure le raccourcissement réel, est très aisément constatable sur le cliché ; on voit nettement que l'*espace qui sépare l'épine iliaque de la crête du grand trochanter est moins large du côté fracturé que du côté sain* ; en outre l'*ombre du petit trochanter* qui se repère aisément par rapport à l'ischion *a subi également une ascension appréciable.*

La radiographie nous montre encore d'autres variétés de fractures de l'extrémité supérieure du fémur : l'intratrochantérienne de Hennequin est du nombre et sans doute moins rare qu'il ne le supposait lui-même; mais lorsque la lésion porte vraiment sur le col, je crois pouvoir affirmer que 9 clichés au moins sur 10 rappellent les dispositions que je viens d'indiquer. Or cet ensemble est celui de la fracture extracapsulaire et non point de l'intracapsulaire; celle-ci ne devrait point raccourcir le col, ne devrait point en augmenter l'épaisseur, ne devrait point créer de coxa vara, devrait montrer une ascension portant non seulement sur la partie externe du col, mais encore sur sa partie interne.

En somme, l'épreuve radiographique, bien qu'elle ne montre guère la situation exacte du trait de fracture, comme je l'ai déjà dit, parle nettement en faveur de l'extracapsulaire presque toujours.

*
* *

Les points de repère. — Avant de passer aux constatations cliniques, je voudrais dire un mot de la recherche des points de repère, et notamment du grand trochanter.

Il résulte de ce qui précède que ce dernier est élevé d'une quantité qui mesure le raccourcissement du membre. On se borne souvent à l'évaluer en ne considérant que ce dernier fait ; je crois bon que le chirurgien s'intéresse à la situation exacte du trochanter. On l'apprécie d'habitude en traçant la ligne dite de Nélaton ; la cuisse étant fléchie à angle droit sur le bassin, le sommet du trochanter correspond à une ligne droite étendue de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la tubérosité ischiatique; le fémur est-il luxé (ou remonté) le sommet du trochanter ne correspond plus à cette ligne et se trouve reporté en arrière dans une étendue proportionnelle au déplacement (Ch. Nélaton).

J'ai souvent constaté les difficultés très réelles que l'on éprouve à tracer cette ligne de Nélaton. En réalité les deux points de repère qu'il s'agit d'unir se trouvent très éloignés l'un de l'autre, presque aux deux pôles d'un segment du corps très arrondi qui comprend la fesse et la hanche du même côté. La difficulté résulte précisément de cette disposition.

Lorsqu'on veut réunir l'un à l'autre les pôles terrestres par la ligne la plus courte, on trace des méridiens qui sont tous égaux et qui sont en nombre infini. On ne saurait en dire tout à fait autant de la ligne de Nélaton, mais il est certain que, sur le même sujet, deux observateurs traceront des lignes, qui ne se confondent pas et peuvent parfois s'écarter de 2 ou 3 centimètres. On comprend dans ces conditions que la ligne de Nélaton ne donne pas des renseignements très précis, surtout chez un sujet à gros pannicule adipeux.

Je la remplace pour ma part par la *ligne bisiliaque :* je marque à la plume les deux épines iliaques antéro-supérieures et je les réunis soit par un trait, soit ce qui est bien préférable par un ruban métallique flexible ou malléable qui prolonge la ligne sur les parties latérales du bassin; il ne faut employer ni ficelle, ni fil métallique; l'un et l'autre sont trop exposés à dévier en bas ou en haut. Si l'on a eu au préalable la précaution de tracer le contour du grand trochanter, il est facile de mesurer la distance qui le sépare du repère ainsi fixé et d'apprécier en conséquence son déplacement. Cette ligne de repère me paraît à la fois très simple et très sûre et je ne serais du reste pas surpris d'apprendre que d'autres chirurgiens l'ont utilisée comme moi. Elle présente encore un autre avantage : les repères qu'elle emploie sont aisément accessibles sur un malade couché et il n'est pas nécessaire de le faire mettre sur le côté, position indispensable à la recherche de la ligne de Nélaton et souvent difficile à réaliser à cause des douleurs et de l'impotence du blessé.

Je dois cependant faire une objection à ce procédé d'exploration; chez les sujets à paroi abdominale proéminente et adipeuse, les deux épines iliaques se trouvent non plus sur une ligne droite mais sur un axe de cercle; la difficulté est semblable à celle que je viens d'indiquer pour la ligne de Nélaton; mais elle est exceptionnelle là tandis qu'elle était constante ici.

*
* *

Les constatations cliniques. — J'ai dit plus haut que la radiographie plaide en faveur de la plus grande fréquence des fractures extracapsulaires, j'estime qu'il en est de même de l'examen clinique.

Lorsqu'on lit les descriptions classiques des fractures du col du fémur, on ne peut qu'être frappé de leur similitude. C'est la description de Tillaux qui a servi de type à tous les auteurs et je ne crois pas qu'un seul d'entre eux s'en soit affranchi. Les deux variétés intra et extraarticulaires sont soigneusement exposées, avec leurs caractères cliniques si précis que l'on serait vraiment impardonnable de les confondre.

Dans la réalité, les choses vont autrement : j'ai dit plus haut que j'ai cherché pendant des années l'intracapsuluire. C'est que les malades que l'on observe couramment se ressemblent beaucoup ; ils paraissent bien être atteints de lésions très analogues, je ne dis certes pas identiques, mais infiniment moins différenciées que ne l'affirment les traités.

Voici d'abord le raccourcissement, il est de 2, 3, 4 centimètres; combien de fois ne l'ai-je pas mesuré jour par jour afin de trouver ce fameux raccourcissement progressif que l'on cite partout, je déclare ne l'avoir jamais constaté : le premier jour la différence de longueur est constituée *ne varietur*, elle ne s'ag-

grave pas les jours suivants et je dois ajouter, pour être véridique, qu'elle ne s'améliore pas sous l'influence de l'extension continue. En réalité, elle est fixe; je ne prétends certes pas que des manœuvres un peu énergiques n'arrivent pas à la modifier, mais je déclare que sur tous les malades que j'ai examinés à ce point de vue, telle elle était au premier jour, telle elle s'est maintenue. Or c'est précisément là un des caractères des fractures extracapsulaires, opposé à la variabilité du raccourcissement dans les intracapsulaires.

De même, le pied d'un fracturé est ordinairement en rotation externe, caractère commun aux deux variétés de fracture. Mais dans le tableau classique, cette position vicieuse serait facile à corriger pour les intracapsulaires, impossible à modifier pour les extracapsulaires. Ici encore je dois dire que des manœuvres un peu brusques arrivent parfaitement à détruire l'engrènement des fragments qui est si peu solide et à corriger le déplacement; mais encore faut-il s'en donner la peine. Si l'on se borne à essayer de relever la pointe du pied, sans effort, sans même faire souffrir le malade, comme le disait Tillaux, on échoue presque toujours : nouvelle preuve que l'on a affaire à une extracapsulaire.

L'intracapsulaire devrait se terminer, si l'on admet la description de Tillaux, soit par ankylose, soit par pseudarthrose; or la seconde est tout au moins rare dans les fractures du col du fémur; quant à l'ankylose, je ne l'ai pas observée; j'entends bien que les mouvements articulaires sont limités, surtout l'abduction, mais ils ne sont point supprimés et j'estime pour ma part que c'est une des particularités les plus curieuses de ces fractures du col du fémur que le faible degré de leur retentissement sur l'articulation.

***

Pour résumer les considérations qui précèdent, je me contenterai d'une phrase :

Je ne nie pas l'existence de la fracture intraarticulaire du col du fémur; je dis seulement qu'elle est incomparablement plus rare que l'extracapsulaire, ainsi que le démontrent les considérations cliniques et radiographiques qui précèdent.

Je conseille donc aux praticiens de se comporter toujours, sauf contrôle radiographique, comme s'ils avaient affaire à une extracapsulaire : extension continue pendant quelques jours et lever précoce.

LA RÉGÉNÉRATION DE LA TEINTURE D'IODE ALTÉRÉE

M. Roques a communiqué à la Société de pharmacie de Paris (4 février 1914) un procédé sur la régénération de la teinture d'iode. Ce procédé consiste à agiter les teintures altérées avec un excès d'acide iodique précipité en poudre fine. Une agitation de cinq minutes suffit pour faire passer à l'état d'iode l'acide iodhydrique que contiennent les teintures altérées.

A ce propos, M. Bourquelot a rappelé les travaux de M. Courtot (voir *Gaz. des hôp.*, 1914, n° 13, p. 205), qui démontrent que la teinture iodo-iodurée à raison de 4 grammes d'iodure de potassium pour 100 grammes est pratiquement inaltérable.

DU PANSEMENT AU SÉRUM DE CHEVAL

Par M. H. ROZIÈS (de Sainte-Maxime-sur-Mer),
Ex-interne des hôpitaux de Montpellier.

Le problème de la cicatrisation des plaies sera toujours d'actualité; tous les jours, de nouveaux topiques sont proposés et il est de l'intérêt du praticien de les connaître et d'en faire bénéficier ses malades et ses blessés. Le pansement au sérum de cheval, récemment entré dans la thérapeutique, mérite d'être connu et expérimenté. Ses propriétés antiseptiques et kératoplastiques le placent au premier rang des antiseptiques locaux.

Historique. — Le 13 juin 1908, dans la *Presse médicale*, le docteur Raymond Petit pouvait appeler l'attention sur les avantages que peut présenter en chirurgie l'emploi du sérum de cheval. Ultérieurement, il avait également l'occasion de montrer tout le parti que peut retirer de ce pansement le praticien dans le traitement des accidents du travail. (R. Petit, *Revue méd.-chir. des accidents du travail*, sept. 1908.) Le docteur Petit employait, non point le sérum frais, mais le sérum chauffé à 56 degrés, et cela pour le priver de certaines substances qui seraient nocives. Ce pansement rendrait de grands services dans le traitement des brûlures étendues. Une intéressante application de la méthode consisterait dans le vernissage de la séreuse péritonéale au sérum de cheval dans les péritonites ou menaces de péritonite. Le pansement utérin au sérum chauffé est également recommandé par le même auteur.

Dans leur communication à l'Académie des sciences le 4 mars 1912, MM. Leclainche et Vallée recommandent, dans le traitement des plaies infectées, non plus le sérum simple, mais leur sérum « polyvalent », obtenu en soumettant le cheval à un traitement immunisant à l'aide des espèces microbiennes suivantes : staphylocoques, streptocoques, colibacilles et bacilles pyocyaniques.

Les plaies actives ou atones, anciennes ou récentes, seraient très heureusement influencées par ce nouveau sérum. Dans le *Bulletin de la Société centrale de médecine vétérinaire* (30 avril 1913), M. Ramon préconise le sérum polyvalent contre les abcès survenus chez le cheval à la suite d'inoculations. M. le professeur Delbet utilise couramment, dans son service, le sérum polyvalent de Vallée dans le cas de brûlures étendues. Dans la *Presse médicale* du 15 octobre 1913, on retrouve un cas de guérison, par le sérum polyvalent, d'une péricystite phlegmoneuse (Legueu).

Enfin M. Joubrel consacre sa thèse inaugurale à l'*Etude de la médication spécifique des plaies les plus diverses par le sérum polyvalent* (Paris, 26 novembre 1913).

Ajoutons, pour terminer, que le sérum animal simple a également ses partisans, que Nohlia le recommande dans son article de la *Presse médicale* (H. Nohlia. L'emploi du sérum animal simple en chirurgie, *Presse médicale*, 8 mars 1913, n° 20, p. 186), et que nous-même, qui expérimentons

actuellement la méthode, en avons eu, dans deux cas, d'excellents résultats.

Propriétés. — Le sérum de cheval possède trois propriétés principales. Il est : 1° *antiseptique*; 2° *réparateur*; 3° *sédatif*.

a. ANTISEPTIQUE. — Il l'est, grâce à son remarquable pouvoir leucocytaire. Cette propriété a été particulièrement établie par MM. Vallée et Joubrel, à propos du sérum polyvalent, sur les staphylocoques, streptocoques et bacilles pyocyaniques, agents habituels des suppurations. R. Petit l'avait notée et établie pour le sérum chauffé de cheval.

b. RÉPARATEUR. — MM. Leclainche et Vallée ont remarqué, par le pansement au sérum, que la durée de la cicatrisation est toujours abrégée et qu'elle s'est bien souvent opérée, chez leurs sujets, avec une rapidité surprenante. M. Ramon a noté que, chez les chevaux traités par cette méthode, « la suppuration est complètement tarie dès les premiers jours et la cicatrisation se fait très rapidement ». De son côté, M. Petit traitant un enfant brûlé en plusieurs parties du corps par des pansements différents, l'un au sérum de cheval, l'autre à l'acide picrique, les autres à l'eau boriquée et à l'eau bouillie, constata que « les escarres pansées au sérum s'éliminèrent les premières, en quelques jours et bien avant les autres ». Le rôle modificateur et kératogénique du pansement au sérum est donc bien établi.

c. Enfin ce pansement est ANALGÉSIQUE. M. Joubrel écrit dans sa thèse : « Dès le premier pansement, les malades nous ont spontanément signalé une sensation de bien-être véritablement remarquable. » Des malades porteurs de brûlures, d'anthrax, de panaris ont été très rapidement et très appréciablement soulagés.

Technique. — Il faut distinguer : 1° la qualité du sérum ; 2° la forme du pansement à utiliser.

a. SÉRUM. — On pourra utiliser soit le sérum d'animal exalté par la saignée, l'Hémostyl du docteur Roussel, communément employé dans le traitement des hémorragies, soit le sérum polyvalent du professeur Vallée, qui est du sérum de cheval hyperimmunisé, hypervacciné.

b. FORME DU PANSEMENT. — Il existe deux formes de chacune de ces deux préparations et on peut avoir recours au sérum soit desséché, soit liquide. M. Raymond Petit recommande d'employer le sérum de cheval simple : 1° liquide; 2° chauffé à 56 degrés. Dans sa thèse, M. Joubrel recommande l'emploi du sérum polyvalent liquide « pour les premiers pansements, réservant le sérum desséché, que l'on aura soin de pulvériser très finement dans un mortier stérilisé, pour les pansements à plat, lorsque l'épidermisation est déjà amorcée » (p. 31). Le même auteur conseille d'employer le sérum tiédi et d'espacer les pansements, dès que la suppuration est terminée. Dans les abcès, le pansement sera quotidien les premiers jours. Dans les brûlures, M. Petit renouvelle le pansement humide toutes les douze heures. M. Petit fait précéder le pansement au sérum d'un arrosage de la plaie à l'eau oxygénée, puis à l'eau distillée salée à 1/10. Cette précaution n'est pas indispensable et M. Joubrel a utilisé le sérum polyvalent seul, « très souvent même sans aucun lavage préalable à l'eau bouillie ».

Indications. — Le pansement au sérum de cheval n'a ni inconvénient, ni contre-indication. Il est applicable chez tous les blessés et à tous les âges. Toutes les plaies sont justiciables de son emploi. Ses propriétés antiseptiques l'indiquent dans les abcès, phlegmons diffus, panaris, anthrax. Ses propriétés analgésiques méritent d'être utilisées dans le traitement des brûlures. Son pouvoir modificateur s'adresse aux plaies sphacélées, aux escarres. On demandera enfin à son pouvoir réparateur la cicatrisation des plaies atones et des vieilles ulcérations jusque-là rebelles à toutes les thérapeutiques.

Applications. — Elles sont multiples et concernent : *a.* les plaies *aseptiques*; *b.* les plaies *infectées*; *c.* les plaies *sphacélées*.

a. PLAIES ASEPTIQUES. — M. Joubrel, le premier, a eu recours au pansement au sérum de cheval dans les plaies aseptiques. « Les résultats obtenus dans la réparation des plaies suppurées, écrit-il, nous ont encouragé à user du sérum dans le traitement des plaies aseptiques. Il nous a paru qu'en dehors des qualités cicatrisantes normales qu'il possède l'emploi du sérum polyvalent était encore ici à préférer en ce que les anticorps qu'il apporte constituent des éléments de prévention contre une infection secondaire toujours possible, notamment dans les cas de traumatismes larges obligeant le chirurgien à recourir à des greffes. Dans les brûlures, par exemple, on connaît la difficulté pour maintenir les plaies rigoureusement aseptiques et permettre aux greffes de s'épidermiser. Toutes les fois que, dans ces cas, nous avons eu recours au sérum polyvalent, jamais nous n'avons eu d'insuccès. Il y a donc là une question à étudier, très intéressante pour le chirurgien. »

b. PLAIES INFECTÉES. — Nous distinguerons ici : 1° les plaies *actives*; 2° les plaies *atones*.

1. *Plaies actives.* — Les abcès chauds ont bénéficié, les premiers, des propriétés du pansement au sérum. Dans ces cas, il est bon d'introduire entre les lèvres de la plaie une mèche de gaze imbibée de la solution. MM. Leclainche et Vallée ont tari ainsi des cavités suppurantes; M. Ramon, des abcès; M. le docteur Raymond, chirurgien de la Maison départementale de Nanterre, des phlegmons circonscrits ou diffus. C'est dans le service de ce dernier que M. Joubrel a traité et cicatrisé quatre phlegmons circonscrits, un phlegmon diffus, cinq plaies infectées, une adénite suppurée, cinq anthrax. Cinq panaris de gravité différente ont guéri en sept, huit, neuf, dix et vingt-deux jours. Les brûlures récentes sont rapidement modifiées; par le pansement au sérum le bourgeonnement et la chute des escarres sont rapides (R. Petit, Pierre Delbet).

2. *Plaies atones.* — Les plaies atones, les vieux

ulcères, les brûlures anciennes sont justiciables du pansement au sérum de cheval. MM. Leclainche et Vallée ont guéri, par cette méthode, des plaies atones; MM. Chamboissier et Joubrel, dans le service du docteur Raymond, ont cicatrisé cinq ulcères variqueux en neuf, dix-neuf, vingt-trois, trente et quarante-cinq jours. M. Joubrel recommande « d'espacer le plus possible les pansements dès que la suppuration est tarie, et cela pour une double raison. D'une part, le sérum polyvalent forme un enduit protecteur suffisant pour que la cicatrisation s'opère normalement sans aucune crainte de retour à la suppuration. En second lieu, à cause même de sa composition, il forme un enduit qui fait adhérer fortement les pièces de pansement à la plaie. On est obligé, afin de ne pas produire de graves dégâts, d'humecter fortement la compresse de sérum artificiel tiède ou, à défaut, d'eau bouillie chaude pour la décoller. Malgré toutes les précautions prises, on ne se livre pas à cette manœuvre sans faire saigner la plaie ». M. Mauriac a rapidement fermé, par des applications et des injections de sérum, trois trajets fistuleux d'origine osseuse (*Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 14 fév. 1913).

c. PLAIES SPHACÉLÉES. — Les brûlures, les anthrax, les escarres sont, nous l'avons vu, rapidement et heureusement modifiées par l'application locale du sérum de cheval. Les parties mortifiées se séparent et s'éliminent. Les plaies d'allure gangréneuse retireront de ce pansement un excellent bénéfice. MM. Chamboissier et Joubrel rapportent l'observation intéressante d'une plaie sphacélée qui cicatrisa en neuf jours par les pansements humides au sérum de cheval polyvalent.

Conclusions. — Antiseptique local d'une efficacité éprouvée, cicatrisant précieux, le pansement au sérum de cheval, saigné ou hyperimmunisé, a droit d'entrée dans la thérapeutique des plaies. D'une innocuité absolue, admirablement tolérée par tous les sujets, sans action nocive sur les éléments de réparation, la méthode de traitement par le sérum a donné jusqu'ici d'excellents résultats. Elle mérite de passer dans la pratique où médecins et chirurgiens l'utiliseront pour le plus grand bien de leurs malades.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 2 MARS 1914)

Observations sur le fibrinogène et le plasma oxalaté. — MM. PIETTRE et A. VILA. Les acides étendus ont la propriété de transformer le fibrinogène du plasma ou des solutions en une matière qui possède tous les caractères classiques de la fibrine : propriétés physiques, insolubilité dans l'eau, dans les solutions salées, alcalines ou acides étendues.

Cette transformation se produit au sein de matériaux décalcifiés dans des conditions où le phénomène peut être attribué à un ferment coagulant.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 10 MARS 1914)

La vaccination antityphoïdique. — M. VINCENT, à propos du procès-verbal, rappelle les bons résultats fournis par le vaccin polyvalent à l'éther. Au 1er janvier de cette année, le nombre de ces vaccinations avait atteint le chiffre de 231 462.

M. Chantemesse, dans sa communication, a dit qu'on avait arrêté ces vaccinations. On les a, en effet, arrêtées, d'abord parce qu'il n'y a presque plus de fièvres typhoïdes actuellement dans l'armée, ensuite parce qu'on a pensé que, en présence des nombreux cas de maladies éruptives qui y ont été observés, les malades, non instruits, pourraient établir une relation entre la vaccination et ces maladies.

Projet de loi sur les aliénés. — M. THOINOT lit un rapport très important à ce sujet.

Ce rapport sera discuté dans la prochaine séance.

L'épidémie de fièvre typhoïde de 1912 à Avignon. — M. PAMARD (d'Avignon) fait un récit très détaillé de cette épidémie qui a été très grave et très meurtrière. Cette épidémie a eu pour cause l'infection des eaux potables. Il explique comment s'est produite la diffusion des germes pathogènes dans le réseau aquatique municipal.

Le préfet a convoqué les commissions d'hygiène, des enquêtes ont été faites. Un rapport très documenté, très complet a été fait par M. Jullian. On a décidé de prendre certaine mesure, la désinfection de l'eau par l'ozone, le recours aux vaccinations antityphoïdiques qui ont donné des résultats très appréciables. Malheureusement, dès le début de l'épidémie, la déclaration n'a pas été faite scrupuleusement, les médecins d'Avignon étant peu enclins à la faire. La solution idéale aurait été d'amener des eaux pures. Mais cette solution qui, depuis, a été votée par la municipalité n'a pu être entreprise au moment de l'épidémie de 1912.

Grâce à l'intervention de M. Vincent et de son vaccin, il n'y a pas eu un seul cas de fièvre typhoïde dans la garnison en 1913, mais il n'est pas aussi facile d'imposer cette vaccination aux civils qu'aux militaires.

M. MOSNY exprime le regret que les médecins d'Avignon hésitent ainsi à faire la déclaration des maladies contagieuses. Malgré les objections qu'on peut invoquer à l'égard de cette déclaration, quand l'intérêt de la santé publique est en jeu, elle s'impose et sa nécessité doit primer toutes les autres considérations. Si elle avait été faite, à Avignon, en temps voulu, on aurait pu procéder plutôt à la désinfection des eaux potables et éviter ainsi un certain nombre de contaminations. Cela eût été d'autant plus utile que la ville d'Avignon, célèbre par son histoire et ses beautés artistiques, est très visitée par les étrangers et qu'elle devrait, de ce fait, offrir plus que toute autre des garanties de sécurité au point de vue de la santé publique.

M. DELORME qui a été chargé, comme médecin inspecteur général, d'étudier les causes des épidémies de fièvre typhoïde qui ont frappé la garnison de cette ville, rappelle, après M. Pamard, les conditions très défectueuses des eaux potables. Il a dû déclarer à la municipalité combien il regrettait que les mesures nécessaires n'aient pas été prises. Il avait demandé, entre autres mesures, la suppression du fameux puits de Montclar infecté par des fosses voisines. Une seule solution vraiment utile s'imposait, l'amenée d'eaux pures.

M. VINCENT, dans son rapport sur les épidémies, a exprimé les mêmes desiderata que vient d'exposer M. Delorme.

M. VAILLARD fait observer que la déclaration a été faite par les médecins militaires des cas de fièvre typhoïde observés dans la garnison. La municipalité a donc été dûment avertie.

Pourquoi n'a-t-elle rien fait à ce moment? Il avait cependant énergiquement réclamé l'urgence de mesures prophylactiques, sous peine de voir Avignon devenir un véritable péril national. La municipalité de cette ville a manqué à ses devoirs.

M. PAMARD rassure ses collègues en leur affirmant que la mesure radicale demandée par eux est en train d'être accomplie.

Les greffes de caoutchouc. — M. Pierre DELBET lit un travail sur ce sujet.

Les corps inertes qui n'ont pas d'action directe sur la matière vivante sont tolérés par les tissus animaux à la condition d'être aseptiques. Mais, bien que tolérés, ils déterminent une réaction qui a des résultats divers. Tantôt le corps étranger est résorbé, tantôt il est enkysté par une membrane de forme conjonctive banale.

Un corps qui serait toléré par les tissus vivants sans être ni résorbé ni enkysté serait précieux au point de vue chirurgical.

Il permettrait, non seulement de réparer les pertes de substance, mais d'éviter ou de supprimer des adhérences fâcheuses et de reconstituer des organes de glissement.

M. Delbet s'est demandé si le caoutchouc ne pourrait pas remplir ce rôle.

Après une étude complète des propriétés du caoutchouc, M. Delbet a été conduit à se demander si les propriétés en quelque sorte paravivantes du caoutchouc ne s'accorderaient pas avec celles des tissus animaux.

L'expérience journalière prouve que les tissus humains ne présentent aucune réaction appréciable au contact des drains de caoutchouc. Tuffier et Carrel ont constaté que le sang circulant ne se coagule pas au contact d'une feuille de caoutchouc.

Ces faits prouvent un remarquable accord entre les colloïdes vivants et le caillot de ce pseudo-colloïde.

D'autre part, il a été démontré que le caoutchouc peut rester fort longtemps intact dans les tissus.

On pouvait donc espérer que le caoutchouc satisferait aux divers desiderata qu'il a exposés et peut-être même que l'on pourrait utiliser son élasticité.

Après avoir disséqué un tendon extenseur complètement adhérent à la première phalange, M. Delbet a interposé une mince feuille de caoutchouc entre l'os et le tendon. Ce dernier a recouvré ses fonctions. L'opération date de plus de huit mois. La greffe de caoutchouc n'a déterminé aucun trouble. L'opéré ne se doute pas de sa présence.

Plus récemment, dans un cas d'énorme hernie du gros intestin, il a refait la paroi abdominale effondrée avec une feuille épaisse de caoutchouc longue de 7 et large de 3 centimètres. La réunion s'est faite sans le moindre signe d'irritation.

Fieschi a utilisé le caoutchouc d'une manière différente. Il s'est servi d'un tissu très poreux (éponges de caoutchouc) avec l'idée d'obtenir une incorporation par pénétration des bourgeons charnus dans les aréoles. Cette utilisation peut être intéressante.

M. Delbet a commencé des expériences pour chercher si l'élasticité du caoutchouc greffé ne pourrait pas être utilisée.

Les greffes de caoutchouc lui paraissent devoir rendre de grands services en chirurgie.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants nationaux dans la deuxième division.

MM. Simon (de Constantinople) et Arthus (de Lausanne) ont été élus.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 6 MARS 1914)

La rétention des sels biliaires dans les affections du foie sans ictère. — MM. M. BRULÉ et H. GARBAN. Au cours des affections du foie, il est possible, alors même que n'existent ni ictère cutané, ni pigments biliaires vrais dans les urines, de mettre en évidence des troubles de la fonction biliaire par l'examen systématique des urines.

On peut ainsi noter fréquemment le passage des sels biliaires dans l'urine, non seulement dans les maladies caractérisées du foie (cirrhoses biliaires, tuberculeuses, alcooliques, foie cardiaque) mais encore dans les infections et les intoxications qui retentissent sur le parenchyme hépatique (pneumonie, fièvre typhoïde, tuberculose pulmonaire, rhumatisme articulaire aigu, appendicite, anesthésie au chloroforme et à l'éther).

En pratique, il est aisé de déceler ce passage des sels biliaires dans l'urine en employant la réaction de Hay ou de la fleur de soufre; nous nous sommes assurés que cette réaction ne comporte que des causes d'erreur exceptionnelles et faciles à éviter. D'ailleurs nous avons vérifié la rétention des sels biliaires par d'autres méthodes plus complexes.

Le plus souvent, en même temps que des sels biliaires, apparaissent dans l'urine l'urobiline et l'urobilinogène, dont la fréquence au cours des affections hépatiques est bien connue, mais dont la genèse est encore si discutée.

Ces rétentions partielles des éléments de la bile ne peuvent, dans les cas observés, être attribuées qu'à un trouble fonctionnel de la cellule hépatique elle-même; elles montrent à nouveau l'intervention de la cellule hépatique, à l'exclusion des conduits biliaires dans la pathogénie de certains ictères.

Pratiquement enfin, ces rétentions partielles des sels biliaires, faciles à mettre en évidence, permettent de déceler, au lit même du malade, l'atteinte du parenchyme hépatique que souvent aucun signe clinique ne pouvait faire soupçonner.

Asystolie à répétition consécutive à la dilatation aiguë primitive du cœur chez l'enfant. — MM. H. MÉRY, H. SALIN et O. WILBERT rapportent 3 cas de dilatation aiguë primitive du cœur chez l'enfant suivie d'asystolie à répétition. Dans les 3 cas, les crises d'asystolies sont survenues sans causes suffisantes pour déterminer la dilatation cardiaque. En dehors des causes banales susceptibles de provoquer l'asystolie à répétition (lésion valvulaire, symphyse cardiaque) il en existe deux principales, la médiastinite inférieure, la myocardite primitive. C'est à cette dernière affection que les auteurs rattachent les cas publiés. Cliniquement le syndrome est bien celui de l'asystolie aiguë. Début brusque des accidents, augmentation surtout transversale de la matité cardiaque, énorme hypertrophie du foie, cyanose extérieure, pouls incomptable. L'asystolie cède rapidement au traitement par la digitaline et les purgatifs drastiques (calomel, scammonée); mais ces accidents récidivent à propos de la cause la plus insignifiante. Les auteurs insistent surtout sur l'examen radioscopique pour éliminer le diagnostic de symphyse cardiaque et de médiastinite (absence d'ombre médiastine, mobilité absolue de la pointe).

La myocardite primitive essentielle est très rare chez l'enfant, l'observation de Lemet est la seule comparable à celles rapportées. L'interprétation pathologique est difficile, on peut invoquer l'intoxication, décharge brusque des produits toxiques lésant soit le foie, le rein et le cœur (urémie cardiaque), soit le cœur isolément; mais il faut marquer le rôle de la débilité cardiaque qui explique non seulement les cas dramatiques de la dilatation aiguë du cœur à répétition, mais aussi d'autres troubles cardiaques (tachycardie, légère dilatation cardiaque survenant sans cause appréciable). Les auteurs pensent que les faits de la débilité cardiaque sont peut-être plus fréquents qu'on ne le suppose et que cette notion permet

d'expliquer la dilatation aiguë essentielle du cœur chez l'enfant.

Recherches expérimentales sur la mort attribuée au salvarsan. — MM. MOREL et MOURIQUAND poursuivant depuis trois ans des recherches expérimentales sur l'organotropisme du salvarsan ont enregistré deux catégories de réactions de l'organisme chez leurs sujets :

1° Les animaux supportaient bien l'injection, alors l'élimination urinaire de l'arsenic était rapide et intense. La recherche de l'arsenic dans les viscères de l'animal sacrifié trois ou quatre jours après l'injection montrait une absence habituelle d'organotropisme.

2° Dans une deuxième catégorie de cas (moins nombreux), les animaux succombaient rapidement à l'intoxication : dans ces cas l'urine ne contenait pas d'arsenic dont la rétention était pour ainsi dire totale. L'analyse des organes montrait la localisation de l'arsenic principalement au niveau du foie (hépatotropisme). Le neurotropisme était habituellement nul. Les auteurs, rappelant les cas récents d'intoxication aiguë par le salvarsan où une analyse des fonctions rénales antérieure à l'injection n'avait montré aucune anomalie, préconisent dans certains cas une injection d'épreuve à faible dose avec recherche consécutive de l'arsenic dans l'urine.

Quand après une première injection l'élimination aura été nulle, ou faible, ou tardive, la deuxième injection sera différée ou faite avec la prudence désirable.

Un cas d'ictère grave mortel avec azoturie, azotémie et absence presque totale de lésions hépatiques. — MM. I. BRUHL et R. MOREAU. Il s'agit d'un homme de cinquante-huit ans, sans tares antérieures, ayant travaillé régulièrement jusqu'à la semaine qui a précédé son entrée à l'hôpital. On note chez lui un ictère assez marqué, qui s'est accentué les jours suivants, un état de prostration intense avec voix cassée, des hémorragies surtout gingivales, apyrexie et même hypothermie ; au début les selles sont pléiochromiques, puis presque décolorées. Les urines sont légèrement biliphéiques, mais toujours abondantes, oscillant entre 2 litres et 3 litres par vingt-quatre heures, sans albumine, mais riches en urée, l'azoturie se chiffrant par 40 à 50 grammes d'urée par vingt-quatre heures. Il y avait, en même temps, une azotémie (de 3gr70 par litre).

Le malade a succombé huit jours après son entrée à l'hôpital. L'autopsie a montré que le foie pesait 1.470 grammes, ne présentait pas d'altérations macroscopiques (ni atrophie jaune aiguë, ni réactions conjonctivo-vasculaires, ni dislocation trabéculaire, mais seulement quelques altérations des noyaux cellulaires). Par contre, il y avait de profondes altérations rénales portant surtout sur les tubuli, et de très intéressantes lésions pancréatiques, atteignant surtout les îlots de Langerhans.

L'étiologie est restée négative, les hémocultures n'ayant donné aucun résultat.

Cette association du syndrome de l'ictère grave avec une azoturie aussi marquée contraste avec l'intégrité anatomique du foie.

Fonctionnement du service d'isolement de l'Hôtel-Dieu pour les malades agités et délirants (service du professeur Chantemesse). — MM. Pierre KAHN et CAMBESSÉDÈS montrent par la statistique de ce service pendant les années 1910, 1911, 1912, 1913 que, sur le nombre des entrants qui comprend quatre catégories de malades (affections générales à troubles délirants transitoires, psychoses justiciables de l'asile, psychoses pour lesquelles l'internement n'est pas nécessaire, alcoolisme), 25 p. 100 seulement ont été internés par la suite. Ces chiffres prouvent que si on fait abstraction des délirants transitoires et des alcooliques 3/5 des malades échappent à l'internement, grâce à la création et au fonctionnement de ce service. Cette constatation surtout exacte pour la classe nécessiteuse légitime la proposition qui fut faite à la commission sénatoriale de la réforme de la loi de 1838 au sujet de la création dans chaque hôpital d'un service d'isolement semblable, proposition qui malheureusement fut rejetée.

MM. Pierre Kahn et Cambessédès rappellent que le service de l'Hôtel-Dieu (professeur Chantemesse) reçoit directement dans ses salles d'isolement les malades envoyés soit du dehors, soit des consultations ou des services des autres hôpitaux.

Traitement de la pneumonie et de la bronchopneumonie par l'émétine. — M. Louis RÉNON. Le chlorhydrate d'émétine, à la dose de 2 à 6 centigrammes en injections sous-cutanées, n'a aucune action spécifique sur la pneumonie. La durée de la maladie n'est pas abrégée, mais la température s'abaisse souvent en lysis, la dyspnée diminue, le souffle fait rapidement place à des râles sous-crépitants assez gros.

Dans la bronchopneumonie, l'effet est nettement favorable. Chez les malades âgés, dans les cas graves, sous l'influence des injections de 4 à 6 centigrammes de chlorhydrate d'émétine, on voit la température s'abaisser, la dyspnée diminuer, de gros râles remplacer le souffle, l'expectoration devenir très rapidement plus abondante et plus aérée.

L'action favorable de l'émétine dans les affections pulmonaires aiguës est supérieure à celle consécutive à l'ancienne thérapeutique par l'ipéca.

Diabète insipide avec fonctionnement normal du rein. — M. AUBERTIN rapporte un cas de polyurie nerveuse dans lequel M. Ambard n'a trouvé aucun signe d'insuffisance fonctionnelle du rein. Il ne faut pas, croit-il, chercher dans une lésion de cet organe l'explication de la polyurie. Le système nerveux agit peut-être sur le rein mais sans léser son fonctionnement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 4 MARS 1914)

Le traitement du cancer par le radium. — M. Charles MONOD rapporte l'observation suivante qu'il tient de son cousin, M. Eugène Monod :

Il s'agit d'une femme de cinquante-quatre ans chez laquelle, en novembre 1910, M. Eugène Monod constata un cancer du col, inopérable. Il l'envoya à M. Charles Monod, à Paris, afin de la soumettre à la radiumthérapie. Cette malade fut soumise, par M. Decrais, à trois séries d'applications de radium en novembre 1910, en janvier 1911 et en mai 1912. Les applications ont été de 4 à 6 centigrammes, après un curettage préalable. Depuis, les métrorragies ont cessé, les douleurs ont disparu et la malade, qui habite Bordeaux, a engraissé et a repris sa vie d'autrefois. L'examen local révèle un tissu cicatriciel, scléreux. Voilà trois ans que dure cette guérison.

Luxation du coude. — M. OMBRÉDANNE fait un rapport sur une observation de M. Dehelly (du Havre) : luxation du coude irréductible, incision, excision du fragment osseux interposé, guérison. Ce fait est superposable à ceux qu'ont communiqués MM. Ombrédanne et Savariaud.

Plaie du cœur, suture. — M. SCHWARTZ fait un rapport sur une observation de M. Mocquot dans laquelle il s'agit d'une plaie du cœur par coup de couteau ; devant l'état grave du blessé, M. Mocquot intervient, résèque les quatrième et cinquième cartilages costaux, trouve une symphyse du cœur qui s'oppose à sa mobilisation ; il suture une plaie d'un centimètre, suture le péricarde et referme sans drainer. Le malade est mort quarante-deux heures après l'opération. A l'autopsie, on constata une symphyse cardiaque presque complète ; la suture de la plaie cardiaque a bien tenu. Le malade avait de la tuberculose pulmonaire.

La colectomie. — M. Hartmann se rallie complètement à l'opinion émise, dans la dernière séance, par M. Quénu. Comme lui, il pense que les médecins devraient envoyer plutôt au chirurgien les malades atteints de cancers intestinaux, que le diagnostic de ces cancers est possible, qu'en cas d'occlusion la cæcostomie est l'opération de choix, que l'extériorisation peut aggraver le pronostic. Toutefois M. Hartmann ne la repousse pas de parti pris. Mais le mieux est de faire un anus cæcal.

M. Hartmann ajoute que, pour l'établissement de cet anus cæcal, il faut recourir à une technique plus soignée que celle qu'employaient nos maîtres.

Dans deux cas, M. Hartmann a eu recours au procédé suivant : il amène en dehors de la paroi abdominale l'anse malade, fait une entéro-anastomose latérale entre l'anse ascendante et l'anse descendante. L'anus artificiel ainsi constitué se referme tout seul.

M. Souligoux accepte toutes les conclusions de M. Demoulin. Il rappelle avoir, dans un rapport au Congrès de chirurgie, dit qu'en cas d'occlusion c'était à l'anus de Nélaton qu'il fallait donner la préférence. C'est une fistule cæcale ou intestinale grêle qu'il faut créer, M. Souligoux partage, en cela, l'avis exprimé par M. Quénu.

M. Delbet, au point de vue de la grande mortalité qui a été constatée dans son service après les cæcostomies, fait observer qu'il s'agissait, dans ces cas, de malades en état d'occlusion aiguë grave et non en état d'occlusion chronique comme ceux auxquels a fait allusion M. Quénu. L'anus cæcal n'est pas par lui-même une opération dangereuse. Ce sont les conditions dans lesquelles on est appelé à le faire qui peuvent être dangereuses.

M. Demoulin résume cettte discussion. Il est de l'avis de M. Delbet sur la gravité relative de l'anus cæcal suivant l'état plus ou moins grave des malades chez lesquels on le pratique. M. Demoulin répète et maintient ses premières conclusions qui sont que l'anus cæcal, l'extériorisation, la colectomie en un seul temps ou la colectomie en deux temps ont chacune leurs indications.

Traitement chirurgical de la constipation chronique. — M. Duval fait sur ce sujet une très intéressante communication. Il commence par faire remarquer que l'on comprend sous la dénomination de constipation chronique bien des états différents, ce qui a donné lieu à bien des confusions. Ainsi que l'a justement fait observer M. Tuffier, il faut envisager l'état anatomique du côlon, son état fonctionnel et son état physiologique, ce qui comporte un examen clinique, un examen radiologique et un examen chimique.

M. Duval distingue le cæcum mobile sans rétrécissement, la péricolite membranense décrite par Jackson, le côlon en canons de fusils, la cæcotyphlite chronique. Il faut, au point de vue des indications opératoires, envisager séparément ces divers états.

Il y a des constipés diarrhéiques, c'est-à-dire des malades présentant des alternatives de constipation et de diarrhée. C'est là le prototype de la constipation cæcale. Les caractères macroscopiques de ces selles sont reconnaissables. Ces grands constipés sont des malades, des intoxiqués. Les constipés gauches ne le sont pas. On peut faire le diagnostic de cæcum mobile en faisant successivement coucher les malades sur le dos, sur le côté gauche et sur le côté droit. On peut aussi diagnostiquer la péricolite membraneuse.

La radiographie permet aussi de reconnaître le cæcum mobile, ce facteur rural de l'abdomen, en faisant pénétrer le bismuth, non par la bouche, mais par l'intestin. L'examen chimique des selles, tel que l'a fait connaître Goiffon, peut être aussi d'une grande utilité pour le diagnostic de la typhlectasie atonique.

M. Duval arrive à la description des opérations qui peuvent corriger ces différents états. On a proposé la libération des brides péricoliques en laissant en haut l'attache de la bride. M. Duval a eu trois échecs lamentables en cherchant ainsi la libération des adhérences pelviennes. Il a eu recours à la cæcoplicature en fixant le cæcum au petit psoas; il en a obtenu de très bons résultats. Il examine ensuite successivement les diverses anastomoses : l'iléo-sigmoïdostomie, la cæco-sigmoïdostomie avec ou sans Y ; ces opérations lui ont donné de bons résultats. Il a fait trois fois la colectomie avec bons résultats.

Il reste à déterminer quelles sont les indications opératoires. La cæcopexie donne de bons résultats pour six semaines ou deux mois, puis les accidents reparaissent. La libération des adhérences est une mauvaise opération. Dans les péricolites membraneuses, la cæco-colostomie, l'iléo-colostomie sont de mauvaises opérations. Une seule opération donne de bons résultats, c'est la résection de toute la partie droite du gros intestin, c'est la résection du côlon droit.

Que donnent les anastomoses? Leur but est d'exclure complètement le gros intestin. Dans l'iléo-sigmoïdostomie, le reflux est la règle. L'iléo-sigmoïdostomie est donc une mauvaise opération quand elle s'adresse au traitement de la constipation; c'est à la cæcosigmoïdostomie qu'il faut avoir recours. La cæcotyphlite chronique est une maladie grave qu'il faut combattre par la résection de toute la partie droite du gros intestin. Cette opération donne de très beaux résultats.

M. Lenormant prend la parole pour soumettre un certain nombre de faits qui viennent à l'appui des opinions émises par M. Duval.

PRATIQUE MÉDICALE

ANTISEPSIE ET DÉSINFECTION

Schaeffer disait (1) que nous ne possédons pas un antiseptique qui, en concentration habituelle, soit capable de tuer en cinq à dix minutes les staphylocoques, sans inconvénient pour l'économie, et montrait combien il est dangereux de se fier aux antiseptiques ordinaires qui donnent aux malades et à l'opérateur une fausse sécurité; il conseillait d'employer le lusoforme en raison de son peu de toxicité.

Peyton Beale (2) a indiqué l'emploi du lusoforme à 2 ou 3 p. 100 dans les lavages d'abcès ou dans le traitement des furoncles et des phlegmons.

Le professeur Duhrssen (3), pour un examen gynécologique, pratique le toucher après s'être enduit le doigt de lusoforme. Il procède ensuite à une désinfection de la vulve avec une solution à 1 p. 100; puis, après application du spéculum, il fait, avec la même solution, un lavage qui aurait l'avantage de laisser les voies génitales lubréfiées. Pour les rétentions placentaires, il assure qu'il n'y a pas de désodorisant aussi rapide. Au cours des leucorrhée, vaginite, métrite, et surtout pour la désinfection du champ opératoire, des mains, instruments et objets de pansements, il le conseille de préférence. Les injections journalières avec une solution faible pour les soins de la toilette n'amènent aucun accident ou irritation.

Regnier (4), dans la scarlatine, la diphtérie, a pratiqué des lavages de la bouche, de la gorge avec des solutions plus étendues (une cuillerée à café pour trois litres d'eau); ces lavages sont toujours bien supportés par les malades. Deux cuillerées à café donnent une solution à 1 p. 100.

D'après Tunnicliffe et Hewlett (5), il faut l'employer à la

(1) Schaeffer. *Therap. Monat.*, 1904, n° 11.
(2) Peyton-Beale. *Medical Press*, janv. 1903.
(3) Duhrssen. *Vade-mecum d'obstétrique et de gynécologie*, 1902. 1903, 7e et 8e éditions
(4) R. Regnier. *Progrès méd.*, 1904, n° 11.
(5) Tunnicliffe et Hewlett. *Medical Press*, oct. 1902.

dose d'un demi à 1 p. 100 dans les maladies du nez et du larynx. Les solutions seront préparées au moment de l'opération et avec de l'eau à une température inférieure à 38 degrés.

Plusieurs de nos confrères de l'armée ont obtenu de bons effets pour combattre l'hyperhydrose plantaire en frictionnant légèrement le pied avec le lusoforme pur, laissant le contact se produire pendant deux ou trois minutes et lavant ensuite à grande eau.

En ce qui concerne la stérilisation des instruments, Galli Valerio (1) a démontré que ceux de nickel ou d'argent maintenus pendant un mois dans une solution de lusoforme à 3 p. 100 restent intacts. Des sondes en caoutchouc souple ou durci demeurèrent trois mois dans la même solution sans inconvénient.

Pour assurer l'asepsie du médecin ou des personnes qui approchent ou soignent le malade, et pour la toilette de ceux-ci, une solution préparée avec une ou deux cuillerées à soupe de lusoforme pour un litre d'eau est suffisante (2). Mélangée aux urines septiques, elle en arrête la fermentation; employée pour le lavage des urinoirs, bassins et cuvettes, des cabinets d'aisance, elle constitue un excellent désinfectant; c'est en même temps un désodorisant rapide.

ANALYSES

MÉDECINE

Du passage des bacilles de Koch dans le lait des nourrices tuberculeuses. (B. AUCHÉ. *Journ. de méd. de Bordeaux*, fév. 1914, n° 6.) — La présence des bacilles de Koch, dans le lait des nourrices tuberculeuses, a été recherchée jusqu'à maintenant, de deux façons : 1° par la méthode des inoculations aux animaux de laboratoire ; 2° par l'emploi de l'antiformine.

La méthode des inoculations aux animaux de laboratoire a donné des résultats très divers ; les animaux injectés ne sont jamais devenus tuberculeux dans les expériences de très nombreux auteurs ; ils se sont tuberculisés dans un tiers des cas à la suite des inoculations faites par d'autres expérimentateurs, en particulier par M. Patron. C'est cette méthode d'inoculation que l'auteur a utilisée dans les six cas qu'il rapporte ; dans aucun de ces cas, le lait de la nourrice n'a été tuberculigène pour le cobaye.

Par l'emploi de l'antiformine, MM. Kurashige, Mayeyama et Yamada ont toujours ou presque toujours trouvé des bacilles tuberculeux dans le lait.

La question est donc loin d'être résolue, et, vu son importance, mérite d'être étudiée de nouveau.

STEPHEN CHAUVET.

Réactions intestinales (diarrhée) dans certains états infectieux. (TRIBOULET. *Journ. de méd. de Paris*, 20 déc. 1913.) — Il n'est pas rare au cours de pneumonies graves d'observer des crises diarrhéiques extrêmement alarmantes : la diarrhée au cours d'une pneumococcie indique une dérivation de l'infection à pneumocoques vers le tractus bilio-intestinal; l'apparition de cette diarrhée dénote d'une manière incontestable, la réalisation de la septicémie à pneumocoques. Au cours de la rougeole également, il est fréquent, surtout dans les rougeoles graves, de voir survenir un flux intestinal à type d'entérite qui assombrit singulièrement le pronostic de la rougeole ; pour l'auteur bien souvent cette complication est encore ici le fait d'une septicémie à pneumocoques qui vient, par voie sanguine, infecter le tractus digestif, foie, duodénum, estomac, localisations préférées du pneumocoques. Ces manifestations diarrhéiques de la rougeole, spécialement celles du début de l'affection, commandent une mesure thérapeutique de rigueur, l'abstention; il est mauvais de purger un pneumonique, il est aussi néfaste de purger un rougeoleux en cours d'éruption. La septicémie à pneumocoques représente pour les jeunes sujets la menace la plus terrible, notamment en ce qui concerne la rougeole.

J. MILHIT.

CHIRURGIE

Rapports de l'ulcère gastrique et du cancer. Etude de 566 cas consécutifs opérés de cancer de l'estomac. (Frank SMITHIES. *Journ. Amer. med. Assoc.*, vol. LXI, n 20, 15 nov. 1913, pp. 1793-1799.) — Il s'agit d'une statistique des Mayo, c'est-à-dire d'une statistique qui commande l'attention par le nombre des cas et la manière minutieuse dont ils sont étudiés. Un grand nombre de cas où le diagnostic clinique ne peut être qu'ulcère sont trouvés être du cancer à l'opération. Beaucoup de cas de cancer gastrique ont une longue période précancéreuse où les symptômes ne sont que ceux d'un ulcère, sauf pour la période terminale. Comme l'ulcère, le cancer est plus de trois fois plus fréquent dans le sexe masculin. Plus des trois quarts des cas s'observent de quarante à soixante-dix ans ; plus de la moitié des cas d'ulcère se voient à la même période. L'hérédité existe dans 9 p. 100 des cas ; 42 p. 100 des cas vérifiés de cancer débutent par la symptomatologie de l'ulcère; 19 p. 100 en plus donnent la symptomatologie de l'ulcère atypique. Ce qui fait 61 p. 100 des cas de cancer donnant une histoire antécédente d'ulcère : 32 p. 100 seulement des cas débutent d'emblée par les symptômes de cancer. En outre, dans cette dernière classe, l'opération démontre dans un cas sur cinq qu'il s'agit de cancer greffé sur un ulcère. La durée des symptômes dans les cancers « primitifs » est en moyenne de sept mois. Dans 239 cas où il y avait une période dyspeptique précancéreuse, la longueur de celle-ci était en moyenne de *onze ans et demi*, tandis que la période de malignité évidente avait duré en moyenne six mois.

Dans les cas à longue période dyspeptique précancéreuse, les symptômes sont périodiques dans 80 p. 100 des faits, tandis que cette périodicité disparaît toujours (99 p. 100) quand le processus devient malin. La périodicité ne se retrouve que dans moins de 5 p. 100 des cas de cancer d'emblée. Dans ces derniers, il n'y a que rarement des douleurs violentes (type de colique), tandis que ces douleurs existent assez fréquemment (25 p. 100) dans les cancers sur ulcère. De même pour le soulagement causé par l'ingestion d'aliments.

L'hémorragie a une fréquence globale de 17 p. 100 dans la statistique, mais elle se retrouve dans 63 p. 100 des cas précédés d'ulcère, dans 19, 5 p. 100 dans les cas de cancer précédés d'ulcère atypique et dans 16 p. 100 des cas de cancer d'emblée. Les vomissements marc de café ne se trouvent que dans 15 p. 100 des cas de la statistique ; les vomissements de toute nature dans 57 p. 100. Une tumeur ou inégalité perceptible à la palpation existe, dans les trois quarts des cas, plus régulièrement dans les cas de cancer-ulcère que dans ceux de cancer d'emblée. L'absence d'acide chlorhydrique libre se voit dans à peu près la moitié des cas et, chose curieuse, il n'y a que très peu de différence sous ce rapport entre l'ulcère-cancer et le cancer d'emblée; l'acide lactique est plus fréquent dans ce dernier, tandis que le sang occulte y est moins fréquent. Les bacilles d'Oppler-Boas se trouvent dans 94 p. 100 des cas. L'épreuve au glycyltryptophane est positive dans 40 p. 100 des cas, la réaction d'hémolyse dans 47 p. 100. L'index de titrage de la formaldéhyde est régulièrement plus haut dans les cas de tumeur maligne gastrique que dans toute autre forme de dyspepsie. La recherche de l'albumine soluble (Wolff-Junghaus) y est aussi plus fréquemment positive.

Les rayons X sont utiles dans 10 p. 100 des cas ; 98 p. 100 des cas sont des adénocarcinomes. Il y eut 5 carcinomes colloïdes, 4 fibromes et un seul sarcome.

F. GARDNER (de New-York).

(1) GALLI VALERIO. *Arch. gén. de méd.*, 17 nov. 1903.

(2) P. FAVARI. *Il medico di se stesso*, Lodi 1904.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES ANÉMIES

SIGNES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT

Les anémies sont caractérisées essentiellement par la diminution du nombre des globules rouges et de l'hémoglobine totale avec ou sans modifications des autres éléments du sang; normalement on trouve chez l'adulte, par millimètre cube de sang, 4 500 000 à 5 000 000 de globules rouges, 14 p. 100 d'hémoglobine (la valeur globulaire étant égale à l'unité), 300 000 à 500 000 hématoblastes, 8 000 globules blancs. Le sang se coagule en dix minutes, donnant un caillot ferme, très rétractile. Au cours des anémies, le sang se modifie, soit que le chiffre des globules rouges diminue, soit qu'il s'y ajoute des modifications de la coloration, de la structure des hématies, des autres éléments figurés ou de la coagulation. Il est classique de diviser les anémies en anémies secondaires ou symptomatiques et en anémies essentielles, idiopathiques, comprenant les anémies pernicieuses, la chlorose, l'anémie pseudo-leucémique; cette classification ne doit pas être conservée; outre que le groupe des anémies essentielles se démembre chaque jour au profit des anémies symptomatiques, une telle division ne tient compte ni de la formule sanguine, ni de l'intensité, ni du pronostic de l'anémie. Aussi adopterons-nous plutôt la division en anémies simples et anémies pernicieuses ou anémies graves de type pernicieux.

I. **ANÉMIES SIMPLES.** — Les traits saillants des anémies simples sont les suivants : l'hypoglobulie est en général peu accusée; rarement elle s'abaisse au-dessous de 2 millions; la morphologie des globules rouges est normale; il n'y a ni poïkilocytose, ni anisocytose, ni hématies nucléées; les organes hématopoïétiques ne présentent jamais le trouble profond qui caractérise les formes à type pernicieux; la réparation globulaire se fait suivant le mode normal. Au cours de ces anémies simples, ce qu'il importe de préciser en vue de porter un pronostic exact, c'est avant tout la cause de l'anémie constatée; si la cause est passagère, sans gravité, le pronostic restera bénin; si la cause est une maladie grave, un cancer par exemple, le pronostic sera sévère; mais de toutes manières ce qui fait la bénignité relative de ces anémies simples c'est leur tendance spontanée à la guérison.

II. **ANÉMIES GRAVES DE TYPE PERNICIEUX.** — Tout différent est le tableau de ces anémies; l'hypoglobulie est extrême et oscille entre 2 millions et quelques centaines de mille; l'anémie est le symptôme capital, mais le pronostic dépend surtout de la réaction médullaire; tantôt, en effet, la moelle réagit suivant le type normal, mais les hématies lancées dans la circulation sont jeunes encore, souvent nucléées et insuffisamment chargées d'hémoglobine; c'est là la *réaction normoblastique*; tantôt la moelle reprend son fonctionnement embryonnaire jetant dans le sang des normocytes et des normoblastes, des mégaloblastes, des myélocytes même (*réaction métaplastique*); tantôt, enfin, la moelle cesse toute production, toute manifestation de vitalité; le sang ne présente plus aucun élément anormal, mais une hypoglobulie extrême qui aboutit bientôt à la mort (*anémie aplastique*).

Tels sont les deux groupes parmi lesquels on peut ranger les anémies en général; nous n'insisterons pas ici sur la description des anémies simples proprement dites. Leur diagnostic est en général aisé; leur pronostic dépend essentiellement de la cause provocatrice; la guérison en est rapidement obtenue lorsqu'il est possible de supprimer l'agent causal; néanmoins, si cette anémie est déterminée par une maladie grave, l'anémie s'exagère et l'on peut voir alors se dérouler le tableau d'une anémie de type pernicieux.

C'est pourquoi nous allons insister plus spécialement sur la symptomatologie, l'hématologie, le diagnostic étiologique des anémies graves à type pernicieux.

Que faut-il entendre tout d'abord par anémie pernicieuse? Sous ce nom on décrit des anémies caractérisées par une déglobulisation extrême se produisant d'une façon lente, continue, progressive; à cause de cette évolution particulière qui provoque peu à peu des altérations d'organes, des troubles fonctionnels, une symptomatologie nouvelle et indépendante de la cause, l'anémie pernicieuse ou maladie de Biermer a longtemps été considérée comme une entité morbide nettement définie; les recherches récentes ont au contraire montré que l'anémie pernicieuse protopathique, essentielle, n'existait à peu près jamais, et qu'il s'agissait presque toujours d'anémies pernicieuses symptomatiques.

Symptomatologie. — Le *début* est lent, insidieux; la pâleur est le symptôme dominant, le premier d'ailleurs qui attire l'attention; tantôt il n'existe aucun symptôme fonctionnel; tantôt le malade accuse de l'essoufflement, des vertiges, des éblouissements, des troubles dyspeptiques, de la diarrhée.

A la *période d'état*, l'aspect est caractéristique; les téguments sont d'une *pâleur cireuse*, très différente de la teinte jaune paille des cancéreux ou verdâtre des chlorotiques; les conjonctives sont décolorées; les sclérotiques sont parfois subictériques; il existe une certaine bouffissure des paupières; les *troubles digestifs* sont toujours très accusés; l'anorexie est complète; les vomissements sont très souvent observés; les douleurs abdominales sont fréquentes; le chimisme gastrique dénote de l'hypopepsie ou de l'apepsie, avec fréquemment présence en excès des acides de fermentation. La diarrhée est très fréquente; les *troubles respiratoires* sont très accusés; on observe surtout de la tachypnée due, semble-t-il, à une insuffisance de l'hématose; parmi les *manifestations nerveuses* il faut retenir l'asthénie, la présence de névralgies, très exceptionnellement de parésies.

Les *hémorragies* sont fréquentes, surtout au niveau des téguments (pétéchies, purpura, ecchymoses), plus rarement on observe des épistaxis, des hématémèses, etc.; l'appareil *cardio-vasculaire* présente des modifications constantes mais très variables suivant chaque malade (dilatation du cœur, souffles extracardiaques, souffles organiques, spécialement insuffisance tricuspidienne); l'auscultation des jugulaires permet parfois d'entendre le bruit de rouet, mais d'une manière moins constante que dans la chlorose; le pouls est petit, irrégulier; la tension artérielle est abaissée; le foie est peu modifié; la rate est souvent un peu grosse; il n'est pas rare d'observer de l'*œdème* au niveau des parties déclives; l'*examen du fond d'œil* doit être pratiqué systématiquement chez tous ces malades; les hémorragies rétiniennes sont assez fréquentes; il y a souvent association de rétinite et d'œdème papillaire.

L'amaigrissement peu accusé est souvent masqué par de l'œdème; la température ne s'élève que dans les derniers jours qui précèdent la mort, sans doute par suite d'infections secondaires; les urines sont abondantes, hautes en couleur; elles ne contiennent ni sucre, ni albumine; en revanche on a signalé la diminution des phosphates, de l'urée et la présence de leucine, tyrosine, créatinine, urohématine; d'après Morris l'urine contiendrait parfois des substances hémolysantes.

(A suivre.)

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 10 francs par an.
Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Lecture.* — Séance du 11 mars. — MM. Gernez, 28; Küss, 26; Basset, 24; Bazy, 25.

— Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — *Lecture.* — Séance du 11 mars. — Question donnée : « Glande lacrymale. — Sécrétion lacrymale. »

MM. Velter, 27; Chenet, 26; Cerise, 28.

Séance du 12 mars. — M. Coutela, 29.

Epreuve clinique. — M. Velter, 15.

Prochaine séance lundi, à cinq heures, à Lariboisière.

— Concours de la médaille d'or. (*Médecine.*) — *Jugement des mémoires.* — MM. Baumgartner, Chauvet, Dumont, Gutmann, Huber, Pignot et Routier, 28; Desbouis, Donzelot, Girault, Porak et Weissenbach, 27; Gautier, 26.

Oral. — Séance du 9 mars. — MM. Baumgartner, 17; Chauvet, 18; Gutmann, 17; Pignot, 16.

Séance du 11 mars. — MM. Huber, 18; Routier, 17.

Composition écrite, samedi 14 mars, à huit heures et demie du matin, avenue Victoria.

— (*Chirurgie et accouchements.*) — *Jugement des mémoires.* — MM. Deplas, 29; Madier et Maurer, 28; Monod et Virenque, 29.

Oral. — Séance du 12 mars. — Question donnée : « Luxations métacarpo-phalangiennes du pouce. »

MM. Madier et Desplas, 18; Virenque, 19; Monod, 16.

L'épreuve écrite a lieu aujourd'hui 13 mars, et la lecture des copies aura lieu le samedi 14 mars, à seize heures un quart, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — M. Verger est nommé professeur de médecine légale.

— Lille. — M. Raviart est nommé professeur de clinique psychiatrique.

— Lyon. — MM. Tixier et Bérard sont nommés professeurs de clinique chirurgicale.

— Toulouse. — M. Desforges Mériel est nommé professeur de clinique chirurgicale.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade d'officier. — M. le docteur Devez (de Cayenne).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Cellerier (d'El-Oued), Ciavaldini (d'El-Arrouch), Cros (de Mascara), Maurin (de Sidi-bel-Abbès).

LES ÉTRANGERS ET LE CONCOURS DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS. — Une délégation de la Société de l'internat des hôpitaux de Paris, composée de MM. les docteurs E. Delaunay, président de la Société, Triboulet, ancien président, Jayle, secrétaire général, H. Godlewski, interne en exercice, a été présentée par M. le docteur Emile Reymond, sénateur, ancien interne des hôpitaux de Paris, à M. Renoult, ministre de l'Intérieur. La délégation est venue protester contre l'article du nouveau règlement imposant aux étrangers les inscriptions au diplôme d'Etat pour être admis au concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris. Elle a demandé que les inscriptions pour le diplôme universitaire suffisent comme par le passé, faisant remarquer qu'au point de vue de l'expansion française à l'étranger toute mesure restrictive va à l'encontre des intérêts du pays.

Le ministre s'est montré favorable à cette démarche et a fait approuver jeudi matin par le Conseil des ministres une circulaire maintenant la faculté de l'internat aux étudiants étrangers.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Une commission d'élection pour l'examen des titres des candidats à une place de membre titulaire est composée de MM. Thiéry, Launay et Chaput.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE. — La prochaine séance aura lieu à l'Asile clinique (amphithéâtre de l'admission) le lundi 16 mars 1914, à trois heures et demie, très précises.

HOPITAL SADIKI. — Une place d'interne est actuellement vacante à l'hôpital Sadiki.

Avantages : Logement, éclairage, chauffage, blanchissage. Traitement annuel : 2400 francs. Bibliothèque. Amphithéâtre. Très grand mouvement chirurgical.

Conditions : Etre Français, scolarité terminée avec ou sans thèse. Engagement minimum d'un an. Le service comprend : l'assistance, la visite et contre-visite, les pansements, les opérations d'urgence. Garde de vingt-quatre heures, un jour sur trois. Préférence accordée à interne en exercice justifiant d'une pratique chirurgicale sérieuse.

Adresser la demande d'urgence avec toutes pièces justificatives utiles, à M. le docteur Brunswic-le-Bihan, médecin chef de l'hôpital Sadiki, Tunis.

INTERNAT DE LA MAISON DÉPARTEMENTALE DE LA SEINE. — MM. Marsault et Cléret commenceront, le 22 avril 1914, une conférence destinée aux candidats à l'internat de la Maison départementale de Nanterre (concours de juillet 1914).

Pour tous renseignements s'adresser à l'un d'eux à la Maison départementale de Nanterre tous les matins, ou à M. Cléret, 113, rue d'Alésia, Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le médecin principal de première classe Albert Lévy (à Belfort).

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Le goudron créosoté convient admirablement aux formes torpides et même à certaines formes fébriles mais peu hémoptoïques, à condition de le suspendre pendant les poussées aiguës.

Il relève les forces et l'appétit, stimule la lutte de l'organisme contre le bacille, dont l'évolution se trouve retardée. Donner la préférence aux Gouttes Livoniennes qui, prises en mangeant, respectent les fonctions digestives, à raison de 2 à 4 par repas.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 1, 6 janv. 1914.) BAERMANN : Tentatives de traitement par le salvarsan et le cuivre. — STRAUB : Poison et maladie d'après l'observation de l'intoxication saturnine expérimentale. — HAECKER et LEBEDINSKY : Action combinée de l'éther et du radium sur les cellules embryonnaires. — KLEIST : Aphasie et affection psychique. — OELLER et STEPHAN : Etudes cliniques sur le procédé d'Abderhalden. — WEGNER : Nouvelles recherches sur le procédé d'Abderhalden. — BERNDT : Enucléation périnéale de la prostate. — LUNCKENBEIN : Traitement des tumeurs malignes. — GIBSON : Sur l'infection à streptothrix comme cause de la maladie de Banti. — KEHRER et DESSAUER : Recherches et expériences sur la mensuration radiologique du bassin. — BEYER : Bronchite diphtérique aiguë fétide. — SCHÜLE : Injection intraveineuse de camphre. — HOLZKNECHT : Compresseur à radioscopie. — (N° 2, 13 janv.) FRAENKEL : Typhus exanthématique et roséole. — LEBER : La maladie froide des Chamorro. — REICHEL : Examens radiologiques et constatations opératoires dans le cancer du pylore. — MAYER : Sur la réaction d'Abderhalden. — SORMANI : Valeur et méthode de la fixation de l'index syphilitique. — LESSER : Importance pratique de la réaction de Wassermann quantitative pour le traitement de la syphilis. — KLAUSNER : Technique de la réaction à la palladine. — BROUSTEIN : Technique du sérodiagnostic. — KIENBÖEK : Dosage des rayons Röntgen. — OELLER et STEPHAN : Etudes cliniques sur la réaction d'Abderhalden. — (N° 3, 20 janv.) HENKEL : Radiothérapie en gynécologie. — KLEIN : Résultats du traitement combiné du carcinome par le mésothorium, les rayons Roentgen et les injections intraveineuses. — REHN : Le tissu conjonctif cutané et sous-cutané comme matériel plastique. — LUST et ROSENBERG : Contribution à l'étiologie de la maladie de Heine Medin. — FAUSER : La sérologie en psychiatrie. — WEINBRENNER : Traitement du cancer cutané par l'acide salicylique. — BECK : Sur la conservation des solutions de scopolamine. — DATLEIN : Un cas de gigantisme unilatéral. — GRUMANN : Le diagnostic précoce de la rougeole. — STREBEL : Les rayons cathodiques comme succédané du radium et du mésothorium. — REICHEL : Examen radiologique et constatations opératoires dans les carcinomes du pylore.

Revue de psychiatrie et de psychologie expérimentale. — (N° 1, janv. 1914.) LAIGNEL-LAVASTINE : Les démences des syphilitiques. — PUJOL et TERRIEN : Etude clinique sur la démence très précoce. — ARSIMOLES et LEGRAND : Etude clinique d'un cas de presbyophrénie de Wernicke avec polynévrite.

Revue de psychothérapie. — (N° 7, janv. 1914.) GUELPA : Le rôle social et psychologique du médecin d'aujourd'hui et de demain. — Renaud HUE : Le rôle moral de l'infirmière.

Revue neurologique. — (N° 3, 15 fév. 1914.) BABINSKI, ENRIQUEZ et JUMENTIÉ : Compression de la moelle par tumeur extradure-mérienne; paraplégie intermittente, opération extractive (2 fig.). — Alberto ZIVERI : Les méthodes rapides pour la coloration des fibres à myéline. Coloration simultanée des lipoïdes cellulaires.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 23 AU 28 MARS 1914

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 23 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

1er (oral).

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 24 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique (1re et 2e séries).

1er (oral, 1re et 2e séries).

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 25 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique (1re et 2e séries).

2e.

Jeudi 26 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique (1re et 2e séries).

1er (oral, 1re et 2e séries).

4e (1re et 2e séries).

Vendredi 27 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

2e (1re et 2e séries).

3e (oral, 2e partie, 1re, 2e et 3e séries).

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 28 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique (1re et 2e séries).

1re (oral, 1re, 2e et 3e séries).

4e.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, [illegible] partie), *Beaujon*.

crépitine). Moins étudiée jusqu'ici a été l'anaphylaxie par voie respiratoire; cependant Friedberger et Mita, Bruno Busson ont pu par cette voie « déchainer » des altérations inflammatoires du poumon, qui seraient des manifestations d'anaphylaxie locale, Bruno Busson en outre l'utiliser pour la « préparation » d'un état anaphylactique. Sans doute ces expériences sont-elles quelque peu discutables; toutefois on ne voit pas a priori ce qui s'opposerait à l'anaphylaxie par voie respiratoire, s'il est exact que la technique en soit un peu difficile à réaliser. Enfin la formation dans l'organisme même de substances anaphylactisantes suppose la possibilité d'une anaphylaxie par antigènes autogènes. Le fait a été très contesté. Certaines expériences, comme celles de Mello, de Widal, Abrami et Brissaud, d'Obermeyer et Pick en ont cependant fourni la preuve.

III. **Particularités cliniques et organiques de la crise d'asthme.** — a. *L'intoxication provocatrice des crises d'asthme peut être des plus minimes.* Ainsi Liefmann a montré, au moyen de l'aéroscope, que les cas d'asthme des foins se produisant en dehors des époques où a lieu la floraison des graminées pouvaient s'expliquer par l'existence constante dans l'air, même des villes, de quelques grains aberrants de pollen; de même il suffit souvent d'une faute minime d'hygiène alimentaire pour provoquer une crise d'asthme bronchique. — Dans l'anaphylaxie, la dose de l'injection déchaînante peut être extrêmement faible, voire de 0cm³00001 d'après Rosenau et Anderson.

b. *Les crises d'asthme présentent le plus souvent une certaine spécificité*, en ce sens que c'est, sinon à une seule, du moins à une série de substances toujours les mêmes que les malades sont sensibles; cette spécificité peut même être plus stricte encore, comme dans le hay-fever. — Pour les phénomènes anaphylactiques, il existe une spécificité fort étroite, qui cependant, d'après Arthus, Delanoë, Belin, etc., n'est pas absolue. D'ailleurs il est très admissible que les asthmatiques soient des sujets sensibilisés à toute une série d'antigènes, par le fait d'intoxications multiples qu'ils ont subies, et que dans leur sérum se soient développées, non pas une seule, mais plusieurs toxogénines.

c. *Les asthmatiques sont des hypersensibilisés.* C'est surtout à l'égard des sérums que leur hypersensibilité a été constatée. A telle enseigne que le traitement de l'asthme par le sérum antidiphtérique, préconisé par Reuter, puis par Rowland (d'East Corinthe), a du être abandonné, en dépit des bons résultats obtenus, à cause de la fréquence des accidents graves et parfois mortels qui se produisaient. D'autre part Gillette, sur 28 sujets décédés ou atteints de collapsus grave à la suite d'une seule injection de sérum antidiphtérique, a relevé chez 19 des antécédents d'asthme ou de rhume des foins. Le même auteur a vu le simple contact des chevaux être cause provocatrice de l'asthme. L'hypersensibilité des asthmatiques ne se manifeste pas d'ailleurs à l'égard seulement des substances albuminoïdes, mais aussi d'autres excitants, comme les odeurs et parfums; et cette hypersensibilité devient souvent avec le temps de plus en plus intense. — Or expérimentalement Richet a montré, en injectant de l'apomorphine à des animaux anaphylactisés comparativement avec des animaux neufs et en provoquant le vomissement chez les premiers par des doses plus faibles que chez les seconds, que l'état d'anaphylaxie rend les sujets hypersensibles à l'action de tous les poisons, même cristalloïdes : c'est l'anaphylaxie générale.

d. *La crise d'asthme se traduit essentiellement par une dyspnée d'accès avec bradypnée, accidents dus à un spasme des muscles bronchiques* (et en outre, dans les accès violents, des muscles respiratoires extrinsèques). — Or dans l'anaphylaxie du cobaye, se produit, d'après Auër et Lewis, un spasme bronchique qui se traduit par une dépression du thorax succédant à de l'expansion inspiratoire, une respiration lente et laborieuse, des oscillations respiratoires de plus en plus faibles, et à l'autopsie par la distension des poumons qui ne s'affaissent pas lorsqu'on ouvre la poitrine et qu'on les excise. Toutefois il faut bien dire que cette assimilation des accidents asthmatiques à ceux de l'anaphylaxie a contre elle les critiques que Richet adresse aux expériences de Auër et Lewis, à savoir : 1° qu'il est peu admissible qu'un spasme bronchique ne puisse être vaincu par la respiration artificielle et que cependant la respiration artificielle n'a pu empêcher la mort de se produire dans les expériences en question; 2° que la mort, si elle était due à une asphyxie pulmonaire par spasme bronchique, serait plus lente qu'elle ne l'est en réalité; 3° que les troubles cardiaques et l'abaissement de pression artérielle signalés en même temps par Auër et Lewis sont difficilement compatibles avec cette hypothèse d'une asphyxie pulmonaire par spasme bronchique.

En outre, et ceci le différencierait de celui de la crise d'asthme, le spasme bronchique du choc anaphylactique, si spasme il y a, ne serait pas, d'après Auër et Lewis, sous la dépendance du système nerveux central, car la destruction ou la curarisation des pneumogastriques et des centres nerveux ne le feraient pas cesser, tandis qu'il céderait à une injection d'atropine, laquelle agit directement sur le muscle. En réalité cette opinion d'Auër et Lewis est sujette à caution car, comme le remarque Richet, l'atropine agit également sur le système nerveux et, d'autre part, l'action du système nerveux dans la pathogénie des accidents anaphylactiques ressort de toute une série d'expériences. Somme toute, il nous paraît assez légitime d'admettre, dans l'anaphylaxie, la possibilité d'un spasme bronchique, mais d'un spasme dont la production est sous la dépendance du système nerveux central, ce qui l'assimile complètement à celui de la crise d'asthme.

e. *La crise d'asthme bronchique s'accompagne souvent de catarrhe des bronches, de celle d'asthme des foins fait partie intégrante le catarrhe oculo-nasal, ces troubles étant dus à un réflexe vaso-dila-*

tateur et vaso-sécrétoire. — Le poison anaphylactique agit sur le système vaso-moteur périphérique, ainsi qu'en témoigne à l'autopsie l'hyperémie des diverses muqueuses et, au point de vue particulier qui nous occupe, de la muqueuse respiratoire. Comme Auër et Lewis pour le spasme bronchique, Biedl et Kraus ont invoqué pour rendre compte du fait une action directe du poison sur les terminaisons vaso-motrices. Ici encore, il paraît plus vraisemblable d'admettre, avec Richet, l'intervention du système nerveux central.

f. *Les vomissements, au début ou à la fin des crises, ne sont pas rares chez les asthmatiques.* — Ils sont aussi le fait de l'anaphylaxie et y sont même si fréquents que Richet les a pris comme critérium de cet état du moins chez le chien.

g. *L'alternance des crises d'asthme et des poussées d'urticaire est un fait de constatation journalière.* — Nous avons vu plus haut qu'on peut se fonder sur cette alternance pour soutenir l'origine toxique de l'asthme. On peut, pour les mêmes raisons, s'en servir pour soutenir sa nature anaphylactique. En effet, l'urticaire fait partie du tableau clinique de la maladie du sérum qui est, comme on sait, une véritable anaphylaxie expérimentale chez l'homme.

h. *L'éosinophilie est la caractéristique cytologique, comme nous l'avons vu, du crachat perlé et a été trouvée aussi, dans l'observation nécropsique de Frænkel, dans les parois et dans la lumière des bronches.* — Après le choc anaphylactique expérimental, Schlecht et Schwenker ont également observé de l'éosinophilie locale bronchique, intrabronchique et péribronchique.

Nous ajouterons que cette question de l'éosinophilie nous paraît fort importante. S'il est vrai que les cas où on l'a observée sont tous des cas d'intoxication, ne pourrait-il être vrai aussi que sa signification plus précise fût celle d'état anaphylactique? Notons, en effet, qu'en dehors des crachats de l'asthme elle a été constatée dans le liquide des kystes hydatiques et dans celui des pleurésies, liquides dont Chauffard, Weinberg pour le premier, Courmont pour le second, nous ont bien montré les propriétés anaphylactisantes. De même, il semble qu'on puisse attribuer à l'anaphylaxie beaucoup des accidents des parasitoses, provocatrices, comme on sait, d'éosinophilie sanguine.

i. *La crise d'asthme est brusque et subite dans sa disparition comme elle l'est dans son apparition.* — Cette soudaineté est la caractéristique du choc anaphylactique expérimental.

k. *Certains médicaments ont une influence heureuse sur l'asthme.* — Or ce sont les mêmes qui sont susceptibles d'empêcher l'anaphylaxie ou de diminuer son intensité. Ainsi l'atropine, bon médicament de l'asthme, est susceptible à forte dose, d'après Biedl et Kraus, d'empêcher la mort par anaphylaxie chez le cobaye. Les sels de calcium qui ont été employés avec succès dans l'asthme bronchique par Kayser et dans l'asthme des foins par Januschke et Chiari diminuent beaucoup, d'après Netter, d'après Gewin, la proportion des accidents de la maladie du sérum quand on les utilise en injection ou ingestion un ou deux jours avant l'injection sérique; Richet de son côté, à doses fortes, a reconnu leurs propriétés anti-anaphylactiques expérimentales.

l. *Enfin l'asthme s'atténue avec le temps.* « Il vieillit à la longue », disait Lasègue. — L'anaphylaxie, on l'a montré, est le premier degré de l'immunité.

Telles sont les similitudes, de valeur d'ailleurs inégale, qu'on peut relever entre l'asthme et l'anaphylaxie. Elles ne fournissent pas la preuve absolue que l'asthme soit phénomène anaphylactique. Cette preuve, on a essayé de la donner expérimentalement.

1° Barach n'a eu que des résultats négatifs en injectant dans le péritoine de plusieurs cobayes du sérum d'homme normal ou de cheval, vingt-quatre heures après leur avoir injecté sous la peau du sérum d'asthmatique en plein accès. Mais ce résultat ne prouve pas, nous semble-t-il, que le sérum des asthmatiques ne possède pas des toxogénines spécifiques, tout au plus prouve-t-il que ce sérum n'a pas provoqué, dans les conditions de l'expérience, d'hypersensibilité générale aux sérums, autrement dit, s'il était permis de tirer d'expériences négatives des conclusions définitives, que l'anaphylaxie générale ne se transmet pas par la voie passive comme l'anaphylaxie spécifique.

2° Manoïloff, au contraire, aurait provoqué des manifestations anaphylactiques typiques en « préparant » des cobayes et des lapins par injection sous-cutanée, intrapéritonéale ou intraveineuse de 2 ou 3 centimètres cubes de sérum d'asthmatiques en plein accès et « en déchaînant » les accidents quarante-huit heures après (1), par injection intraveineuse de 1 à 2 centimètres cubes d'une solution de cristaux de Charcot-Leyden provenant de l'expectoration des malades ; au contraire, la même injection déchaînante aurait laissé indemnes des témoins préparés avec du sérum d'homme bien portant. Ces expériences de Manoïloff paraissent évidemment fort concluantes. Elles nous semblent cependant susciter certaines remarques, sinon des critiques, qui font souhaiter leur confirmation par de nouvelles recherches. 1° Elles entraînent la conclusion que les cristaux de Charcot-Leyden sont la cause directe de l'accès d'asthme ; et de fait c'est bien l'opinion de Manoïloff qui les considère comme des produits de décomposition de l'albumine, des amines, précisent d'autres auteurs. Or cette opinion va à l'encontre de celle communément admise qui fait de ces cristaux des éléments banaux. 2° La préparation d'une solution pure de ces cristaux paraît assez problématique, malgré la technique précise décrite par Manoïloff. (Etalement des crachats sur une lame de verre au-dessus d'un fond noir. Au milieu d'une substance fondamentale muqueuse, incolore, apparaissent des grains blanchâtres, opaques, offrant à

(1) Il s'agit d'anaphylaxie passive. Il n'y a donc pas besoin de période d'incubation.

la loupe un aspect filamenteux, et contenant les cristaux de Charcot-Leyden. Lorsqu'on a trouvé une partie riche en cristaux, on prélève à ce niveau un peu de l'expectoration, on la mélange, dans la proportion de 1 pour 10 ou pour 20, à une solution salée physiologique, et l'on agite jusqu'à ce qu'il se soit formé une émulsion. C'est cette émulsion que l'on injecte.) 3° Il s'agirait d'auto-anaphylaxie, dont, il est vrai, nous l'avons vu, certaines expériences ont prouvé la possibilité.

* * *

Des considérations qui précèdent, il est en somme légitime de conclure : 1° qu'il semble bien exister un asthme vrai distinct des pseudo-asthmes; 2° que cet asthme vrai, comme la plupart des pseudo-asthmes, paraît sous la dépendance originelle d'une intoxication, laquelle d'ailleurs diffère sans doute suivant les cas ; 3° mais qu'il se distingue des pseudo-asthmes par le fait que, au lieu de traduire l'action sur le poumon, par l'intermédiaire du bulbe, des substances toxiques elles-mêmes, il traduit l'action d'un choc anaphylactique préparé et déchaîné par ces substances.

Quant aux lésions des organes — nasales, intestinales, génitales, etc. — à l'action mécanique desquelles on a longtemps donné la première place, leur rôle n'est pas aboli dans cette conception nouvelle. Il persiste, mais à titre de causes prédisposantes ou occasionnelles, non de causes déterminantes. Par exemple les lésions nasales agissent en mettant la pituitaire en état de moindre résistance et en facilitant la fixation, la pénétration, la dissémination des toxines polliniques; ainsi encore les troubles intestinaux agissent en rendant imparfaits les processus digestifs qui normalement détruisent les toxines alimentaires et en rendant possible leur absorption.

Enfin, la théorie anaphylactique paraît susceptible de généralisation. Les classiques, dans leur conception de l'asthme « essentiel », donnent une importance primordiale à la question de terrain. Ce terrain spécial, nécessaire à son développement, c'est le terrain arthritique. Or, il ne semble pas inadmissible que l'arthritisme dans son ensemble soit la manifestation générale d'un état d'anaphylaxie, autrement dit que la diathèse arthritique soit une « diathèse anaphylactique », suivant l'expression que nous avons proposée. Telle est l'opinion qui a été pour la première fois, en 1910, émise par Billard, développée ensuite par A. Léri et par nous-même. Si l'on ne veut pas l'admettre intégralement, du moins peut-on penser avec Teissier qu'un démembrement s'impose dans l'arthritisme des classiques et qu'il y a lieu d'y distinguer une diathèse bradytrophique et une diathèse anaphylactique. A cette dernière appartient l'asthme « essentiel », et ainsi s'expliquent les alternances, si fréquentes chez un même sujet, de cet accident et d'autres manifestations morbides qui présentent les mêmes caractéristiques générales et auxquelles par suite on peut attribuer la même pathogénie, à savoir la migraine, la sciatique, l'accès de goutte, etc.

BIBLIOGRAPHIE

BABONNEIX. L'éosinophilie locale, *Gaz. des hôpit.*, 26 juil. 1913, n° 84, p. 1365-1371. — BARACH. Asthma and anaphylaxis, *New-York med. Journ.*, 21 janv. 1911. — BÉAL (V.). *L'Anaphylaxie dans l'asthme*, Th. de Paris, 1910. — BEZANÇON et I. DE JONG. L'éosinophilie locale dans l'asthme, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 6 mai 1910, p. 506-512 ; — L'éosinophilie du crachat des asthmatiques. Sa valeur diagnostique, sa signification pathogénique, *Presse méd.*, 22 oct. 1910, n° 85, p. 785-786. — BILLARD. L'anaphylaxie dans la fièvre des foins, l'urticaire et l'asthme, *Gaz. des hôpit.*, 2 juin 1910, n° 62, p. 899-901. — BILLARD et MALTET. Essais de sérothérapie contre le rhume des foins et contre l'asthme, *Journ. de physiol. et de path. gén.*, mars 1907.

EUSTIS. Further evidence in support of the toxic pathogenesis of bronchial asthma, based upon experimental research, *Amer. Journ. of the med. sc.*, juin 1912, t. CXLIII, p. 862-868.

GALUP. L'arthritisme, diathèse d'anaphylaxie, *Presse méd.*, 19 juin 1912, n° 50, p. 526-528. — GILLETTE. Untowards results from diphteria antitoxin with special reference to its relation to asthma, *Therap. Gaz.*, 15 mars 1909, p. 159. — GOUGET. L'anaphylaxie et l'asthme, *Presse méd.*, 6 juillet 1912, p. 581-582.

KAYSER. Die Behandlung des Asthma bronchiale und verwandter Zustände mit Kalciumsalzen, *Therap. Monatsch. Berlin.*, 1912, XXVI, p. 165-169.

LANDOUZY. L'asthme, fonction de bacillo-tuberculose. L'attaque d'asthme, décharge anaphylactique chez les bacillo-tuberculeux, *Commun. au XIIIe Congrès franç. de méd.*, Paris, 13-16 oct. 1912. — LANGLOIS. Les recherches récentes sur la fièvre des foins, *Presse méd.*, 1906, n° 73, p. 583-584. — LÉRI. L'anaphylaxie dans la pathogénie des maladies diathésiques, de l'arthritisme en particulier, *Commun. au Congrès franç. de méd.*, Paris, oct. 1912. — LÉVI et DE ROTHSCHILD. *Nouvelles études sur la physio-pathologie du corps thyroïde et des autres glandes endocrines*, 1911, Doin, édit. — LŒPER. L'oxalémie et l'oxalurie, *Rapport au XIIIe Congrès franç. de méd.*, Paris, 13-16 oct. 1912. — LŒPER et BÉCHAMP. L'oxalémie, *Soc. méd. des hôpit.*, séance du 21 juillet 1911.

MANOÏLOFF. Asthma bronchiale als anaphylaktische Erscheinung, *Centralbl. f. Bakt.*, 1er juin 1912, n° 7, p. 564-570. — MELTZER. Bronchial asthma as a phenomenon of anaphylaxis, *Journ. amer. med. Assoc.*, 17 sept. 1910. — MONCORGÉ. *L'Asthme. Etiologie, pathogénie et traitement*, 1909, Vigot, édit.

PERCEPIED. Les variations de l'anaphylaxie dans l'asthme, *Bull. méd.*, 29 mai 1912 ; — Du rôle de l'intoxication dans la causalité de l'asthme, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1909, p. 280-284 ; — De l'influence des infections aiguës sur l'éclosion et la marche de l'asthme, *Revue méd. du Mont-Dore*, janv. 1914, n° 1, p. 1-9. — PHILIPPART. Etiologie anaphylactique de l'asthme, *Arch. méd. belges*, fév. 1911, t. XXXVII, p. 73-95.

RONGEL (A.). Rapport entre la tuberculose et l'asthme dans l'enfance, *Arch. de méd. des enfants*, 1913, n° 2, p. 95.

SCHLEMMER. Asthme et acide urique, *Presse méd.*, 1896, p. 222-223.

TEISSIER. Cours à la Faculté de médecine de Paris, 1912-1913 (*inédit*).

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 11 MARS 1914)

Fracture par enfoncement de la voûte du crâne. — M. PICQUÉ fait un rapport sur une observation de M. Duguet, médecin militaire à Briançon. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-deux ans qui, dans une course en montagne, reçut une grosse pierre sur la tête. Il tomba, saigna abondamment, puis se releva et continua à marcher pendant une heure, sans difficultés. Il arriva à six heures du soir à l'hôpital de Briançon. M. Duguet constata une intégrité absolue des facultés intellectuelles, aucun trouble cérébral; il n'y avait plus d'hémorragie. Il n'y avait absolument qu'une plaie du cuir chevelu. Après désinfection de cette plaie à la teinture d'iode, ayant constaté un enfoncement circulaire du crâne, il enleva un fragment osseux, quelques esquilles et un peu de matière cérébrale. Il n'y avait pas d'hématome. Il s'agissait, en somme, d'une fracture du pariétal gauche. Après l'opération, on constata une certaine difficulté de la parole qu'on attribua d'abord à une morsure de la langue que le blessé s'était faite en tombant. Après une huitaine de jours, on constata nettement de l'aphasie motrice, puis de l'agraphie qui disparut après quinze jours. L'idéation est toujours restée complète, mais la difficulté de s'exprimer persiste. Le pronostic est réservé.

Ce qu'il y a d'intéressant dans cette observation, c'est l'absence de tout symptôme cérébral immédiat après le traumatisme et l'apparition tardive et isolée de l'aphasie motrice et de l'agraphie. Il s'agissait donc d'une lésion cérébrale très limitée et ayant respecté en avant la zone rolandique.

M. Picqué regrette que M. Duguet n'ait pas recherché sur son blessé les stigmates hystériques. Il cite plusieurs faits analogues dans lesquels il s'agissait de troubles d'hystéro-traumatisme. Ces troubles sont généralement tardifs. Dans le cas de M. Duguet, l'aphasie a été tardive et postérieure au traumatisme et à l'intervention. M. Picqué rappelle qu'un de ses anciens internes, M. Chevallier, a réuni, dans sa thèse, 150 cas de ce genre. La guérison se fait en général spontanément.

M. SAVARIAUD a observé plusieurs cas d'aphasie motrice chez des enfants qui ont guéri spontanément.

Exclusion du pylore pour lésions bénignes de l'estomac. — M. GOSSET, en son nom et au nom de M. Enriquez, fait une communication sur ce sujet.

M. Gosset a pratiqué cette opération une dizaine de fois. Ses résultats datent de deux ans, douze et dix mois. Il a fait 109 gastro-entérostomies pour lésions bénignes de l'estomac. Voici ce qu'il résulte de cette statistique : quand il s'agit de sténose pylorique très serrée, les résultats éloignés de la gastro-entérostomie sont généralement très bons. Mais quand il s'agit de sténose peu serrée, les résultats de la gastro-entérostomie sont variables, quelquefois même nuls. La gastro-entérostomie n'est donc pas l'idéal. La pylorectomie donne de très bons résultats.

Après une simple gastro-entérostomie, l'examen radioscopique montre que la bouillie bismuthée passe toujours par la nouvelle bouche; mais il y a un résidu qui passe par le pylore resté perméable. Ainsi que l'a justement fait observer M. Hartmann, plus la nouvelle bouche est près du pylore, plus il passe de bismuth par cette nouvelle bouche. Mais M. Gosset se sépare de M. Hartmann quand il condamne l'exclusion du pylore. M. Gosset a pratiqué cette opération sept fois pour des affections bénignes de l'estomac. Quatre de ces malades avaient été déjà gastro-entérostomisés et continuaient à souffrir. Après l'exclusion du pylore, ils n'ont plus souffert.

Chez un malade atteint d'ulcère duodénal, M. Gosset a fait l'exclusion du pylore avec une gastro-entérostomie. Ce malade a engraissé et va bien. Un autre malade qu'on avait cru atteint d'appendicite a été opéré sans résultat. On fait une gastro-entérostomie; il continue à souffrir. M. Gosset, d'accord avec M. Enriquez lui fait une exclusion du pylore, il ne souffre plus.

Comment faut-il fermer le pylore ? M. Gosset est d'avis qu'il faut le fermer complètement.

En résumé, dans les cas de sténose pylorique très serrée, M. Gosset continue à faire la gastro-entérostomie; quand le pylore est encore perméable, il ajoute à la gastro-entérostomie l'exclusion pylorique. Les malades dont il s'agit ici doivent être surveillés et souvent examinés à l'aide de la radioscopie. Si une gastro-entérostomie est restée sans résultat, il faut y ajouter secondairement l'exclusion pylorique.

M. QUÉNU rappelle avoir présenté, il y a vingt-huit mois, une jeune malade chez laquelle il avait pratiqué une exclusion du pylore avec un résultat qui s'est maintenu parfait jusqu'ici. On peut considérer ce résultat comme étant déjà assez éloigné. Ce fait vient à l'appui de l'opinion soutenue par M. Gosset.

M. CUNÉO demande à M. Gosset, s'il ne vise, dans sa communication, que les ulcères du duodénum ou s'il vise aussi les ulcères gastriques.

M. GOSSET tient tout d'abord à rappeler que c'est M. Doyen qui, le premier, en 1892, a préconisé l'exclusion du pylore.

Il répond à M. Cunéo qu'il fait toujours l'exclusion pylorique, qu'il s'agisse d'ulcère gastrique ou d'ulcère duodénal. Cette exclusion pylorique donne aussi bien le repos de l'ulcère duodénal que la guérison de l'ulcère gastrique.

M. CUNÉO fait remarquer que les ulcères duodénaux sont très rarement sténosants, mais ils s'accompagnent souvent d'insuffisance pylorique ; chez les malades de cette sorte la gastro-entérostomie donne des résultats généralement très médiocres. Mieux vaut, chez eux, recourir à l'exclusion. M. Cunéo partage à ce point de vue l'avis de M. Gosset.

Quant à l'ulcère pylorique, M. Cunéo ne condamne pas l'exclusion que leur applique M. Gosset, mais il ne croit pas qu'elle soit toujours nécessaire. La gastro-entérostomie suffit dans la grande majorité de ces cas. Quant à l'ulcère duodénal M. Cunéo est très formel et se montre partisan convaincu de l'exclusion.

M. DUVAL est très enclin à faire l'exclusion du pylore, mais il faut que cette exclusion soit complète et par section.

Récemment, M. Duval a vu se produire une hémorragie formidable à la suite d'une gastro-entérostomie. Il l'aurait peut-être évitée s'il avait fait l'exclusion du pylore.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 6 MARS 1914)

Recherche des anticorps surrénaux au cours de l'insuffisance rénale. — MM. SÉZARY et BOREL ont recherché par la méthode de la déviation du complément s'il existait des anticorps surrénaux dans le sang des sujets atteints d'insuffisance surrénale. La réaction pratiquée avec un extrait de glandes surrénales de bœuf comme antigène s'est montrée négative dans le sérum de 7 malades aussi bien que dans celui d'un lapin chez lequel on avait pratiqué de graves lésions des glandes surrénales. La réaction de fixation n'est donc pas utilisable pour le diagnostic de l'insuffisance surrénale. Les auteurs rappellent comme ils l'ont montré dans une note précédente que cette réaction de déviation du complément pratiquée avec l'antigène surrénale est positive chez les syphilitiques présentant avec l'antigène classique une réaction de Wassermann positive.

Sur les variations expérimentales des chondriomes hépatiques. Parallélisme entre la composition chimique du tissu et ses aspects cytologiques. — MM. A. Mayer, F. Rathery, G. Schaeffer. Il existe un remarquable parallélisme entre la composition du foie en lipoïdes phosphorés et l'aspect cytologique.

Toutes les fois que la teneur en phosphore s'élève au-dessus de la normale, on observe des phénomènes d'homogénéisation; la concentration s'élevant au-dessus de 0,140 chiffre normal on note de l'homogénéisation 1, la concentration dépassant 0,180 de l'homogénéisation 2, la concentration dépassant 0,190 de l'homogénéisation 3. Par contre la concentration s'abaisse-t-elle au-dessous de la normale il existe de la chondriolyse.

Ces constatations ont été faites sur plusieurs centaines d'animaux en expérience.

Mode de dissociation propre à chaque corps constitutif du complexe hématique des hémoglobinuriques a frigore. — MM. G. Froin et Pernet. Un sérum humain normal ajouté au sérum de l'hémoglobinurique chauffé à 56 degrés est plus hémolytique que le sérum de l'hémoglobinurique lui-même. Ce fait est dû à la grande sensibilité au froid de la toxine de l'hémoglobinurique; elle tend à adhérer, pendant la phase du refroidissement, à l'antiglobulaire et gêne par suite la fixation de la toxone. Au contraire, une toxine normale conserve son adhésion physiologique à son anti, au moment du refroidissement, et n'entrave pas la fixation massive de la toxone sur l'anti des globules. Il en résulte une hémolyse plus forte pendant la phase du réchauffement.

Enfin, on réalise très facilement, sous l'influence du froid, de l'auto ou de l'iso ou homéo-agglutination. Les solutions de NaCl de 25 à 30 p. 1000 favorisent beaucoup l'agglutination; celle-ci disparaît dans les solutions de NaCl de 70 à 80 p. 1000. C'est au moment précis où les hémolysines ne se détachent plus du complexe humoral, que l'agglutinine ou toxoïde peut adhérer au maximum à l'antiglobulaire, et c'est le moment où apparaît l'agglutination la plus forte (25 à 30 p. 1000). Au-dessus de 30 p. 1000 de NaCl, les trois corps du complexe, toxine, toxone et toxoïde, adhèrent de plus en plus à leur anti. Lorsqu'on atteint 70 à 80 p. 1000 de NaCl, aucun échange n'est plus possible, malgré le froid, entre l'anti de l'humeur et l'anti de l'hématie.

Le chondriome de la cellule épithéliale de la vésicule biliaire. — M. Policard étudie les caractères histologiques des mitochondries de la vésicule biliaire. Ces formations, d'une haute importance fonctionnelle, ont au niveau de la cellule épithéliale vésiculaire la même disposition qu'au niveau de la cellule intestinale. C'est là un argument en faveur de la théorie (Virchow, Ranvier, Renant, Aschoff, etc.) qui attribue à l'épithélium vésiculaire un rôle essentiellement absorbant.

Rôle antiseptique des ferments métalliques sur la fermentation lactique. — MM. L. Rénon, C. Richet fils et A. Lépine, en étudiant l'action du soufre, du cuivre, du carbone, du cérium, du palladium, du silicium, du rhodium, du nickel, du zirconium, de l'argent, de l'yttrium, du sélénium, colloïdaux électriques, sur la fermentation lactique, ont observé trois points intéressants. Ils ont d'abord confirmé le fait que plus les grains métalliques sont petits, plus l'action bactéricide est évidente. Puis ils ont vu que, lorsque les grains sont de même ordre, ceux qui, sur 300 grains, comptent le plus petit nombre de familles sont les plus actifs. Enfin, ils pensent que si, avec un diamètre des grains petits et des familles peu nombreuses, l'effet antiseptique est nul, il faut tenir compte de l'action spécifique de l'ion.

Petitesse des grains, petit nombre de familles, c'est-à-dire homogénéité de la dilution colloïdale et peut-être spécificité chimique de l'ion, telles paraissent être les raisons d'être de l'action antiseptique des ferments métalliques sur la fermentation lactique.

Anticorps et antigènes divers du sérum des tuberculeux. Intérêt de leur recherche. — MM. F. Arloing et R. Biot ont recherché chez les tuberculeux l'antituberculine et les anticorps bacillaires en fixant le complément en présence de tuberculine aqueuse et de pulpe bacillaire. Ils ont pratiqué parallèlement la recherche des antigènes, tuberculine et poisons endo-bacillaires en fixant le complément en présence de sérum anti-tuberculineux et de sérum bactériolytique. La présence des anticorps et des antigènes n'est pas forcément simultanée chez les sujets tuberculeux. L'antituberculine peut coexister avec les anticorps bacillaires, mais se voit aussi isolément. La même dissociation s'observe en ce qui concerne les antigènes. Le dosage parallèle de l'alexine est indispensable pour se faire une idée de l'état de la défense organique. Au cours de l'infection tuberculeuse il semblerait que les antigènes soient les premiers constatables dans le sérum, les anticorps apparaîtraient ensuite et persisteraient seuls en cas d'évolution favorable, tandis qu'ils disparaîtraient pour laisser les seuls antigènes dans les formes graves.

Modifications de la technique de la réaction de fixation dans la tuberculose. — M. René Biot a apporté à la technique de la réaction de fixation du complément des modifications qui ont pour but de la simplifier, sans rien diminuer de sa précision. Elles portent sur les points suivants. L'unité de volume dans toutes les manipulations est la goutte. Le système hémolytique est constitué par des hématies de bœuf sensibilisées par un sérum de lapin antibœuf. L'appréciation du pouvoir absorbant des divers antigènes employés, du sérum du malade examiné et des sérums expérimentaux destinés à la recherche des antigènes, se fait au moment même de chaque réaction. Pour simplifier les opérations, le volume d'alexine, de sérum à examiner, et d'antigène, reste toujours le même : 1 goutte. Le seul élément dont on fasse varier la quantité, c'est le système hémolytique. Cette technique peut s'appliquer à toutes les recherches, notamment à celle des anticorps et antigènes du sérum des tuberculeux, et parallèlement à la recherche des anticorps et antigènes que contiennent leurs urines. En pratiquant avec ce procédé la réaction de Wassermann, l'auteur n'a pas constaté la concordance fréquente, signalée par d'autres auteurs, entre la réaction de Wassermann et la fixation à la tuberculine.

PRATIQUE MÉDICALE

DIURÉTIQUES ET CARDIOTONIQUES

Certes, les médicaments diurétiques sont assez nombreux, mais il n'en est pas moins vrai que, lorsque le médecin doit en prescrire, il est souvent très embarrassé pour faire son choix. En effet, les uns, tels que la scille ou le nitrate de potasse, ont une action élective et irritante sur le rein qui a bien des inconvénients lorsque cet organe est un tant soit peu lésé, d'autres, comme la digitale, ont une tendance fâcheuse à s'accumuler dans l'organisme; d'autres encore, comme la caféine, sont des tonicardiaques un peu brutaux et exercent sur la circulation une influence parfois inutile; quelques-uns, enfin, par exemple la théobromine, ne sont pas toujours bien tolérés et voient leur action diurétique s'accompagner en même temps de maux de tête qui font interrompre leur emploi. Aussi, malgré la richesse de cet arsenal thérapeutique, on est souvent très embarrassé pour prescrire le diurétique utile et bien indiqué et il n'est pas indifférent d'en avoir un nouveau à sa disposition.

De récentes études ont déterminé d'une façon plus précise

l'action de l'adonis vernalis, et les thérapeutes y ont trouvé de précieuses indications. L'adonis vernalis contient un glucoside, l'adonidine, mais sa toxicité est très variable (Cervello). Elle est, en effet, encore mal définie (1), ceci permet d'expliquer les divergences d'opinions et les différences de posologie que l'on rencontre. Les uns prescrivent 2 à 3 milligrammes de ce glucoside, tandis que d'autres l'emploient à 2 et 3 centigrammes. Le suc d'adonis est incontestablement préférable à l'adonidine et même à la teinture de cette plante et les recherches remarquables d'Henrijean et Honoré montrent que l'adonis se conduit comme un véritable succédané de la digitale à l'intensité près. Ce médicament détermine le ralentissement et la régularisation des battements cardiaques avec augmentation d'énergie et augmentation de la pression sanguine, puis, à la période toxique, une vive accélération des irrégularités, des systoles avortées et, finalement, l'arrêt du cœur en systole.

De plus, ces auteurs se sont rendu compte que l'adonis est beaucoup moins vaso-constricteur que la digitale et qu'il possède une action diurétique qui ne s'exerce pas par le même mécanisme (2).

Liebreicht (3) a remarqué que l'action de l'adonis se rapprochait aussi de celle de la scille.

Pour Chevalier (4), l'action diurétique de l'adonis est due en grande partie à une action excitante sur le rein qui permet son action dans les cas où la digitale a échoué. Si les résultats de Chevalier diffèrent légèrement de ceux qui ont été obtenus par Henrijean, c'est parce qu'il s'est servi du suc total de la plante, tandis qu'Henrijean employait l'adonidine beaucoup moins active et ne possédant, comme toutes les saponines extraites, qu'une action excito-sécrétoire atténuée.

D'après ces indications nous avons employé un extrait total d'adonis vernalis, le diurène, et nous avons observé dans des cas de néphrites chroniques ou de dégénérescence du myocarde une diurèse parfois extrêmement abondante, pouvant même dépasser trois litres par jour.

Les malades atteints de dyspnée toxique ou sujets à la dyspnée sont soulagés en très peu de temps par l'extrait d'adonis.

C'est ainsi que nous avons pu soigner des malades atteints de sclérose cardio-rénale en les maintenant dans un état de santé relativement bon pendant un temps fort long, en leur donnant du diurène pendant plusieurs jours consécutifs, par exemple trois ou quatre jours par semaine; en procédant de cette façon on ne risque pas de fatiguer les organes et on conserve leur fonctionnement normal.

Toutes les fois qu'il y a intérêt, *soit à soutenir le cœur, soit à éliminer des toxines*, l'adonis vernalis est tout particulièrement indiqué. Chez les cardiaques il est supérieur à la digitale en ce sens qu'il n'a, pour ainsi dire, pas d'effet toxique et il est beaucoup plus facile à manier que la théobromine chez les brightiques.

J.-L. CORRÉ.

LIVRES NOUVEAUX

Conférences pratiques sur l'alimentation des nourrissons (5) [2e édition], par P. NOBÉCOURT.

Ces conférences sont, sobrement résumées, celles que l'auteur fait chaque semaine à l'hôpital des Enfants-Malades.

On y trouve exposées, d'une façon simple et précise, toutes les notions qu'un médecin doit posséder s'il veut diriger judicieusement l'élevage des nourrissons.

La première édition de ces conférences a été fort justement appréciée des étudiants et des médecins français et traduite en espagnol et en russe.

Dans la seconde édition, l'auteur a complété les anciennes conférences relatives à l'alimentation du nourrisson normal, et a ajouté cinq nouvelles conférences traitant de l'alimentation des nourrissons malades. En publiant ces leçons, M. Nobécourt rend un important service, non seulement aux médecins qui n'ont pas le temps de lire des ouvrages trop volumineux, mais même aux parents qui ne savent souvent où trouver une direction.

STEPHEN CHAUVET.

MÉDECINE PRATIQUE

L'INSUFFISANCE ALIMENTAIRE DES DYSPEPTIQUES

Elle ne tarde pas à apparaître dès que la dyspepsie passe à l'état chronique : chaque digestion prenant les allures d'une véritable intoxication, les malades restreignent leur alimentation. Mais, les troubles qu'ils se flattent d'éviter ainsi, ne manquent pas de s'accroître en raison de l'affaiblissement et de l'irritabilité nerveuse, conséquences de l'inanition, et le dyspeptique, qui est toujours un nerveux, devient vite un neurasthénique et un inanitié. Le réalimenter par simple persuasion n'est pas toujours facile : pour éviter le retour de la dyspepsie, le mieux est d'exciter les réflexes qui déclanchent, en quelque sorte, les différents actes de la digestion. Composées de Bile, Pancréatine, Soufre organique, les Pilules Elkin régularisent les réflexes gastro-duodénaux, et, rétablissant l'appétit et la capacité digestive, permettent rapidement la reprise de l'alimentation normale.

COURS ET CONFÉRENCES

LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE (professeur : M. Pierre MARIE.) — DOUZE CONFÉRENCES THÉORIQUES ET PRATIQUES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU SYSTÈME NERVEUX. — MM. Gustave Roussy, agrégé, chef des travaux, et Jean Lhermitte, ancien chef de laboratoire de la clinique des maladies du système nerveux, commenceront le lundi 16 mars (à trois heures) ces conférences au laboratoire d'anatomie pathologique (salle Gombault).

Ce cours pratique s'adresse essentiellement aux médecins français et étrangers et aux étudiants qui désirent se mettre au courant des techniques modernes et des processus généraux de la neuropathologie.

Les séances auront lieu tous les jours à trois heures et comprendront :

1° Une partie théorique où seront exposées sur des pièces et des préparations prises comme types les différentes lésions du système nerveux suivant le programme établi;

2° Une partie technique où les élèves seront exercés individuellement aux manipulations et à la lecture des coupes histologiques.

Le droit à verser pour cette série de démonstrations et exercices est de 60 francs.

Sont admis tous les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés titulaires de 16 inscriptions. Des certificats seront délivrés à la fin des exercices.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardi, jeudi, samedi de chaque semaine, de midi à trois heures.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

(1) MERCIER. *Nouveaux remèdes*, 8 janv. 1914.
(2) HENRIJEAN et HONORÉ. *Mém. de l'Acad. royale de méd. belge*, 26 juin 1909.
(3) LIEBREICHT. *Compendium der Arzneiverordnung*, 1902.
(4) CHEVALIER. *Les Nouveaux remèdes*, fév. 1913.
(5) Paris, Masson et Cie.

N° 32. — MARDI 17 MARS 1914. 87e ANNÉE. MARDI 17 MARS 1914. — N° 32.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 10 francs par an.
Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Lecture.* — Séance du 13 mars. — MM. Berger, 26; Olivier, 22; Martin, 27; Mercadé, 26.

— Concours de la médaille d'or. (*Médecine.*) — *Questions données à l'oral.* — 9 mars : « Hémorragies dans les maladies du foie. » — 11 mars : « Des névrites alcooliques. »

Classement : Premier prix, médaille d'or : M. Stephen Chauvet; deuxième prix, médaille d'argent : M. Huber; accessit, M. Routier.

— La *Gazette des hôpitaux* est heureuse d'adresser ses bien affectueuses félicitations à son excellent collaborateur et ami Stephen Chauvet.

— (*Chirurgie et accouchements.*) — *Epreuve écrite.* — Séance du 13 mars. — Question donnée : « Sterno-cléido-mastoïdien (anatomie et physiologie). — Torticolis. »

Composition écrite. — Séance du 14 mars. — MM. Madier, 26; Virenque, 27; Monod, 25; Desplas, 27.

Classement : Médaille d'or, M. Virenque; médaille d'argent, M. Desplats; accessit, M. Monod.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Le *Journal officiel* du 15 mars 1914 publie un erratum important à l'instruction pour l'admission à l'école principale du service de santé de la marine à Bordeaux, insérée au *Journal officiel* du 19 février 1914.

SYNDICAT MÉDICAL DE PARIS. — L'Assemblée générale du Syndicat médical de Paris se tiendra, le dimanche 22 mars, à deux heures, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Ordre du jour. — 1° Allocution du Président; 2° compte rendu du secrétaire général; 3° compte rendu du trésorier; 4° élections (conseil d'administration, conseil de famille, délégués à l'Union des syndicats); 5° déclaration de la tuberculose (docteur H. Barbier); 6° discussion du rapport de Me de Fallois et du rapport du docteur Roulland sur la répression des abus du titre de docteur dans les périodiques; 7° le Congrès des praticiens de mai 1914.

N. B. — Un banquet aura lieu le dimanche soir à sept heures et demie au restaurant Marguery. Tenue de ville. Cotisation 12 francs.

S'inscrire avant le 18 mars auprès du docteur Berruyer, 177, boulevard Saint-Germain.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES VISITEUSES DE FRANCE. — Le mercredi 25 mars, à huit heures trois quarts du soir, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine aura lieu, sous la présidence de M. le doyen Landouzy, une réunion dans laquelle le docteur N. Girard-Mangin exposera le but de cette association.

L'Association des infirmières visiteuses de France se propose « avant tout de combattre la tuberculose, la mortalité infantile, l'alcoolisme, [elle] réclame l'avis et le concours de tous les médecins, qui seuls pourront déléguer une infirmière instruite des lois et règlements d'assistance et des mesures de prophylaxie, au domicile de leurs malades.

L'infirmière visiteuse de France, auxiliaire du médecin des pauvres, se fera surtout son agent d'hygiène et son intermédiaire auprès des œuvres d'assistance. Elle se mettra dans chaque quartier à la disposition des personnes ou des institutions désireuses d'obtenir un renseignement sur l'assistance publique ou privée, mais ne se rendra au chevet des malades pour leur donner des soins qu'à l'appel des médecins ».

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS ET L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE A L'ÉTRANGER

Le succès des démarches faites par la Société de l'Internat pour permettre aux étudiants étrangers de prendre part aux futurs concours vient d'être consacré par une circulaire ministérielle que nous publions plus loin.

Cette circulaire décide notamment que l'internat doit « rester ouvert aux étudiants en médecine qui ne sont susceptibles ni d'exercer de façon permanente ni d'obtenir l'autorisation prévue à l'article 6 de la loi de 1892 de faire des remplacements ».

Il en résulte que les étrangers pourront comme par le passé venir s'instruire à la grande école de l'Internat de Paris.

Il n'est pas inutile de préciser ici que les étudiants étrangers visés par la circulaire ne sont pas ceux qui, sous le couvert du *diplôme d'Etat*, favorisés par une législation trop large, ne partageant pas nos charges militaires, viennent concurrencer les praticiens français.

La circulaire ministérielle vise une autre catégorie d'étudiants, ceux qui ont des inscriptions en vue du *diplôme d'université ne permettant pas d'exercer en France*, et c'est là le point important.

Ces étudiants leur scolarité terminée rentreront dans leur pays d'origine, où ils contribueront à répandre l'amour de notre pays, de sa langue, de la claire science française. Ceux-là ne prendront la place de personne, si l'administration consent à les classer en surnombre, comme c'est le vœu unanime. Sous cette réserve il faut se réjouir de les voir accueillir parmi nous.

L'institution de l'internat, est, en effet, un des plus puissants moyens d'expansion de la science française à l'étranger. Il suffit d'ouvrir un annuaire pour s'en rendre compte. S'ils furent relativement peu nombreux (1), nos collègues étrangers peuvent, par leurs travaux, compter parmi les plus illustres, en même temps que les plus fidèles amis de la France.

On se rend compte facilement de l'attrait qu'exerce l'internat des hôpitaux de Paris sur les étrangers.

Ils savent, en effet, ce que bien des Français ignorent : quelle admirable *école de travail* est l'internat ; ils connaissent la situation privilégiée que l'interne occupe à l'hôpital, bien moins en vertu d'un règlement suranné, que grâce à sa valeur personnelle, grâce à l'affection et à la confiance que ses chefs ne lui marchandent jamais.

Et c'est pourquoi les étrangers ont toujours considéré comme un grand honneur de prendre part aux dures épreuves du concours, c'est pourquoi, dans leur vie scientifique, ils ne manquent pas de rapporter l'honneur de tous leurs travaux à leurs années d'internat.

Il nous revient à la mémoire, les paroles vibrantes prononcées lors du centenaire par notre ancien collègue Zembiecki (de Lemberg) : « Dans l'internat, disait-il, nous formons votre légion étrangère ; en guise de drapeaux pris à l'ennemi, nous vous apportons le butin scientifique de toute notre vie, les honneurs, les dignités de nos carrières, c'est un tribut qui vous appartient en entier. »

Lorsqu'on sait quelle impression profonde emportent chez eux nos collègues étrangers on ne peut s'empêcher de penser qu'il eût été grand dommage d'interrompre, au plus grand profit de l'influence germanique, une tradition qui est une des meilleures causes du rayonnement scientifique de la France.

F. L. S.

Circulaire ministérielle du 12 mars 1914.

Dans sa circulaire du 15 novembre 1913 mon prédécesseur vous a rappelé dans quelles conditions et sous quelles garanties les étudiants en médecine non encore pourvus du diplôme de docteur peuvent être « autorisés à exercer la médecine à titre de remplaçants ». Les instructions qui vous ont été données à ce sujet subsistent tout entières, je ne puis que vous prier d'en assurer avec soin l'exacte application.

Mais l'examen de cette question générale des « remplaçants » a mis en lumière une question différente, encore que connexe, et qui appelle des explications complémentaires ; je veux parler des internes des hôpitaux.

On s'est demandé si ces internes devaient être considérés, par le fait même de leur service, comme exerçant la médecine, et si, par conséquent, ils devaient être pourvus au préalable d'une autorisation de remplacement délivrée par le préfet et trimestriellement renouvelable, conformément à l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892. Si on avait dû répondre par l'affirmative à la question ainsi posée, il en serait résulté que nul étudiant n'aurait pu être admis à l'internat qu'à la condition de pouvoir obtenir l'autorisation de remplacement susvisée, c'est-à-dire qu'à la double condition : d'une part, là où les internes ne sont pas recrutés au concours, d'avoir « terminé leur scolarité », et, là où ils sont recrutés au concours, d'être munis de douze inscriptions ; et, d'autre part, de poursuivre leurs études médicales en vue de l'obtention du diplôme d'Etat, le seul, ainsi qu'il a été rappelé dans la circulaire du 15 novembre 1913, qui donne droit à l'exercice de la médecine en France. Or, dans de très importantes villes de France, sièges de facultés de médecine ou d'écoles de plein exercice, et où par ailleurs les services d'hôpitaux sont organisés dans les conditions les plus satisfaisantes, il est de règle constante que les candidats à l'internat ne soient pas astreints à présenter les douze inscriptions. La réponse affirmative à la question envisagée aurait donc eu pour résultat de jeter un trouble profond dans tous ces établissements dont l'illégalité du régime intérieur eût été ainsi proclamée.

Il m'a paru nécessaire de ne point laisser se prolonger une telle incertitude. Il est hors de doute à mes yeux que, sous une réserve qui sera indiquée plus loin, les fonctions d'interne ne peuvent être assimilées à l'exercice de la médecine. Les différences qui existent entre les deux situations sont profondes : le médecin, et par conséquent l'étudiant qui provisoirement le remplace, a à l'égard de son client toute initiative et toute responsabilité ; l' « élève interne », au contraire, en dehors des fonctions secondaires et très limitées définies au règlement, n'a d'initiative que celle que son chef de service lui laisse sous sa propre responsabilité ; il bénéficie de la direction continue de son chef ; il est soumis à son contrôle en quelque sorte permanent.

Une interprétation trop rigoureuse de la loi de 1892 sur ce point, en même temps qu'elle serait contraire aux intentions du législateur, n'irait pas à moins qu'à compromettre les études médicales pratiques et à bouleverser, sinon à rendre impossible, le fonctionnement de nombreux hôpitaux et par suite à porter, à ce double titre, un préjudice grave aux malades eux-mêmes.

Des règles uniformes n'ont jamais été prescrites pour le recrutement des internes ; ces règles varient selon les régions universitaires et suivant les conditions locales ; la garantie la plus propre à assurer un bon recrutement réside dans ce fait que les médecins qui assument la délicate et lourde responsabilité de diriger un service doivent veiller à ce que les internes soient choisis dans des conditions permettant au chef d'avoir confiance en ses auxiliaires immédiats ; le règlement intérieur de santé qui définit ces conditions est « arrêté par la commission administrative mais avec l'approbation du préfet » (art. 8 de la loi du 7 août 1851) ; il convient que ce règlement, notamment dans ses dispositions relatives au recrutement des internes, soit toujours soumis à l'avis des chefs de service ou de leurs représentants, et votre attention devrait être mise très particulièrement en éveil dans le cas où une commission vous demanderait d'approuver un règlement au sujet duquel lesdits médecins ou n'auraient pas été consultés ou auraient formulé des critiques.

L'internat doit donc rester ouvert aux étudiants en médecine qui ne sont susceptibles ni d'exercer de façon permanente, ni d'obtenir l'autorisation prévue à l'article 6 de la loi de 1892, de faire des remplacements. Mais il va de soi qu'aux internes rentrant dans cette catégorie doivent être interdits les actes qui ne sont pas liés essentiellement à la fonction même « d'élève interne », et qui seraient des actes caractéristiques de l'exercice de la médecine, tels que : signature des divers certificats (notamment pour les accidents de travail), signature d'ordonnances médicales à exécuter en dehors de l'établissement. De tels actes ne sauraient être accomplis ou que par des docteurs en médecine ou que par des internes munis d'une autorisation régulière de remplacement dans les conditions spécifiées par la loi de 1892, précisées dans les instructions du 15 novembre 1913 et rappelées au cours de la présente circulaire.

RENÉ RENOULT.

(1) De 1802 à 1901, sur un total de 3357 internes, on a compté 191 étrangers. (R. Durand-Fardel, *Centenaire de l'Int.*, Steinheil.)

RECHERCHES

SUR

LA DROITERIE ET LA GAUCHERIE

TROPHIQUES (1)

Par M. HERBER (de Cette).

Certaines maladies affectent volontiers le côté gauche du corps, et on a exprimé l'idée que la droiterie n'était pas étrangère à cette localisation.

Molle [d'Oran] (2) n'accepte pas cette manière de voir; il admet simplement que l'organisme a un *côté fort* et un *côté faible*, variable selon les sujets. Le « décubitus latéral de prédilection au cours du sommeil » permet de reconnaître le premier, l'hyperesthésie de certaines zones à la pression décèle le second.

Le signe du décubitus a une valeur intrinsèque, indiscutable. On ne saurait en dire autant des hyperestésies : « Elles offrent, dit l'auteur, une très grande analogie avec les troubles de sensibilité profonde que présentent les hystériques (p. 17) » ; il faut se demander si elles ne sont pas ressemblantes, au point d'être, comme elles, le résultat d'une « suggestion inconsciente ».

Molle affirme que les symptômes révélateurs de l'asymétrie humaine, telle qu'il la conçoit, n'ont aucune relation avec la droiterie ou la gaucherie ; il ne fait pas état des ambidextres et laisse ainsi planer le doute sur l'interprétation de ses recherches.

Nous pensons que le siège des maladies sur l'une ou l'autre moitié du corps est en rapport direct avec la droiterie et la gaucherie.

Pour le démontrer, il fallait trouver une affection prépondérante à gauche chez les droitiers, à droite chez les gauchers, et observable en série.

C'était le cas de la subluxation spontanément provoquée de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce. Son étude va nous permettre d'établir qu'il y a une droiterie et une gaucherie trophiques.

La subluxation (ou extension forcée du pouce) dépend d'une cause articulaire et d'une cause musculaire ; il est, en effet, des personnes chez qui on la provoque et qui ne peuvent la produire elles-mêmes.

On la constate dès la naissance (3) ; la « rouille » des ans peut entraver sa production, mais, durant les premiers stades de la vie, son existence ou sa non-existence sont surtout en rapport avec l'hérédité : il y a des familles où on luxe le pouce, d'autres où on ne le luxe pas ; c'est une *dystrophie familiale*.

Nous l'avons recherchée chez 500 droitiers et 60 gauchers (4) en ne tenant compte que des cas où elle est réellement spontanée et nous avons obtenu le pourcentage suivant :

	Pas de luxation	Luxation bilatérale	Luxation à gauche	Luxation à droite
Droitiers.	68,5	13,5	16	1,8
Gauchers.	55,5	13,3	0	31

Ces chiffres établissent que, dans la majorité des cas, l'homme ne subluxe pas son pouce. Lorsque la subluxation unilatérale est possible, elle existe toujours à droite chez le gaucher, presque toujours à gauche chez le droitier, et les exceptions à cette règle comportent une signification particulière au sujet de laquelle nous insisterons plus loin.

Si l'on totalise les cas de subluxation chez les droitiers et chez les gauchers, on en trouve 31 p. 100 chez les premiers, 45 p. 100 chez les seconds, et cette anomalie apparaît, chez ces derniers, comme un nouveau signe de dégénérescence qui s'ajoute à leur gaucherie. Il y a donc des troubles trophiques qui accompagnent la droiterie et la gaucherie ; leur existence, avérée dès la naissance, montre que l'asymétrie humaine existe avant que la mensuration la plus délicate ait pu la révéler (1).

Les considérations précédentes nous autorisent à formuler cette loi que la *subluxation unilatérale siège toujours du côté opposé à la moitié prééminente du corps*.

Elle comporte peu d'exceptions, nous n'en avons jamais constaté chez les gauchers ; elle existait 9 fois seulement sur 500 droitiers ; 4 fois, il s'agissait de personnes que nous n'avons pu complètement examiner et dont nous ne saurions faire état ; les 5 autres fois, nous étions en présence d'ambidextres mal caractérisés.

L'*ambidextrie*, au sens étymologique du mot, doit être très rare ; nous ne l'avons jamais observée. Les ambidextres ont plutôt une main d'élection pour chaque sorte de mouvements, la droite pour les mouvements soumis à la contrainte de l'éducation, la gauche pour les autres mouvements. Toutefois, il n'en est ainsi que dans les cas types, parce que le rôle des deux mains est variable selon les sujets ; il existe des cas frustes où on ne trouve qu'*un seul mouvement fait de la main gauche*.

On a dit que les ambidextres « sont des gauchers vaincus par l'éducation » ; on est en droit de penser aussi que ce sont des gauchers en voie de retour à la droiterie normale.

Ils ont des gauchers dans leur hérédité et, lorsqu'ils ne subluxent qu'un pouce, c'est le droit.

Chez le droitier et le gaucher véritables, les asymétries motrice, sensitive et trophique du corps, sont superposables ; chez les ambidextres, elles ne le sont plus ; le côté droit a repris la prépondérance de sa fonction musculaire, alors qu'il représente le côté faible au point de vue trophique. Il en est ainsi parce que la droiterie et la gaucherie n'ont pas une

(1) Mémoire présenté à l'Académie de médecine par M. le professeur Chauffard, séance du 10 février 1914.

(2) MOLLE. *L'homme droit et l'homme gauche au point de vue pathologique*, Maloine, 1905.

(3) A cet âge, elle ne saurait être spontanément provoquée.

(4) Statistique globale portant sur des droitiers et des gauchers de tout âge et de tout sexe.

(1) On a objecté à Dareste que la droiterie ne saurait avoir une origine ovulaire parce qu'il est impossible de la reconnaître dès la naissance. L'étude de la subluxation montre le cas qu'il faut faire de cet argument.

origine univoque. La droiterie (1) est due aux connexions fonctionnelles du côté gauche avec le cœur qui ont libéré le bras droit; elle est physiologique. La gaucherie est pathologique; elle constitue une tare cérébrale, acquise par l'individu et transmise à la famille; elle peut guérir et laisser l'être humain dans un état intermédiaire, où le bras droit se libère de la prééminence cérébrale pathologique et fait retour à sa condition normale, tandis que le trophisme, plus intimement lié au fonctionnement cérébral, reste en rapport avec l'hémisphère lésé.

L'ambidextrie s'accompagne ainsi des troubles trophiques de la gaucherie, et l'examen du pouce peut révéler la véritable origine d'une ambidextrie fruste, qui a toutes les apparences de la droiterie. On la méconnaît souvent, et c'est la raison, sans doute, pour laquelle on a cité des droitiers rendus aphasiques par une lésion du cerveau droit; ils étaient de faux droitiers, ainsi que les droitiers de notre statistique qui luxaient le pouce droit.

L'étude de la dentition avait déjà fait connaître à Galippe (2) l'existence d'une hypotrophie hémilatérale. « Ce sont les maxillaires gauches, a-t-il écrit, qui chez le droitier sont le siège de lésions, lésions de développement, anomalies d'éruption ou de nutrition; ce maxillaire lui-même est moins développé à gauche qu'à droite; chez le gaucher, c'est l'inverse. »

Sur 64 observations d'anomalies dentaires (abstraction faite de cas assez nombreux d'anomalies bilatérales), il relève 41 anomalies à gauche, 23 à droite, et, déduction faite de 3 cas de lésions à droite appartenant à des gauchers, il obtient une proportion de 50 p. 100 en faveur du côté gauche.

Cette statistique ne porte pas sur un assez grand nombre de cas pour être démonstrative, mais réunie à celle de la subluxation du pouce elle témoigne que le dualisme de la droite et de la gauche n'existe pas seulement dans la prééminence de l'une ou l'autre main.

Il y a une hypotrophie manifeste du côté faible et on n'est pas en droit de dire qu'elle est toujours la conséquence de « la passivité mécanique de l'homme gauche qui aboutit à la passivité nutritive gauche..., à une sorte de misère physiologique » (3); elle est constatable dès la naissance et nous verrons qu'elle existe ab ovo.

Cette interprétation nous permet de donner un sens à la plupart des statistiques si consciencieuses mais sans portée biologique qui établissent la prédominance des lésions sur l'une ou l'autre moitié du corps.

Le bec-de-lièvre unilatéral siège surtout à gauche, parce que l'infériorité du côté gauche se fait sentir dès les premiers stades du développement.

La latéralisation à gauche du varicocèle a été interprétée de différentes façons; avec Morgagni on a parlé de l'abouchement à angle droit de la veine spermatique gauche dans la veine rénale; avec Sistach, on a dit que le bras droit était le plus actif, la contraction des muscles abdominaux devait incliner le tronc à gauche et rétrécir le canal inguinal; s'il en était ainsi, la fréquence des hernies droites devrait être comparable à celle du varicocèle; or, Berger prétend que les anneaux des deux côtés se comportent de la même façon entre trente et cinquante ans.

Il faut se reporter à la statistique de Carl Nebler (1), pour donner à la latéralisation du varicocèle sa véritable signification. Sur 7599 varicocèles, on en trouve 6985 à gauche et 305 à droite (308 bilatéraux), c'est-à-dire 90 p. 100 d'un côté et 4,06 p. 100 de l'autre, ce qui répond approximativement à la proportion des droitiers et des gauchers.

La concordance du pourcentage des droitiers et des varicocèles gauches, des gauchers et des varicocèles droits, est assez impressionnante pour attribuer à l'asymétrie trophique la cause d'une latéralisation comparable à celle de la subluxation du pouce.

L'ulcère de jambe, la tarsalgie des adolescents, la tuberculose du sommet au début siègent de préférence à gauche. Il en est ainsi d'autres maladies, mais il ne faut ni trop simplifier ni trop généraliser une question.

Les facteurs étiologiques d'une affection se combinent au point qu'il est souvent difficile de les démêler; si l'on en veut un exemple, il suffit de considérer les statistiques de Berger établissant que le côté de la hernie inguinale varie avec l'âge des sujets.

L'*asymétrie trophique* du corps humain ne peut être mise en doute. Elle se manifeste dès la vie embryonnaire par la localisation de certaines maladies fœtales, puis à la naissance par la prédominance des malformations dentaires sur un des côtés du maxillaire ou des maladies sur un des côtés du corps.

La subluxation unilatérale du pouce, en raison de sa fréquence et des facilités de son observation, est plus démonstrative que les autres dystrophies. Sa localisation, symétrique chez le droitier et chez le gaucher, en fait l'argument type de l'asymétrie trophique du corps humain.

(1) Herber. Essai d'une théorie clinique de la droiterie, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1912, n° 38, p. 380, 381; — *Biologica*, 15 août 1913, p. 234 et suiv.

(2) Galippe. La droiterie et la gaucherie sont-elles fonctions de l'hérédité? *Bull. de la Soc. de biol.*, 1887, p. 519.

(3) L. Faure. *Essai d'étude comparative de l'homme droit et de l'homme gauche*, Th. de Lyon, 1902.

(1) Cité par P. Reclus, *Traité de chirurgie*, 2e édition, t. VII, p. 1219.

LE SULFURE DE CARBONE DANS LE TRAITEMENT DU CANCER

Le docteur P. Louge, chirurgien des hôpitaux de Marseille, vient de publier dans le *Marseille médical* (15 janv. 1914, n° 2, p. 51) une note résumant son expérience sur ce mode de traitement : « 1° On peut, dit-il, injecter du sulfure de carbone pur, chez l'homme, par la voie hypodermique, à la dose de 1 à 2 centimètres cubes, sans déterminer d'autres accidents notables qu'une vive douleur locale qui va graduellement en s'atténuant; 2° l'injection de sulfure de carbone intratumorale ou paratumorale produit des résultats remarquables et rapides dans la régression des nodules ou ganglions cancéreux; 3° les résultats ainsi obtenus par ce puissant antiseptique et parasiticide semblent confirmer l'origine parasitaire du cancer. »

SUR LA PRÉTENDUE DOULEUR CYSTIQUE

ET SUR LA

DOULEUR MUSCULAIRE DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE

Par M. Aurel A. BABES,

Interne du service de la deuxième clinique médicale
du professeur Buicliu (de Bucarest),
Prosecteur de la Faculté de médecine, secrétaire de la revue médicale
« Spitalul ».

Dans un article, publié dans *la Presse médicale* du 30 novembre 1912, MM. Alex Radulescu et Const. Atanasiu, internes des hôpitaux de Bucarest, ont décrit dans la fièvre typhoïde un signe qu'ils appellent la douleur cystique et auquel ils accordent une grande importance pour le diagnostic de cette maladie.

Le signe en question consiste « à mettre en évidence une douleur plus ou moins vive au point cystique, et exceptionnellement une puissante défense musculaire localisée dans l'hypocondre droit » ; si le signe est positif et que le malade soit conscient « il accuse une douleur plus ou moins vive, et quand il paraît privé de connaissance, on remarque une puissante défense musculaire localisée dans l'hypocondre droit, accompagnée en même temps d'une grimace du visage, tandis que l'hypocondre gauche n en offre pas ». Les auteurs ont examiné à ce point de vue 78 malades atteints de fièvre typhoïde et ils sont arrivés aux conclusions suivantes : *a.* qu'il n'existe pas de cas de fièvre typhoïde au début qui soit exempt de ce signe; *b.* qu'il est plus précoce que tous les autres, même que le signe de Lesieur; *c.* qu'il est aussi un signe très fréquent de la période d'état; *d.* qu'il disparaît toujours dans la convalescence. En ce qui concerne les six cas marqués dans le tableau comme ayant présenté le signe dans la convalescence, ce sont des malades qui ont eu des rechutes (Radulescu et Atanasiu).

On voit, d'après ce qui a été dit plus haut, que le signe en question mérite toute l'attention, tant à cause de sa simplicité que des conclusions très encourageantes.

Nous avons examiné nous-même 30 malades atteints de fièvre typhoïde, à différentes périodes de la maladie et nous avons cherché avec attention le signe de la douleur cystique. Dans tous les cas (nous donnerons plus loin le tableau) de fièvre typhoïde à la période de maladie, le signe existait et dans la convalescence le signe disparaissait.

On serait tenté de croire, d'après ces résultats, que le signe tel que les auteurs l'avaient décrit était bien l'expression de la réalité. Mais, en palpant avec attention aussi les autres régions de l'abdomen on arrive à des conclusions différentes. La palpation, même légère, des masses musculaires de l'abdomen occasionne chez les malades, qui présentent le signe de Radulescu et Atanasiu, une souffrance évidente et qui est d'autant plus grande que le malade est plus intoxiqué par la maladie. La masse musculaire la plus douloureuse est la masse commune des muscles obliques et transverses de l'abdomen; la pression même légère de ces muscles est insupportable aux malades et malgré leur état de prostration et d'adynamie ils trouvent encore le moyen et la force de se soustraire à cette pénible souffrance; les muscles droits de l'abdomen sont aussi sensibles mais moins que les précédents; quant à la douleur cystique quoique se rapprochant beaucoup de celle des obliques elle est toutefois un peu moins forte. La nature musculaire de la douleur est d'ailleurs prouvée aussi par la palpation des autres masses musculaires ; les muscles adducteurs de la cuisse sont quelquefois plus sensibles que tous les autres, de même les masses sacro-lombaires et les muscles du dos, les autres muscles, quoique sensibles, le sont toutefois à un degré moindre. L'intensité de la douleur cystique est toujours proportionnelle et évolue parallèlement à celle des muscles abdominaux, elle apparaît ainsi que la douleur des obliques, dès les premiers jours de la maladie et persiste pendant toute sa durée, tandis que dans la convalescence la douleur cystique ainsi que la douleur musculaire disparaît toujours; toutefois dans le premier jour de la convalescence la douleur cystique ayant déjà disparu, la douleur des muscles obliques, quoique à peine perceptible, existe encore, cette discordance disparaît dès le second jour de la convalescence puisque, à ce moment, la douleur cystique ainsi que celle des obliques disparaît complètement, pour reparaître en cas de rechute.

Le parallélisme et l'analogie entre la douleur cystique et celle des muscles de l'abdomen étant si nets, nous nous croyons en mesure de conclure à la nature musculaire du signe cystique. Les auteurs du signe ont d'ailleurs eu la précaution de ne pas insister sur la nature de la douleur, ils n'en parlent nulle part dans leur article et si ce n'était la dénomination typique du signe rien ne dévoilerait la pensée des auteurs.

Ceci étant dit pour la relation étroite, je pourrais même dire, pour l'identité entre la douleur cystique et celle des muscles voisins, venons à l'étude détaillée de la douleur musculaire dans la fièvre typhoïde.

Les lésions des muscles dans la fièvre typhoïde sont chose connue, surtout grâce aux travaux de Zencker et Straus; ces auteurs ont montré que la myosite dans la fièvre typhoïde « ne le cède guère, sur le rapport de la constance, à l'altération caractéristique des plaques intestinales ». La lésion des fibres musculaires est représentée par une dégénérescence granuleuse ou vitreuse et atteint inégalement les muscles volontaires; le muscle dégénéré ne l'est pas uniformément, il y a des foyers malades à côté des parties saines. D'après Straus les muscles le plus souvent atteints seraient, en ordre de fréquence, « les adducteurs de la cuisse et le psoas, puis les grands droits de l'abdomen, les grands et petits pectoraux, les transverses de l'abdomen, les muscles de l'épaule et les jumeaux ; mais la plupart des muscles peuvent être atteints, non pas en totalité, mais en partie ». A ces lésions de myosite correspondent des symptômes qui, d'après les auteurs, seraient plutôt obscurs, toutefois Straus leur fait jouer

un rôle dans la courbature, la fatigue, la douleur musculaire, la trémulence parétique des membres et de la langue et les troubles de l'articulation de la parole. Un autre signe musculaire, que nous croyons en relation avec les altérations musculaires, est celui décrit par Jurke dans le *New-York medical Journal*, 11 décembre 1911 ; le signe de Burcke consiste en une contraction fibrillaire du muscle biceps, produite par une forte pression sur la masse musculaire ; quoique l'auteur du signe pense qu'il s'agît ici d'un phénomène redevable à une irritation du système nerveux, toutefois je crois que les lésions musculaires ne sont pas complètement étrangères à ce phénomène.

TABLEAU STATISTIQUE DE NOS 30 OBSERVATIONS

(*Nous avons indiqué d'un seul* + *la douleur peu intense, avec* + + *la douleur forte et avec* + + + *la douleur très intense.*)

Nos	NOM du malade.	PÉRIODE de la maladie.	LE SIGNE de la douleur cystique.	LA DOULEUR musculaire des obliques.
1	B. P.	1er septénaire.	+ +	+ + +
2	C. V.	»	+ +	+
3	N. B.	»	+	+
4	P. O.	»	+	+
5	A. S.	»	+	+
6		»		
7		»		
8	A. T.	Période d'état.	+	+
9	P. N.	»	+ + +	+ +
10	G. B.	»	+ +	+ + +
11	D. R.	»	+ +	+ +
12	G. H.	»	+ +	+ +
13	D. H.	»	+ +	+ +
14	I. A.	»	+ + +	+ +
15	I. M.	»	+ +	+ +
16	N. C.	»	+	+
17	S. N.	Convalescence.	—	—
18	G. M.	»	—	—
19	I. B.	»	—	—
20	M. R.	»	—	—
21	P. D.	»	—	—
22	D. G.	»	—	—
23	B. P.	»	—	—
24	J. G.	»	—	—
25	G. St.	»	—	—
26	P. P.	»	—	—
27	B. T.	»	—	—
28	I. G.	»	—	—
29	R. A.	»	—	—
30	C. T.	»	—	—

Nous avons examiné 30 malades de fièvre typhoïde et chez tous nous avons cherché, en même temps que le signe cystique, la douleur musculaire dans les différents groupes, obliques et droits de l'abdomen, adducteurs de la cuisse, muscles de l'épaule, masses sacro-lombaires. Voici en résumé les résultats de nos recherches : la douleur musculaire, produite simplement par la palpation plus ou moins forte des masses musculaires, est constante dans la fièvre typhoïde, elle n'est pas toutefois généralisée. Les masses musculaires le plus souvent atteintes sont, en ordre de fréquence, la masse commune des obliques et du transverse (elle a été toujours douloureuse), les adducteurs, les muscles du dos ; quant aux muscles droits ils réagissent surtout par une défense musculaire très intense : remarquons que la douleur est prédominante du côté droit du corps, quelquefois même les muscles de ce côté sont les seuls douloureux. Le point le plus propice pour la recherche du signe est le milieu d'une ligne allant de l'épine iliaque antéro-supérieure droite à l'extrémité antérieure de la dixième côte du même côté. L'intensité de la douleur est proportionnelle à l'intensité de la maladie : dans les cas légers, il faut une pression plus grande pour produire la douleur ; dans les cas graves, la simple palpation est intolérable. Le signe existe dès les premiers jours de la maladie, quoique plus atténué, et s'accentue jusqu'au dixième jour et diminue ensuite ; à l'approche de la convalescence le signe existe encore, toutefois à un degré moindre et disparaît complètement dans le premier ou le second jour de la convalescence.

Nous donnons plus haut le tableau des cas examinés, les convalescents ont été examinés aussi au cours de leurs maladies et ont présenté alors les signes en question.

Pour le moment, nous ne voulons pas faire de ce signe un symptôme important de la fièvre typhoïde, le but de notre note a été plutôt d'élucider la nature de la prétendue douleur cystique.

ACTUALITÉS

DE LA POSITION DE TRENDELENBURG DANS LES HÉMORRAGIES GRAVES DE LA DÉLIVRANCE

Il est peu de situation aussi angoissante que celle du médecin aux prises avec une hémorragie grave de la délivrance. Alors que l'accouchement est terminé, que la délivrance est faite et que l'on songe peut-être déjà à quitter sa malade, on la voit tout à coup pâlir, réclamer de l'air, accuser des tintements d'oreille. La main qui prend le pouls constate qu'il est au-dessus de 100 ; l'autre main allant à la recherche de l'utérus par le palper ne le trouve plus, ou ne rencontre qu'une masse mollasse, remontant jusqu'à l'ombilic, qui n'est autre que l'organe distendu par du sang et des caillots. Entre les jambes, un écoulement sanguin faible mais continu, persistant.

Le médecin avisé se met immédiatement en devoir de vider cet utérus en état « d'impotence fonctionnelle », comme dit M. Pinard, et, pour ce faire, il plonge sa main dans l'utérus, en ramène les caillots qui l'emplissent ; puis, laissant sa main à l'intérieur de l'utérus, donne une injection intra-utérine à 50 degrés, tout en pratiquant du massage interne de l'organe pour ranimer sa contractilité. Il pourra ensuite, l'utérus étant vidé et étant contracté, pratiquer une injection sous-cutanée d'ergotine.

Ce « modus faciendi » est généralement efficace, mais il est des cas, cependant, où l'hémorragie se reproduit, cas auxquels on a donné quelquefois, à tort ou à raison, le nom d'hémorragies incoercibles. Au bout d'un quart d'heure ou d'une demi-heure se reproduit le cortège symptomatique que nous décrivions plus haut, mais plus accentué cette fois et pouvant aller jusqu'à la syncope. C'est dans ces cas que M. Demelin et, plus récemment, M. Fieux (de Bordeaux) ont eu recours avec succès à la position de Trendelenburg.

Il semble que ce soit surtout pour parer aux dangers de l'anémie cérébrale que M. Demelin (1) recommande la posi-

(1) DEMELIN. *Ostétrique d'urgence*, p. 18. — Paris O. Doin.
C'est à ce volume qu'est empruntée la figure reproduite dans cet article et que nous devons à l'obligeance de MM. Demelin et Doin.

tion déclive, tête plus bas que le corps. « Dans la pratique courante, dit-il, et en l'absence de lit mécanique, on obtient cette attitude en plaçant sous les pieds du lit des objets tels que briques, planches... Quand on veut obtenir une inclinaison du corps plus prononcée, comparable à celle que donne la position de Trendelenburg, on place sur le lit une chaise ordinaire, les pieds en l'air, et de telle façon que le bord supé-



rieur du dossier et le bord antérieur du siège reposent sur le plan du lit; on la recouvre, ainsi posée, d'un petit matelas sur lequel on glisse la femme en la soulevant par les membres inférieurs et par le bassin, afin que sa tête reste sur le lit, tandis que le corps repose sur le dos de la chaise, les genoux pliés au sommet du plan incliné et les jambes pendantes. » C'est le dispositif que nous représente la figure, et qu'a utilisé à son tour M. Fieux, non pas pour lutter contre l'anémie posthémorragique mais contre l'hémorragie elle-même.

Dans cinq cas d'hémorragie grave de la délivrance, M. Fieux (1) a eu recours à la position de Trendelenburg. Il avoue lui-même qu'au début il a mis cette attitude à profit dans l'idée tout simplement de conjurer les accidents dus à l'ischémie cérébrale, ainsi que l'avait préconisé M. Demelin. Mais il ne tarda pas à s'apercevoir qu'une autre action, beaucoup plus intéressante encore, se produisait. A partir du moment où la malade était mise dans la position inclinée plus une goutte de sang ne s'échappait des voies génitales. « Je sais bien, dit-il, ce qu'on va me répondre : peu nous importe que votre malade ne saigne pas au dehors si vous transformez son hémorragie externe en hémorragie interne. » Or, il ne se produit pas non plus d'hémorragie interne. Sous l'influence de la position de Trendelenburg l'utérus gros et lourd glisse vers le diaphragme, étirant le segment inférieur et le conduit vaginal. On sent l'organe qui ne tarde pas à se contracter, et, dans l'intervalle de ces contractions, il est évident qu'il ne se laisse plus distendre. L'hémorragie paraît jugulée.

« Par quel mécanisme, se demande M. Fieux, a lieu cet arrêt de l'hémorragie? Est-ce que, par suite de l'irrigation plus active des centres nerveux, une action réflexe inciterait à la rétraction l'utérus défaillant? C'est infiniment peu probable.

Faut-il admettre que la glissade de l'utérus vers le haut de la cavité abdominale ait pour effet d'étirer ou de couder ses pédicules vasculaires et d'arrêter ainsi l'hémostase? Les belles planches d'anatomie obstétricale de Couvelaire ne permettent pas de conclure dans ce sens; du reste, il suffit de songer que l'utérus parturient hystérotomisé de la femme en position de Trendelenburg saigne abondamment s'il n'est pas en état de bonne rétraction.

L'explication la plus satisfaisante de cette hémostase immédiate paraît être la suivante. La femme qui perd du sang après la délivrance a du sang accumulé tout le long de son tractus génital. Si cette femme est mise subitement tête basse, en position inclinée à 45 degrés, une colonne sanguine d'un certain poids tombe dans l'utérus, ce qui représente une excitation brusque, capable de ranimer la rétractilité absente. Mais il y a autre chose, et il y a surtout autre chose, car l'utérus qui s'est subitement contracté à la suite de cette attitude peut se remettre à plusieurs reprises en état d'inertie plus ou moins prolongée, et, malgré cela, l'observation clinique démontre que l'hémorragie est définitivement arrêtée.

Ce fait, a priori paradoxal, s'explique. D'une part, l'hémorragie de la délivrance est représentée surtout par une énorme fuite veineuse. D'autre part, dans la veine cave inférieure du sujet ainsi placé et dans les vaisseaux qui en sont tributaires, la pression est de 0 ou aux environs de 0. Or, remarquez bien que dans la situation nouvelle où vient d'être placée l'accouchée, inclinée à 45 degrés au moins, le centre du corps utérin, c'est-à-dire un point se rapprochant de la zone qui saigne, est déjeté à 9, 10 ou 12 centimètres au-dessous de l'extrémité vulvaire du conduit génital incliné. Les sinus utéro-placentaires, s'ils ne sont pas musclés par les ligatures vivantes, sont donc pour ainsi dire aveuglés par une colonne sanguine de 10 centimètres, mais toujours suffisante pour équilibrer et au delà la tension insignifiante des énormes bouches sanguines ouvertes dans l'utérus. »

Quoi qu'il en soit de la théorie donnée par M. Fieux, il n'en est pas moins vrai que son procédé paraît réellement tout puissant. Etant donnée la simplicité du procédé, si facilement applicable partout, le praticien se trouvera désormais en possession d'un moyen lui permettant de sortir victorieux de la lutte émouvante qu'il pourra avoir à soutenir contre une hémorragie grave de la délivrance. M. DELESTRE.

(1) FIEUX. La position de Trendelenburg dans les hémorragies graves de la délivrance, communication à la *Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, séance de décembre 1913.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 13 MARS 1914)

Intolérances médicamenteuses et recherche de l'anaphylaxie passive. — MM. ACHARD et FLANDIN ont recherché si le sérum de plusieurs malades qui présentaient une intolérance médicamenteuse était capable de conférer l'anaphylaxie passive au cobaye.

Chez 3 sujets qui ne supportaient pas l'antipyrine, le sérum ne paraît pas avoir augmenté la susceptibilité des cobayes à l'action toxique du médicament.

Le sérum d'un malade chez lequel l'iodoforme avait provoqué de l'érythème et de l'urticaire détermina chez le cobaye des accidents de choc sérotoxique en injection première, mais lorsque les cobayes furent ensuite soumis à l'action de l'iodoforme, ils n'éprouvèrent aucun accident.

Enfin le sérum d'une maladie intolérante pour la quinine produisit aussi quelques troubles sérotoxiques en injection première, mais ne parut pas sensibiliser d'une manière évidente les cobayes à l'action du bisulfate de quinine.

Abcès pulmonaires volumineux d'origine puerpérale et pyopneumokyste. — MM. G. CAUSSADE et G. LÉVI-FRANCKEL rapportent l'observation d'une jeune femme qui au cours d'une infection puerpérale a présenté un abcès pulmonaire siégeant à la base du poumon droit. Il a eu une durée d'un mois et demi environ. Au début il s'est accompagné d'épanchement pleural, puis, vers le trente et unième jour à la suite d'une simple ponction et non suivie d'injection d'air, ont apparu des signes à timbre amphorique (succession hippocratique, bruit d'airain, résonance amphorique) que les auteurs attribuent à la pénétration de l'air dans la cavité purulente par une légère fissure non soupçonnée jusqu'à ce moment. Il s'agissait d'un pyopneumokyste analogue à ceux décrits par M. F. Dévé dans les kystes hydatiques du poumon et déterminés par une fistule bronchique non soupçonnée jusqu'à ce moment. La pneumotomie qui a amené la guérison a prouvé l'exacti-

tude de ce diagnostic. Dans une dernière phase, la fièvre qui avait été très élevée au début (40°6-39°9), avait à peu près disparu quelques jours avant l'opération et dans le liquide chocolat rempli de polynucléaires retiré par la ponction ainsi que dans les rares crachats expectorés il y avait seulement un streptocoque altéré et dépourvu de vitalité.

Les auteurs concluent de ces faits que, dans le poumon, comme dans le foie et le cerveau, les germes peuvent perdre leur virulence et disparaître même. Ce qui explique leur tolérance surtout dans le cas particulier où il n'y eut pas de vomique après quarante-deux jours. Dans le cas particulier l'abcès a joué le rôle d'un abcès fixateur.

Les auteurs prouvent encore par leurs observations que la ponction est le meilleur guide pour diriger sûrement la main du chirurgien.

A l'opération, on a trouvé un pus de couleur chocolat rempli de polynucléaires. Il n'était nullement fétide. La cavité n'a pu, en raison de son volume, être complètement explorée par la main du chirurgien.

Enfin les auteurs insistent sur ce point qu'il ne faut tenir compte que dans une certaine mesure des divisions classiques en abcès pulmonaires centraux avec fistule bronchique et sans épanchement pleural et en abcès parapleurétiques avec signes de pleurésie, puisque dans leur cas ces deux formes ont été observées.

Tachysystolie auriculaire. — MM. DONZELOT et PEZZI ont constaté, grâce à l'électrocardiogramme, l'existence d'une tachysystolie auriculaire très marquée chez une malade présentant une bradycardie par dissociation auriculo-ventriculaire complète. Le rapport du rythme auriculaire au rythme ventriculaire était sensiblement de 8 : 1, les oreillettes battant à 300 à la minute, les ventricules à 37. Au point de vue pronostic, la suppression de la conductibilité hisienne, en soustrayant les ventricules à l'action des oreillettes, semble bien dans ce cas spécial constituer une circonstance relativement favorable.

Ictère grave primitif avec prédominance des lésions rénales. — MM. ŒTTINGER et P.-L. MARIE rapportent un cas d'ictère grave survenu chez un boucher de trente-quatre ans, sans passé morbide.

L'affection débuta subitement par un frisson et des douleurs articulaires; l'ictère, apparu le quatrième jour, devint rapidement intense et s'accompagna de purpura et d'hémorragies sous-conjonctivales; il existait en même temps une anurie presque complète, les urines renfermaient très peu d'urée et de chlorures et seulement des traces de pigments biliaires, alors que ces derniers abondaient dans le sérum ainsi que l'urée (4g25 par jour). La mort survint dans le coma après huit jours de maladie. L'autopsie montra un foie très hypertrophié présentant des zones de régénérescence évidente. L'ordination trabéculaire était respectée, et les lésions cellulaires, très circonscrites, étaient modérées. Par contre, le rein était profondément lésé; tous les tubes sécréteurs étaient détruits, leur nécrose contrastant avec l'intégrité du système excréteur. L'étiologie de ce cas demeura inconnue, les hémocultures étant restées négatives.

Traitement des bronchites aiguës et chroniques par les injections d'émétine. — M. Félix RAMOND, se basant sur l'heureuse influence de l'ipéca sur l'évolution des bronchites, s'est proposé d'expérimenter l'alcaloïde de l'ipéca, l'émétine. Son action paraît tout au moins égale. La quantité injectée varie de 0g04 à 0g08 par jour, pendant quatre à cinq jours; si, au bout de ce laps de temps, il n'y a pas de résultat évident, il est inutile de continuer. Dans les cas favorables, l'injection est suivie d'une amélioration portant sur les signes physiques et fonctionnels : diminution et même disparition des râles, expectoration plus fluide, dyspnée et tachycardie moindres; parfois, dans la bronchite aiguë surtout, la guérison survient en quatre ou cinq jours. Par contre, dans les bronchites chroniques invétérées des scléreux ou des tuberculeux, les résultats sont à peu près nuls. D'ailleurs l'émétine, même aux doses quotidiennes de 0g08, est inoffensive pour le cœur et les reins. Elle peut donc être employée sans danger dans tous les processus inflammatoires bronchiques de l'adulte; il doit en être de même chez l'enfant.

Erratum. — La communication faite dans la dernière séance sur l' « Asystolie à répétition consécutive à la dilatation aiguë primitive du cœur chez l'enfant » est de MM. H. Méry, H. Salin et *A. Wilborts*, et non O. Wilbert, comme nous l'avons imprimé.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 5 MARS 1914)

Syndrome d'hypertension intracranienne. Trépanation décompressive. — M. VELTER présente un homme de vingt-neuf ans qui, depuis septembre dernier, avait un syndrome d'hypertension intracranienne avec hémianopsie. La trépanation décompressive, pratiquée en janvier par M. DE MARTEL, amena une sédation remarquable des troubles; en quelques jours l'hémianopsie, la céphalée et la stase disparurent avec acuité visuelle revenue à l'unité. Le malade présentait du nystagmus; ce signe s'est précisé; il y a maintenant une paralysie des mouvements associés de latéralité des yeux indiquant une localisation vers le pédoncule cérébral ou les tubercules quadrijumeaux.

M. SICARD fait remarquer l'utilité de la ponction lombaire faite au cours même de la craniectomie afin d'éviter la hernie cérébrale opératoire.

Sur la durée évolutive des tumeurs cérébrales. — M. SICARD. Une femme, présentant depuis quatre ans le syndrome d'hypertension intracranienne, fut améliorée par la trépanation décompressive, puis par une série de ponctions lombaires faites chaque fois que l'exigeait la réapparition des symptômes et telle que la quantité de liquide enlevée en quatre ans est de 60-70 litres. En l'absence de signes localisateurs et vu la longue durée, il faut se demander s'il s'agit d'une hypertension d'origine inflammatoire que semble indiquer la quantité considérable de liquide enlevé, ou bien si la trépanation décompressive exerce une action salutaire sur la marche des tumeurs qui, habituellement, évoluent en un temps plus court. — M. SOUQUES cite un cas de pseudo-tumeur assez analogue. — M. BABINSKI remarque que souvent la ponction cranienne soulage alors que la rachidienne peut être dangereuse. — M. ALQUIER cite une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux qui, pendant quatorze ans, ne donna d'autre signe qu'une paralysie isolée du nerf facial (v. *Gaz. des hôpit.*, 1911, p. 1633). — M. JUMENTIÉ parle d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux avec fistule par laquelle le liquide céphalo-rachidien s'écoula durant un an.

Palilalie. — MM. DUPRÉ et SAVOUREUX. C'est le troisième fait connu de ce que Souques a appelé, en 1908, la palilalie. Cette femme, âgée de cinquante-neuf ans, est atteinte d'un syndrome pseudo-bulbaire banal avec affaiblissement intellectuel; elle répète, d'une façon involontaire, les derniers mots qu'elle vient de prononcer. La répétition s'accélère progressivement en même temps que l'émission diminue d'intensité.

Anémie pernicieuse et sclérose combinée. — M. CHATELIN. En l'absence de syphilis (Wassermann négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien) la malade présente une anémie avec 1 million 600 à 800000 globules rouges et 14000 à 16000 leucocytes, ictère et les signes d'une sclérose combi-

née. — M. PURVES STEWART confirme ce diagnostic qu'on a plus souvent occasion de faire à Londres qu'à Paris.

Trophœdème unilatéral. — M. CHATELIN. Il s'agit bien du trophœdème décrit par M. Meige, localisé ici au membre inférieur droit jusqu'à sa racine, respectant relativement le pied. La progression, ici régulière, se fait dans d'autres cas par poussées; les veines paraissent saines, autant qu'on peut s'en rendre compte. — M. BABONNEIX fait remarquer l'asymétrie faciale et l'hémihypertrophie de tout le côté atteint de trophœdème.

Sur la rééducation des hémiplégiques. — M. JARKOWSKI. Il faut surtout apprendre au malade à combattre les mouvements conjugués et contrarier le mouvement qu'on lui demande d'exécuter, non l'aider comme on le fait d'habitude.

Pseudo-tabes postangineux. — MM. DÉJERINE et JUMENTIÉ. Il s'agit d'ataxie aiguë ayant débuté brusquement et guérie en quatre mois. Pseudo-tabes polynévritique.

Hémisyndrome bulbaire sans Brown-Séquard. — M. THOMAS. Le malade présente : ataxie, athétose du membre supérieur droit, un peu d'hémiplégie sensitive du même côté, un syndrome de Jackson, toujours du même côté, hémiatrophie de la langue et du voile, nystagmus rotatoire permanent. Cet ensemble indique une lésion unilatérale du bulbe inférieur; les troubles sensitifs sont homolatéraux, ce qui peut s'expliquer par l'atteinte du ruban de Reil avant son entrecroisement. Des cas analogues ont été publiés; comme ici les troubles homolatéraux de la sensibilité n'atteignaient que les sensibilités profondes.

Abcès cérébelleux. Etude des signes localisateurs. — M. THOMAS a pu étudier sommairement un sujet qui succomba peu après à un abcès cérébelleux consécutif à une mastoïdite. Il présente la pièce et discute la valeur de quelques signes au point de vue des localisations cérébelleuses.

Syndrome de Jackson par ramollissement bulbaire. — M. LAIGNEL-LAVASTINE. Un artérioscléreux de soixante-deux ans fut pris brusquement d'hémiparalysie de l'hypoglosse, de la corde vocale et de la onzième paire gauches; l'examen révèle une parésie légère de l'hémivoile de même côté. Diminution de l'excitabilité faradique sans réaction de dégénérescence. L'absence de paralysie des membres permet d'éliminer une lésion sus-nucléaire; l'absence de lésion cervicale élimine une affection tronculaire. La syphilis n'est pas en cause (Wassermann négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien).

Diabète insipide d'origine syphilitique amélioré par le néosalvarsan. — M. LAIGNEL-LAVASTINE. Un homme de vingt-six ans présente, depuis un an, une polyurie de 28 litres. Pas de diabète, aucun signe de maladie, échec de divers traitements. Il s'agit d'un syphilitique sans autres signes que la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien qui est sous tension trop élevée; le néosalvarsan essayé donna une amélioration, la polyurie diminuant quarante-huit heures après chaque injection.

Tumeur extradurale opérée. — MM. CHATELIN et DE MARTEL. Une fille de treize ans présentait une paraplégie spastique avec anesthésie remontant jusqu'à la dixième dorsale et hypoesthésie jusqu'à la septième dorsale. Au-dessous de la compression le liquide céphalo-rachidien était hyperalbumineux, non au-dessus. — M. DE MARTEL limita la laminectomie à deux lames et trouva la tumeur extradurale au point précis indiqué par l'examen. Les suites opératoires et l'amélioration ont été des plus brillantes.

Poliomyélite aiguë de l'enfance à topographie radiculaire. — MM. REGNARD et MOUZON présentent une enfant de douze ans atteinte de poliomyélite aiguë depuis l'âge de dix-huit mois. La paralysie affecte uniquement les muscles innervés par les cinquième et sixième cervicales, simulant la paralysie radiculaire supérieure du plexus brachial. — M. DÉJERINE souligne la confirmation de sa théorie : les localisations médullaires sont monoradiculaires.

Sur la localisation des compressions médullaires. — MM. MARIE et FOIX. MM. Babinski et Jarkowski ont indiqué la limite supérieure des mouvements de défense comme signe localisateur du niveau inférieur de la compression; dans ce cas cette localisation est inférieure à la limite réelle; la malade présente du clonus de la rotule qu'inhibent les excitations cutanées faites au-dessous du niveau présumé. L'inhibition cesse exactement au niveau du territoire cutané dont l'innervation correspond au siège de la compression.

Aphasie motrice. Ramollissement du pied de la troisième frontale. — M. DUFOUR. Ictus, paralysie du bras droit et signe de Babinski. Aphasie motrice pure sans dysarthrie ni surdité verbale; le terme d'aphasie par amnésie verbale conviendrait à ces cas. Amélioration, si bien que l'aphasie aurait pu être oubliée du malade, puis reprise des troubles et mort dans le coma. Le ramollissement est limité au pied de la troisième frontale et à l'opercule frontal.

FORMULAIRE

CONTRE LES VÉGÉTATIONS ADÉNOIDES CHEZ LE NOURRISSON

1° Huile de vaseline..........	30 grammes.
Eucalyptol...............	50 centigrammes.

Quelques gouttes dans le nez deux ou trois fois par semaine.

2° Si le nourrisson est atteint d'hérédo-syphilis, introduire tous les jours dans chaque narine, gros comme une lentille, de la pommade suivante :

Vaseline..................	10 grammes.
Calomel............	10 à 20 centigrammes.

Tenir l'enfant couché quelques minutes.

3° En cas d'occlusion rétro-nasale très prononcée, verser dans chaque narine deux fois par jour I ou II gouttes de la solution suivante :

Eau distillée...............	6 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne.....	3 centigrammes.
Solution d'adrénaline au 1/1000	VI gouttes.

Ne pas prolonger cette médication au delà de cinq à six jours.

(Mlle LE SCORNET, *Le Nourrisson.*)

LA FUCHSINE PHÉNIQUÉE DANS LE TRAITEMENT DE L'ECZÉMA IMPÉTIGINEUX

Triboulet emploie la formule suivante :

Fuchsine.....................	1 gramme
Alcool.......................	10 —
Acide phénique	5 —
Eau	100 —

ou badigeonnages après détersion de la peau et des croûtes avec des pansements humides.

C. Gueit et Cathala préfèrent une autre formule :

Fuchsine...............	1g à 1g50
Alcool..................	10 grammes
Acide phénique	0g75 à 0g80
Eau.....................	100 cent. cubes

(*Montpellier méd.*, 14 déc. 1913, n° 50, p. 565.)

ANALYSES

MÉDECINE

Ostéomalacie généralisée chez les enfants et les adolescents. (Mauclaire. *Bull. méd.*, 14 janv. 1914.) — L'ostéomalacie est peu fréquente dans le sexe masculin ; elle s'observe surtout de vingt-cinq à trente ans ; elle se manifeste à ses débuts par des douleurs au niveau de tous les membres, douleurs auxquelles succèdent le ramollissement et la déformation des os. L'étiologie de cette affection est peu précise ; on a signalé successivement dans les antécédents, le rachitisme, l'hérédité, le caractère familial. L'os est ramolli, il est presque totalement décalcifié ; il existe de la distension des canalicules de Havers et des lésions hémorragiques de la moelle osseuse. On a invoqué successivement une théorie humorale chimique incriminant la présence en excès, dans le sang, d'acide lactique dissolvant les sels calcaires. Pétrone a édifié une théorie parasitaire (micrococcus nitrificans). La théorie glandulaire a de nombreux partisans (excès de sécrétion ovarienne, troubles de sécrétion de la thyroïde, des parathyroïdes, des surrénales, de l'hypophyse).

La forme classique typique est la forme généralisée ; il existe aussi des formes localisées (ostéite fibro-kystique du tibia, de l'olécrane, subluxation spontanée du poignet de Dupuytren, atrophie osseuse métatraumatique de Sudeck).

Le diagnostic doit être fait chez l'enfant avec le rachitisme généralisé, avec certains rachitismes tardifs avec impotence musculaire, nanisme, obésité (Hutinel), avec l'ostéopsathyrosis de Lobstein.

Le traitement est essentiellement empirique ; on a préconisé sans résultats l'emploi du phosphore, des glycérophosphates. Actuellement on s'adresse plus volontiers à l'opothérapie (adrénaline de préférence). Truzzi aurait obtenu d'excellents résultats par la castration tubo-ovarienne.

J. MILHIT.

Les syndromes thymiques. (Morel. *Paris médical*, 17 janv. 1914.) — Parmi les syndromes thymiques, il faut signaler tout d'abord la *cachexie thymiprive expérimentale* ; lorsque l'ablation du thymus est complète et pratiquée aussitôt que possible après la naissance, on observe toujours des troubles somatiques évoluant lentement vers la mort ; il se produit des déformations osseuses caractéristiques ; vers le cinquième mois, l'animal maigrit, devient somnolent, triste et se cachectise ; il succombe environ un an, à un an et demi après la thymectomie ; les chiens thymiprivés n'ont ni tendances, ni désirs ; ils sont apathiques, indifférents à tout, même à la faim. On peut rapprocher de ces faits l'*idiotie thymique congénitale* ; Lange et Duker, Lampé ont publié des autopsies d'idiots jeunes, chez lesquels existait une aplasie thymique complète ; d'autre part, il est certain que l'opothérapie thymique a influencé favorablement certains cas d'idiotie sur lesquels l'opothérapie thyroïdienne était restée sans effet. Un autre syndrome thymique bien connu celui-là est représenté par l'*hypertrophie du thymus*, avec accidents d'asphyxie ; on a fort étudié ces dernières années cette hypertrophie du thymus, mais l'on discute encore beaucoup sur le mécanisme des accidents qu'elle provoque ; il semble bien cependant que l'on doive reconnaître une origine purement mécanique aux accidents asphyxiques observés en cas d'hypertrophie thymique. Très intéressant aussi est le syndrome d'*hyperthymisation et de mort brusque par syncope*, syndrome bien étudié par Paltauf ; les porteurs de gros thymus voués à la mort subite présentent d'après cet auteur, en même temps que l'hypertrophie du thymus, une hypertrophie des glandes lymphatiques (*status thymico-lymphaticus*) qui entraîne à la longue une diminution considérable de résistance aux infections, aux intoxications, aux excitations extérieures et explique ainsi par inhibition du cœur (*par vagotomie*) les accidents brusques et mortels qui peuvent survenir. D'autres auteurs invoquent seulement une excitabilité particulière des centres nerveux cardiaques relevant directement d'une hyperthymisation, même en dehors de toute hypertrophie thymique ; en réalité ces deux théories expliquent la mort par un même mécanisme ; c'est une excitation violente sur un cœur prédisposé qui aboutit à la syncope mortelle.

Un dernier syndrome est enfin réalisé par l'association de l'*hypertrophie thymique et du goitre exophtalmique*. Hart et Mœbius attribuent même au thymus la cause première de la maladie de Basedow ; néanmoins il n'est pas encore possible, comme le fait observer Lenormant, au moins d'après les données connues jusqu'à ce jour, de préciser d'une manière définitive le rôle du thymus dans la maladie de Basedow ; il est cependant important d'insister sur cette association, tant au point de vue des recherches ultérieures portant sur les relations qui unissent ces deux affections, qu'au point de vue du traitement opothérapique ou chirurgical du goitre exophtalmique.

J. MILHIT.

Vingt cas de fièvre typhoïde traités par le vaccin sensibilisé de Besredka. (Hirtz et Gauchery. *Paris médical*, 31 janv. 1914.) — Sur les vingt cas rapportés par les auteurs, 16 ont été traités uniquement par des injections de vaccin sensibilisé ; cependant le traitement de choix paraît être l'association des bains et des vaccins. Le traitement par le vaccin doit être institué le plus précocement possible. Les doses employées ont été des doses fortes : 1 milliard de germes la première fois, 2 milliards pour les injections suivantes ; les injections ont été répétées de deux jours en deux jours, il a suffi en général de 3 à 4 injections. Les injections ont été faites dans le tissu cellulaire de la région sous-claviculaire, à mi-distance entre la clavicule et le mamelon. On observe le plus souvent, à la suite de l'injection, une hypertrophie modérée de la rate ; en même temps les taches rosées augmentent très souvent d'intensité, la stupeur diminue, l'état général s'améliore assez rapidement. Dans plus de la moitié des cas (12) l'action exercée par les injections a été favorable, elle a été rapide dans 4 cas ; dans un cinquième des cas, action nulle ou tout au moins nullement évidente. Les rechutes ne sont pas influencées par le traitement, les auteurs en ont observé 3 fois sur 20 cas. Les complications sont plus rares, les hémorragies n'ont été observées qu'une fois, aucun cas de perforation n'a été constaté, pas davantage la rupture de la rate ou l'infection biliaire.

En résumé pour MM. Hirtz et Gauchery la vaccinothérapie par les vaccins sensibilisés a une action très favorable sur la fièvre typhoïde. La mortalité est très diminuée, la courbe de la température favorablement influencée, les complications plus rares ; jamais le traitement n'a paru avoir d'action nocive.

J. MILHIT.

Diagnostic du coma diabétique : les réactions d'acidose dans le liquide céphalo-rachidien. (Marcel Labbé et A. Gendron. *Paris médical*, 24 janv. 1914.) — Plusieurs auteurs ont déjà signalé la présence des corps acétoniques dans le liquide céphalo-rachidien de certains malades ; Grunberger a signalé en 1905, dans le liquide céphalo-rachidien, la présence d'acide diacétique chez les diabétiques comateux ; Carrière, en 1905, a trouvé 3 fois l'acétone, mais jamais l'acide β-oxybutyrique ; Souques et Aynaud, Chauffard et Rendu ont fait depuis des constatations analogues. Les auteurs rapportent une observation particulièrement intéressante en ce sens que les réactions d'acidose étaient nettes dans le liquide céphalo-rachidien, alors qu'elles étaient douteuses dans les urines ; certes bien souvent, c'est plutôt le fait inverse que l'on observe ; certes on peut rencontrer ces réactions d'acidose dans le

liquide céphalo-rachidien en dehors du coma diabétique, mais des recherches faites par les auteurs il semble bien démontré qu'on ne les rencontre pas chez des sujets atteints d'une maladie générale, ou d'une affection nerveuse qui ne s'accompagne pas d'acidose. La découverte de ces réactions dans le liquide céphalo-rachidien est donc très significative et peut, dans les cas où il est impossible d'obtenir de l'urine, ou bien dans ceux où les réactions sont douteuses dans l'urine, servir au diagnostic du coma diabétique. J. MILHIT.

Réactions méningées et méningites dans l'urémie. (HUTINEL. *Bull. méd.*, 28 janv. 1914.) — A l'autopsie de sujets morts d'accidents urémiques, il n'est pas exceptionnel de trouver des lésions des centres nerveux, hémorragies, ramollissement, thrombose; Bright avait signalé, dans 13 cas, l'arachnitis; Osborne, Frerichs avaient également rapporté quelques observations de méningite chronique. En 1907, Lépine publie trois autopsies d'albuminuriques à l'occasion desquelles il se demande s'il n'y a pas lieu d'admettre une *méningite urémique*. D'assez nombreux exemples de *réactions méningées* avaient été rencontrés déjà au cours de l'urémie par Jaccoud, Nordmann ; une observation très consciencieuse de l'un de ces cas, avec examen complet du liquide céphalo-rachidien a été présentée en 1907 par M. Chauffard, puis par MM. Caussade et Willette en 1908.

Parmi les symptômes cliniques les plus constants observés au cours de ces réactions méningées chez les urémiques, on note la céphalée, le délire, les convulsions, des troubles respiratoires, le signe de Kernig, des irrégularités du pouls. La tension du liquide céphalo-rachidien est très élevée ; le chiffre de l'albumine est augmenté de 0g20 à 3 grammes par litre ; il en est de même de celui du sucre ; les chlorures peuvent dépasser 7 et 8 grammes. Dans certains cas graves, on a trouvé jusqu'à 6 grammes d'urée par litre, en moyenne 0g90 (Nobécourt) ; le fait capital est la présence d'une *polynucléose* très accusée constituée par des *éléments cellulaires non altérés*, et ne s'accompagnant de la présence d'aucun germe pathogène ; il s'agit là d'*états méningés aseptiques*, en général passagers, au cours de l'urémie. A côté de ces réactions aseptiques, on trouve parfois, chez les urémiques, de véritables méningites, imputables à des infections diverses, particulièrement à la pneumococcie. L'auteur rapporte l'observation très intéressante d'un enfant atteint d'urémie compliquée d'une méningite véritable déterminée par une injection septique d'huile camphrée suivie d'un abcès.

Il faut donc, au cours de l'urémie, distinguer ces états méningés aseptiques des véritables méningites; il ne faudra pas se baser, pour y parvenir, sur la présence ou l'absence de fièvre ; les renseignements fournis par la ponction lombaire permettront en général le diagnostic ; en premier lieu l'absence de germes dans le liquide céphalo-rachidien, puis la constatation d'éléments cellulaires non altérés plaideront en faveur d'une simple réaction méningée. La présence d'une forte proportion d'albumine fera penser, au contraire, plutôt à une méningite vraie. En résumé, si bien souvent le diagnostic paraît aisé, il est cependant des cas très difficiles, il sera nécessaire de réunir alors un faisceau de preuves et non de se contenter d'une seule constatation pour être en mesure d'affirmer l'une ou l'autre de ces deux éventualités.

J. MILHIT.

MÉDECINE INFANTILE

La tuberculose du nourrisson (étude clinique, radiologique et prophylactique). (RIBADEAU-DUMAS. *La Clinique*, 2 janv. 1914.) — A son début, la tuberculose du nourrisson est le plus souvent pulmonaire et pour la dépister le laboratoire vient heureusement compléter les renseignements fournis par la clinique; la cuti-réaction donne particulièrement des indications de la plus haute importance, spécialement lorsqu'elle est positive. Après cette période de début assez torpide, la tuberculose se manifeste chez le nourrisson d'une manière plus évidente; on observe soit des oscillations faibles de la température, soit des élévations à 39, 40, avec amaigrissement; on note fréquemment l'apparition de lésions cutanées tuberculeuses (lésions papulo-nécrotiques, tuberculides ulcérées ou papuleuses, lésions osseuses, ou articulaires, etc.). La localisation pulmonaire se fait le plus souvent à la partie moyenne, ou à la base du poumon. La radiographie instantanée fournit de précieux résultats, elle met en évidence les ganglions trachéo-bronchiques qui accompagnent presque toujours la lésion pulmonaire; parfois même l'on peut voir sur la plaque quelques granulations tuberculeuses, lorsqu'il s'agit de granulie. La tuberculose comporte chez le nourrisson un pronostic très sévère, elle peut quelquefois guérir cependant, lorsque l'enfant est mis dans d'excellentes conditions d'hygiène; on pourra donner de très bonne heure un peu de viande crue ; la cure solaire rend d'immenses services; dans certains cas il sera utile de faire de la radiothérapie sur les ganglions du médiastin, surtout lorsqu'ils entraînent des troubles de compression. J. MILHIT.

Prophylaxie de la diphtérie. (Louis MARTIN. *Bull. méd.*, 28 janv. 1914.) — La prophylaxie de la diphtérie comprend plusieurs indications qui, si elles étaient très exactement suivies à l'occasion de chaque cas constaté et affirmé par les examens bactériologiques et cliniques, permettraient une lutte très efficace contre l'essaimage de cette terrible affection ; c'est tout d'abord une désinfection rigoureuse pendant et après la maladie ; c'est ensuite l'examen clinique systématique des gorges pour rechercher les diphtéries légères et les cas frustes ; c'est encore l'examen bactériologique des exsudats pour dépister les porteurs de germes : dans une même famille, en milieu contaminé, il existe en effet environ 50 p. 100 de porteurs de germes ; dans les écoles, pendant les épidémies, il existe également de 25 à 40 p. 100 de porteurs de germes. Un dernier moyen à mettre en œuvre pour réaliser la prophylaxie de la diphtérie est la sérothérapie préventive qui doit être pratiquée d'urgence chez les très jeunes enfants et qui peut être utilisée en suivant certaines règles chez les grands enfants et les adultes. J. MILHIT.

Etiologie de l'herpès fébrile. (A. VEILLARD. *Pédiatrie*, 31 janv. 1914.) — L'éruption zoniforme de l'herpès fébrile suit la loi générale des localisations des zonas, c'est-à-dire qu'elle se juxtapose au parcours des artérioles. En général, les artères avec leurs plexus vaso-moteurs, nerfs moteurs et sensitifs, ne forment qu'un faisceau; l'éruption a donc lieu dans ce cas sur le parcours du nerf. Mais les artères faciale et temporale ont un trajet distinct de celui du trijumeau; leur plexus ne renferme aucun filet de ce trijumeau, mais des filets du pneumogastrique et du sympathique. L'herpès fébrile dénote donc une lésion intéressant le pneumogastrique et s'observera dans l'angine herpétique ou zona de la gorge, dans la pneumonie ou zona du pneumogastrique pulmonaire, dans la méningite cérébro-spinale ou zona des artères méningées, etc. L'herpès fébrile est donc toujours en rapport avec une affection de même nature intéressant un territoire innervé par le pneumogastrique; il indique la nature pneumococcique ou méningococcique de cette affection à localisation zoniforme. Les branches du trijumeau pourront avoir leur zona particulier, mais ce ne sera plus de l'herpès fébrile apparaissant au niveau des artérioles dont les nerfs vaso-moteurs sont constitués par des plexus provenant de ganglions renfermant des filets du pneumogastrique.

J. MILHIT.

LIVRES NOUVEAUX

Le Traitement de la syphilis en clientèle, l'indispensable en syphiligraphie (1), par H. GOUGEROT.

Beaucoup de médecins se plaignent d'être forcés de chercher dans de gros traités trop riches en données théoriques, dans des manuels trop pauvres en indications thérapeutiques, dans des publications éparpillées, ce qui est indispensable à leur pratique de chaque jour. Il faut ajouter que ces dernières années ont vu naître des découvertes retentissantes qui ont rénové la syphiligraphie (découvertes du tréponème, séro-réaction de Wassermann) et des découvertes thérapeutiques qui ont jeté l'incertitude dans beaucoup d'esprits; une mise au point s'imposait donc. C'est ce que l'auteur a tenté. Voulant être avant tout pratique, il a supprimé de son travail tout ce qui n'est pas indispensable au praticien, anatomie pathologique, statistique, et développé, par contre, tout particulièrement, certaines questions de pratique courante telles que secret professionnel, manière de révéler le diagnostic de syphilis, conduite à tenir en présence des syphilitiques mariés, instructions générales thérapeutiques et hygiéniques à donner, conduite à tenir dans les cas de chancres douteux..., diagnostic de début et prophylaxie des syphilis nerveuses, syphilis et mariage, traitement de la grossesse, surveillance de la mère et de l'enfant, traitement préventif de l'hérédo-syphilis, allaitement du nourrisson, etc., examens et certificats des nourrices et nourrissons, responsabilité civile et pénale en matière de transmission de la syphilis, diagnostic et traitement des syphilis méconnues latentes ou niées, etc.

Pour apporter encore plus de clarté à ce travail de très nombreuses photographies et douze planches en couleur, représentant, grandeur nature, les principales lésions syphilitiques, ont été intercalées dans le texte de cet excellent précis auquel le succès est légitimement assuré.

STEPHEN CHAUVET.

Précis de coprologie clinique (2) [2e édition], par GAUTIER.

Ce précis, exclusivement clinique et d'où sont éloignées toutes les théories et les techniques inutiles et discutables, comprend deux parties :

Dans la première, l'auteur expose successivement les facteurs qui déterminent la composition des fèces, les méthodes générales d'examen des fèces, les substances constituantes des fèces en général, et enfin les substances constituantes des fèces en particulier considérées dans leur rapport avec les conditions qui les engendrent.

Dans la deuxième partie sont traitées les méthodes usuelles avec leurs considérations diagnostiques et thérapeutiques telles qu'elles découlent des travaux personnels de l'auteur et de ceux des coprologues tant français qu'étrangers que la clinique a consacrés. Pratique et largement illustré, cet excellent ouvrage met à la portée de tous les praticiens les indications si précieuses que fournit l'examen des fèces pour le diagnostic et le traitement rationnel des affections du tube digestif.

STEPHEN CHAUVET.

Ren juvenum (3), par H. POLITZER.

Sous le titre de « rein juvénile » l'auteur étudie l'albuminurie orthostatique. Il justifie son texte par une théorie pathogénique assez ingénieuse.

D'après lui le rein infantile est caractérisé par la facilité extraordinaire avec laquelle il laisse filtrer l'albumine dans l'urine. Ce phénomène n'est pas dû à une structure particulière du rein infantile ; cette tendance à l'albuminurie ne commence que vers la cinquième année et atteint son maximum au moment de la puberté. Elle s'explique de la façon suivante : vers la cinquième année, l'enfant laissé plus libre prend un contact plus direct avec le monde extérieur. Il a à soutenir à ce moment une série d'agressions dont les deux principales sont la tuberculose, comme en témoigne l'apparition de la réaction de Pirquet, et en second lieu les infections à cocci qui engendrent l'albuminurie.

L'albuminurie orthostatique n'est qu'une forme des albuminuries minima engendrées par ces infections, chez les individus orthostatiques. Ceux-ci présentent une sorte de névrose orthostatique, se traduisant par de l'hypotonie vasculaire dans la station verticale.

Ces deux facteurs atteignent leur maximum au moment de la puberté et tendent à disparaître ensuite.

Telle est l'idée directrice de cet ouvrage où l'on trouvera de plus une revue générale fort complète de la question et des observations intéressantes.

A. LEMIERRE.

(1) Paris, A. Maloine.
(2) Un vol. — Paris, Baillière.
(3) 1 vol. de 180 pages. — Berlin-Vienne, Urban et Schwarzenberg.

Die Untersuchung der Luftwege (1), par P. H. GERBER.

Ce petit ouvrage est une revue des procédés d'exploration moderne usités en rhino-laryngologie : rhinoscopie antérieure et postérieure, pharyngoscopie, laryngoscopie, trachéo et bronchoscopie. Cette revue s'adresse plutôt à ceux qui s'occupent de médecine générale qu'aux spécialistes. Illustrée de nombreuses figures, elle met rapidement les plus profanes au courant de tous les perfectionnements apportés depuis quelques années à l'exploration des voies aériennes supérieures et inférieures.

A. LEMIERRE.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 23 AU 28 MARS 1914

THÈSES

Mercredi 25 mars, à une heure. — M. ACKERMANN. Tubercules de la moelle épinière. (MM. Déjerine, président; Hartmann, Laignel-Lavastine et Alglave.) — Mlle TAITZ. Hémorragies intrapéritonéales par rupture des follicules de Greef normaux ou pathologiques. (MM. Hartmann, président ; Déjerine, Laignel-Lavastine et Alglave.) — Mlle DE JONG. Etude anatomo-clinique de l'ovaire chez la femme. (MM. Hartmann, président; Déjerine, Laignel-Lavastine et Alglave.) — M. ALTERMANN. Contribution à l'étude de la malformation du cou-de-pied, dite de Volkmann. (MM. Reclus, président; Legueu, Branca et Desmarest.) — M. ROY. Les collections suppurées de la paroi utérine et leur traitement. (MM. Reclus, président; Legueu, Branca et Desmarest.) — M. FRANCEY. Cure des fistules vésico-vaginales par la voie transvésicale. (MM. Legueu, président; Reclus, Branca et Desmarest.)

Jeudi 26 mars, à une heure. — M. BONNET. L'alcoolisme dans différentes professions de la région parisienne. (MM. Gilbert Ballet, président; Pierre Marie, Richaud et Roussy.) — M. PHOTIADÈS. Le syndrome psycho-polynévrite alcoolique avec cirrhose hépatique. (MM. Pierre Marie, président; Gilbert Ballet, Richaud et Roussy.) — M. CHATELIN. La dipsostose craniofaciale héréditaire. (MM. Pierre Marie, président; Gilbert Ballet, Richaud et Roussy.) — M. PERSILLARD. Le chlorhydrate d'émétine dans les hémoptysies. (MM. Chauffard, président; Lejars, Okinczyc et Rathery.) — M. CAILLE. Diagnostic clinique de certaines formes de localisation de l'ulcus de l'estomac et du duodénum. (MM. Chauffard, président; Lejars, Okinczyc et Rathery.) — Mme HONORÉ. Contribution à l'étude du diagnostic précoce du cancer de l'utérus par la biopsie. (MM. Lejars, président; Chauffard, Okinczyc et Rathery.)

(1) 1 broch. de 45 pages. — Würzburg, Curt Kabitzch.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies vénériennes. — (N° 2, fév. 1914.) BABONNEIX : Hérédo-syphilis et encéphalopathies infantiles. — GAUCHER et BRIN : L'aortite chronique de la syphilis acquise.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Fév. 1914.) Ch. PETIT : L'ulcère traumatique de l'estomac. — PAPIN : Les empoisonnements alimentaires de Cholet. — MARCHOUX : La prophylaxie de la lèpre. — E.-H. PERREAU : Des ventes de pharmacie. — MIRMAN : Rapport sur la statistique sanitaire de la France pour l'année 1911 présenté au ministre de l'Intérieur.

Archives d'électricité médicale, expérimentales et cliniques. — (N° 376, 25 fév. 1914.) BABONNEIX : Le syndrome électrique de la réaction myotonique. — E. SPÉDER : Contribution à l'étude radiographique des malformations de la colonne vertébrale. — PETIT : Adénopathie cervicale chez une marastique. Traitement par la diathermie et la radiothérapie. Augmentation considérable de poids. Guérison.

Archives de médecine des enfants. — (N° 3, mars 1914.) FRŒHLICH : De l'évolution de la tuberculose chirurgicale chez le nourrisson. — Mathilde DE BIEHLER : Sur l'emploi du vaccin antiscarlatineux. — E. LEBLANC (d'Alger) : Malformations congénitales complexes du cœur droit, interprétation clinique. — CONDAT : Invagination intestinale au cours d'une coqueluche. — J. COMBY : La vulvo-vaginite des petites filles.

Bulletin général de thérapeutique. — (Nos 6 et 7, 15 et 23 fév. 1914.) Pierre BARBET : Les greffes osseuses dans le traitement des pseudarthroses diaphysaires acquises.

Bulletin médical. — (N° 13, 14 fév. 1914.) H. COSTANTINI : Sur un cas de pleurésie putride traitée avec succès par un courant continu d'oxygène. — (N° 14, 18 fév.) CHANTEMESSE : Les empoisonnements par les gâteaux à la crème et l'affaire de Cholet. — (Nos 15 et 16, 21 et 25 fév.) L. BROCQ : La question du mariage des syphilitiques. — (N° 17, 28 fév.) GRANJUX : La vaccination antityphoïdique doit-elle être obligatoire dans l'armée de l'intérieur? — (N° 18, 4 mars.) CHANTEMESSE : Sur la vaccination antityphoïde (vaccin chauffé).

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 3, 10 fév. 1914.) E. MAURY et H. DUBOUCHER : Plaie du poumon. Suture. Guérison. — ROUSSEL et FOURCADE : Nouveau cas de méningite cérébro-spinale paludéenne.

Echo médical du Nord. — (N° 7, 15 fév. 1914.) Maurice GÉRARD : Des blessures de la vessie par empalement. — (N° 8, 22 fév.) Maurice GÉRARD : Des blessures de la vessie par empalement (*fin*). — (N° 9, 1er mars.) E. DUHOT : Paraplégie avec contracture en flexion (type de Babinski).

Encéphale. — (N° 2, 10 fév. 1914.) Gilbert BALLET et GENIL-PERRIN : L'examen clinique du fond mental chez les déments. Technique d'examen et représentation graphique (4 pl.). — Ch. VALLON et R. BESSIÈRE : Les troubles mentaux d'origine cocaïnique. — J. CROCQ : Le mécanisme du tonus musculaire des réflexes et de la contracture (1 pl.). — Alberto SALMON : Le problème du sommeil.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 7, 15 fév. 1914.) GOURDON : La surélévation de l'épaule d'origine scolaire. — (N° 8, 22 fév.) R. MOULINIER : Action du chlorhydrate d'émétine sur le cœur. Contribution à l'étude du mécanisme des arythmies et des dissociations auriculo-ventriculaires (3 tracés).

Marseille médical. — (N° 4, 15 fév. 1914.) A. RAYBAUD : Vaccination antiéberthienne et prophylaxie de la fièvre typhoïde. — RANQUE et SÉNEZ : La vaccination antityphoïdique.

Paris médical. — (N° 11, 14 fév. 1914.) GILBERT : Mal sous-occipital syphilitique. — PIÉRY : Appréciation des résultats dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — LE FILLIATRE et AUBOURG : Deux fillettes xyphophages. — (N° 12, 21 fév.) LANGLOIS : La physiologie du travail. — G. KUSS : Traitement des brûlures par la méthode de Quénu. — G. ROSENTHAL : Thérapeutique directe des bronchopneumonies aiguës ; de la trachéo-fistulisation à l'hyperpression rythmique. — C. FINCK : Le diagnostic fonctionnel des rhumatismes chroniques. — (N° 13, 28 fév.) MÉNÉTRIER et STEVENIN : Médications de l'expectoration. — Anselme SCHWARTZ : Traitement chirurgical du cancer du côlon. — BOURGUET : Correction chirurgicale des nez. — A. LEGRIS et J. BENECH : A propos d'un cas de syphilis médullaire précoce avec phénomènes bulbaires.

Presse médicale. — (N° 13, 14 fév. 1914.) Ed. ENRIQUEZ : Des injections intraveineuses de sérum glycosé fortement hypertonique à 300 p. 1000. Effets physiologiques. Indications cliniques : états infectieux et toxiques graves, états d'inanition prolongée. Oligurie de cause mécanique. — Maurice SOURDILLE : Le traitement endobronchique de l'asthme. — (N° 14, 18 fév.) ZIMMERN et COTTENOT : Traitement par les rayons X des glandes à sécrétion interne en état d'hyperactivité. — VASSEL : Table-lit obstétricale. — (N° 15, 21 fév.) H. ROGER, A. SARTORY et P.-S. MÉNARD : Une nouvelle mycose humaine, la chalarose. — V.-P. SÉMIONOV : Observations cliniques sur l'action de la vaccine gonococcique sur les arthrites blennorragiques chroniques. — HANTCHER : Un nouveau forceps, le forceps correcteur. — (N° 16, 25 fév.) KEIM et VIGOT : La réaction de Moriz-Weisz en obstétrique. — Raoul BAYEUX : Aiguille intraveineuse à obturation facultative. — DUPUY DE FRENELLE : La réduction en un temps des fractures de date récente. — (N° 17, 28 fév.) PETZETAKIS : L'épreuve de la compression oculaire du nitrite d'amyle et de l'atropine dans le diagnostic des bradycardies totales d'origine nerveuse. L'automatisme ventriculaire provoqué par la compression oculaire et l'atropine dans les bradycardies totales.

Policlinico. — (Fév. 1914, fasc. 2.) *Section chirurgicale.* G. PAGANELLI : Actinomycose appendiculo-cæcale avec psoïtis et métastase hépatique. — A. VECCHI : Lymphendothéliome de la vessie. — E. LAY : La décapsulation du rein. — L. VACCARI : Gangrène et perforation de l'appendice dans une hernie inguinale congénitale chez un enfant de dix-huit jours. — N. LEOTTA : Les adhérences péricæcales et péricoliques.

Riforma medica. — (N° 7, 14 fév. 1914.) Agostino CROSA : La diète et le fonctionnement du rein chez le malade atteint de néphrite chronique. — Raffaele LETTIERI : L'emploi de l'acide iodhydrique dans le traitement de certaines lésions chirurgicales. — L. PRETI : Transformation d'une lymphadénie aleucémique en lymphadénie leucémique. — SPAGNOLIO : Leishmaniose humaine et canine. Etude du milieu. — (N° 8, 21 fév.) E. DE RENZI : Diagnostic et traitement du cancer de l'estomac. — Agostino CROSA : La diète et le fonctionnement du rein chez le malade atteint de néphrite chronique. — Giovanni D'ALOIA : Abcès de la prostate dû au bacterium coli. — A. BRUSCHETTINI : Un vaccin curateur pour le traitement de la tuberculose. — (N° 9, 28 fév.) Gaetano RUMMO : Pour les études de radiumthérapie. — G. TEDESCHI : Le domaine du clinicien et les sources où puise la science clinique. — A. FERRANNINI : Contribution expérimentale à l'étude de la signification des glycosuries dites rénales. — R. LETTIERI : La stérilisation de la peau.

Therapie der Gegenwart. — (N° 2, fév. 1914.) SALGE : Le traitement du rachitisme. — SCHMIDT : La radiothérapie du praticien. — JANSEN : Traitement du rhumatisme articulaire aigu, en particulier par une préparation acétylsalicylée soluble, l'apyron. — OPITZ : Traitement de la stérilité féminine. — FOCKE : La digitale dans les métrorragies.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **10** francs par an.
Étudiants étrangers, **15** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **5** fr. **50**. — 6 mois : **11** fr. — 1 an : **20** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Lecture.* — Séance du 16 mars. — MM. Bréchot, 25; Sauvé, 27; Guimbellot, 24; Kindirdjy, 25.

Avis. — Les candidats sont informés que les hôpitaux Necker, Lariboisière, Beaujon, Pitié et Hôtel-Dieu leur sont consignés.

— Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 16 mars. — MM. Cerise et Coutelas, 19; Chenet, 17.

La prochaine séance (épreuve de médecine opératoire) aura lieu le jeudi 19 mars à neuf heures et demie, à l'amphithéatre d'anatomie.

HOPITAUX DE MONACO. — Un concours pour la nomination à une place d'ophtalmologiste à l'hôpital Albert Ier (principauté de Monaco) s'ouvrira le 25 mai 1914, à l'Hôtel-Dieu de Paris.

S'inscrire au secrétariat du gouvernement princier, place de la Visitation, à Monaco, du 20 avril au 16 mai 1914.

Conditions : être docteur en médecine depuis quatre années.

Compositions : 1° Composition écrite sur un sujet d'anatomie ou de pathologie oculaire (trois heures); 2° une épreuve clinique orale sur un malade atteint d'une affection oculaire.

Le jury du concours est composé de M. le professeur de Lapersonne, président; MM. les docteurs Morax et Rochon-Duvigneaud.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — Dans sa séance du 20 février 1914, le Conseil de la Faculté a décerné le prix quinquennal Emile Létiévant au docteur L. Arnaud pour sa thèse, soutenue en juillet 1911, sur le Traitement des péritonites diffuses aiguës.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Caen. — M. Guibé, chirurgien des hôpitaux de Paris, est nommé professeur de clinique chirurgicale à l'école de médecine de Caen.

— Clermont-Ferrand. — M. Merle est chargé des fonctions de chef des travaux pratiques d'histologie à l'école de médecine de Clermont.

— Nantes. — M. Monnier est nommé professeur d'anatomie pathologique, et M. Pelissier est chargé du cours de clinique annexe des maladies mentales à l'école de médecine de Nantes.

— Rennes. — M. Savouré est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie de l'école de médecine de Rennes.

LE NOMBRE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE EN FRANCE EN 1914. — Le *Bulletin administratif du ministère de l'Instruction publique* vient de publier la statistique des étudiants des différentes facultés et écoles d'enseignement supérieur au 15 janvier 1914.

Les facultés de médecine avaient à cette époque 8533 étudiants inscrits, à savoir : hommes français 6765, hommes étrangers 899; femmes françaises 400, étrangères 469.

Les écoles de médecine comptaient 1512 étudiants inscrits : hommes français 1246, hommes étrangers 47; femmes françaises 213, femmes étrangères 6.

En comparant ces chiffres à ceux de 1913 (*Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 39, p. 625) on voit que le nombre des étudiants augmente légèrement. La proportion de femmes et d'étrangers reste la même. Le regrettable fléchissement constaté dans le nombre des étudiants des écoles semble s'arrêter.

Les facultés viennent dans l'ordre suivant d'après le nombre des *étudiants inscrits au 15 janvier 1914*.

Paris 4397 (contre 4211 en 1913 et 4170 en 1912), Lyon 1181 (1055 en 1913), Bordeaux 887 (751 en 1913), Montpellier 702 (699 en 1913), Toulouse 462 (346 en 1913), Nancy 325 (306 en 1913), Lille 377 (285 en 1913), Alger 202 (156 en 1913).

Parmi les écoles, Marseille tient la tête avec 320, puis vien-

nent Nantes avec 305, Rennes 131. Les autres écoles ont un chiffre d'étudiants variant de 106 à Rouen à 30 à Poitiers.

Les étrangers les plus nombreux sont toujours les Russes : 844 dont 575 à Paris et 136 à Montpellier, puis viennent les Ottomans, 91 dont 67 à Paris et 15 à Montpellier. Les Bulgares 73 dont 23 à Lyon, 28 à Montpellier, 12 à Nancy. Les Roumains 70 dont 65 à Paris. Les Serbes 26 dont 9 à Paris et 11 à Nancy. Signalons encore à Paris 12 Anglais, 25 Hellènes, 22 représentants des républiques de l'Amérique du Sud, etc.

Les Japonais continuent à nous ignorer.

Si nous recherchons le nombre des étudiants inscrits en vue du *diplôme d'Université* nous relevons les chiffres suivants :

	Etrangers.	Candidats au diplôme universitaire.
Paris........	895	724
Montpellier..	220	220
Lyon........	79	76
Nancy.......	67	57
Toulouse....	57	57
Bordeaux....	35	29
Alger.......	12	7
Lille........	3	3

Il y a en tout 1 173 candidats aux diplômes universitaires.

Les *étudiants en pharmacie* sont au nombre de 1337 dans les écoles supérieures et facultés mixtes. Sur ce chiffre Paris en compte 637 dont 13 étrangers et 31 femmes françaises.

Les différentes écoles en comptent 274 dont 3 étrangers et 6 femmes françaises.

A PROPOS DE LA RÉFORME DE L'INTERNAT. — Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine nous communique l'ordre du jour suivant, relatif à la réforme de l'Internat :

« 1° Le Comité de l'A. C.,

Considérant que, quels que soient ses défauts, le projet de réforme de l'Internat adopté par le conseil de surveillance de l'Assistance publique pour entrer en vigueur au concours de 1915,

Apporte plus de justice dans le concours en instituant l'anonymat des copies,

En relève le niveau en en élargissant le programme et en prévoyant avant chacune des principales épreuves un temps pour la réflexion,

En diminue la longueur en réduisant le nombre des candidats tant par des conditions spéciales d'admission au concours (11-12 inscriptions) que par l'institution d'une première épreuve dite de sélection,

Pour ces raisons :

Demande que ce projet ne tombe pas dans l'oubli et soit effectivement appliqué dans ses grandes lignes dès le concours de 1915.

2° Le Comité de l'A. C.,

Considérant que si l'on conçoit à la rigueur que la composition de sélection porte sur la seule anatomie on peut craindre que les « finesses anatomiques » ne deviennent trop souvent des sujets de sélection,

Emet le vœu que soient respectés le texte et l'esprit du nouveau programme qui dit : « l'épreuve de sélection portera sur 6 questions d'*anatomie élémentaire* »;

Considérant d'autre part que les questions écrites du deuxième degré, pour être équitablement jugées, doivent être lues toutes par le même lecteur, averti des choses de la médecine,

Emet le vœu que l'on étudie les mesures à prendre pour arriver à ce résultat (par exemple : création d'un poste de lecteur auprès de l'A. P.).

3° Le Comité de l'A. C.,

Considérant :

Que, d'une part, il est de l'intérêt de l'expansion médicale française que les étudiants en médecine étrangers qui se proposent de retourner exercer dans leur pays (diplôme d'Université) puissent conquérir, en France, le titre d'interne des hôpitaux,

Que, d'autre part, il est nécessaire d'appliquer rigoureusement les lois qui règlent l'exercice de la médecine en France, même à titre temporaire (nécessité des suscriptions de diplôme d'Etat) et que l'accomplissement des fonctions d'interne des hôpitaux constitue une des formes de l'exercice de la médecine à titre temporaire,

Emet le vœu :

Que des mesures soient étudiées, tendant à permettre aux étudiants étrangers, quels qu'ils soient, de prendre part au concours, pour l'obtention du titre d'*interne hors cadre, le nombre des places de ces internes admis dans les services en surnombre étant limité.* »

CONSEIL NATIONAL DES FEMMES FRANÇAISES (SECTION D'HYGIÈNE). — Samedi 28 mars 1914, à huit heures et demie du soir, aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine un grand meeting sur l'hygiène de la Cité, sous la présidence d'honneur du professeur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine, membre de l'Institut, et de Mme Jules Siegfried, présidente du Conseil national des femmes françaises, et la présidence effective de la comtesse Aberdeen, présidente du Conseil international des femmes.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST. — TROISIÈME VOYAGE D'ÉTUDES AUX STATIONS HYDROMINÉRALES ET CLIMATIQUES, PLATEAU CENTRAL, du 1er au 12 septembre 1914, sous la direction de M. le docteur J. Sellier, chargé du cours de climatologie et d'hydrologie médicales à la Faculté de médecine de Bordeaux.

On visitera les stations suivantes : Miers, Vic-sur-Cère, Le Lioran, La Bourboule, Le Mont-Dore, Saint-Nectaire, Royat, Durtol, Châtelguyon, Néris, Evaux, Bourbon-l'Archambault, Vichy.

Le programme détaillé sera ultérieurement publié.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Lafond-Grellety, secrétaire général adjoint de la Société d'hydrologie et de climatologie de Bordeaux, 64, rue de Saint-Genès.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Adrien Damalix, chirurgien en chef de la maison nationale de Charenton, médecin de l'école vétérinaire d'Alfort.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Hiver 1913-1914.* — Relations rapides en toutes classes : entre *Paris et l'Espagne* (couchettes et lits-salon Paris-Cette et Cette-Paris. Restaurant); — entre *Paris-Cette et Paris-Grenoble* (voitures directes, lits-salon-couchettes Paris-Cette, Cette-Paris et Lyon-Paris. Restaurant entre Avignon et Cette); — entre *Paris et Genève* (lits-salon, vagons-lits, restaurant).

Pour plus de renseignements, consulter le Livret-Guide horaire P.-L.-M. vendu 0 fr. 60 dans toutes les gares du réseau.

RENSEIGNEMENTS

LE « PANSEXUALISME » DE FREUD

Par M. J. LAUMONIER.

La doctrine de Sigmund Freud (de Vienne) est issue d'une méthode thérapeutique, la psychoanalyse, qui se propose de guérir les troubles dont souffrent les psychonévropathes en expliquant leur genèse. Cette méthode, en effet, explore et interprète le contenu des rêves, les associations d'idées spontanées ou provoquées et les menus faits automatiques de la vie quotidienne pour y découvrir les groupes de tendances instinctives ou *complexes* (1) remontant à l'enfance, et qui, refoulés dans l'inconscient, en raison de leur discord avec l'éthique et les nécessités du milieu social, n'en agissent pas moins sur le psychodynamisme de l'individu et tendent à réapparaître, sous des formes plus ou moins travesties, dans certaines conditions d'insuffisance ou de prédisposition. Or, la psychoanalyse prétend démontrer que les complexes se rapportent presque uniquement à l'instinct sexuel ou à ses composantes; il en résulte que la sexualité, non seulement serait à la base des psychonévroses, mais encore constituerait la source première de notre activité psychique normale. Telle est la conception générale à laquelle Bleuler a donné le nom de « pansexualisme ».

Assurément, les préoccupations sexuelles jouent, dans la mentalité humaine, un rôle considérable, mais on admettait jusqu'ici qu'elles ne se produisent qu'à partir de la puberté, et même alors laissent parfois place à d'autres intérêts. Assurément aussi on savait que les traumas sexuels peuvent être le point de départ des psychonévroses, ou en tout cas leur servir de supports, mais on pensait que cette influence n'intervient guère avant l'époque pubérale et lui est la plupart du temps contemporaine ou postérieure. Tout au contraire, la doctrine de Freud situe la source des troubles psychiques dans les faits et impressions de teinte sexuelle de l'enfance et même de la première enfance. Pour le savant viennois, la vie sexuelle débute presque aussitôt après la naissance, et, si rudimentaire qu'elle soit, elle a cependant une importance capitale en raison de son retentissement inconscient sur l'existence ultérieure de l'individu. La sexualité infantile, étant ainsi facteur essentiel de la psychogenèse, demande à être étudiée de près.

Toutefois il faut noter que, sous le nom de sexualité, Freud englobe, peut-être sous la pression des idées de Havelock Ellis, un grand nombre de faits qui n'y sont pas ordinairement rattachés. Considérant, en effet, et à juste titre, l'instinct de la reproduction comme la prolongation de l'instinct nutritif, il estime que leurs manifestations se confondent au début; c'est pourquoi le besoin très général que traduit l'instinct sexuel et que les Allemands désignent sous le nom de *libido*, peut parfois s'exprimer par des actes de signification en apparence nutritive. Dans le tétement, se confondent, par exemple, chez le nourrisson, et l'instinct de se nourrir et un plaisir érotique.

Dans cette voie originale, l'exploration ne peut manquer de conduire aux plus intéressantes découvertes. En y mettant la dose voulue de perspicacité, presque tous les actes des nourrissons et des jeunes enfants se ramènent à des satisfactions *autoérotiques*, principalement quand ils intéressent certaines zones sensibles (les zones *érogènes*, parmi lesquelles figurent non seulement les régions génitales, mais aussi le ventre et la poitrine, la région anale, les lèvres, le cou, le lobule de l'oreille, le pied, etc.), et ces satisfactions sont facilitées et localisées par certaines circonstances, notamment les soins de toilette ou la malpropreté, les vers intestinaux, la miction et la défécation. Ainsi se forment, dès la plus tendre enfance, des systèmes de tendances instinctives (complexes) liés au plaisir éprouvé par l'excitation d'une certaine zone, d'ailleurs variable, et qui, atténués et refoulés par l'éducation, ne reprennent normalement leur activité réalisatrice qu'au moment de la puberté. Parfois cependant il se produit, dans la vie de l'enfant, une *période de retour* précoce, à localisation plus étroitement génitale, caractérisée par la masturbation ou par des pollutions, et que produit soit l'insuffisance du refoulement (défaut d'éducation ou prédisposition), soit une influence étrangère (incitation de camarades, spectacles); il peut y avoir aussi des traumas affectifs d'une grande intensité (séduction, viol) qui orientent la vie psychosexuelle dans une voie déterminée. Bref, l'enfant arrive à la puberté avec une *constitution sexuelle* déjà organisée par l'hérédité, mais surtout par les circonstances qui ont plus particulièrement sensibilisé telle ou telle zone érogène et déterminé la préférence pour tel ou tel mode d'excitation. Et de cette constitution dépend en grande partie toute la vie psychosexuelle de l'adulte.

En effet, simultanément au fonctionnement des glandes génitales, deux mécanismes psychiques entrent en jeu pour fixer à l'individu et le véritable but sexuel et le véritable objet sexuel. Le but téléologique est la reproduction et la perpétuation de l'espèce, mais le but immédiat est la détumescence (1) avec la satisfaction intense qui l'accompagne et en commande la recherche. Or, la détumescence suppose une tumescence préalable à laquelle vont concourir, inconsciemment ou non, les complexes refoulés qui répondent aux excitations infantiles préférées. Si ces excitations sont anormales, elles peuvent entraîner une détumescence inopportune, d'où résultent souvent des perversions et de véritables maladies. Quant à l'objet sexuel, il est naturellement représenté par une personne du sexe opposé. Il faut donc d'abord que l'autoérotisme de l'enfant se transforme, ou plutôt que l'objet sexuel se transporte hors du sujet et ensuite qu'il se transporte sur une personne de l'autre sexe. Mais alors

(1) La terminologie freudiste est étendue et compliquée; il ne me semble pas indispensable d'y faire constamment appel.

(1) Cf. J. LAUMONIER. Les théories de l'instinct sexuel, *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 74, p. 1205.

interviennent les tendances infantiles qui déterminent le choix et sont capables de le faire dévier. D'où parfois de graves conflits entre les prohibitions morales et les aspirations érotiques, conflits qu'un refoulement énergique peut apaiser au point de maintenir l'état normal, mais qui sont souvent à l'origine des troubles psychonévropathiques.

L'histoire de la sexualité explique ainsi, pour Freud, et les perversions sexuelles et les psychonévroses, car les unes et les autres sont des prolongements de déviations sexuelles infantiles; mais tandis que les perversions représentent des tendances mal refoulées, ayant ainsi la signification de symptômes d'infantilisme dans la sphère psychosexuelle, les psychonévroses répondent à des perversions complètement refoulées, par suite de leur incompatibilité avec les nécessités du milieu social, si complètement refoulées même que le malade ignore les exigences érotiques dont il subit l'influence. Il y a donc, entre le perverti et le névropathe, cette différence que le premier reconnaît et accepte les exigences érotiques anormales, tandis que le second, les ayant refoulées sans les dominer entièrement, les voit reparaître sous des travestissements qui les lui rendent absolument méconnaissables. Et c'est pourquoi Freud conclut que la névrose est le *négatif* de la disposition psychosexuelle dont la perversion est le positif et que, par conséquent, avec une sexualité normale, c'est-à-dire sans perversion, la névrose est impossible.

*
* *

Le pansexualisme de Freud, dont je n'ai pu indiquer que les points essentiels, renferme une part de vérité mais aussi certaines erreurs, malgré la vogue dont il jouit dans les pays de langue allemande. De ce défaut de criticisme, la vanité ethnique est peut-être, en quelque mesure, responsable. Il semble, en tout cas, que l'apparente profondeur de la méthode psycho-analytique ait masqué l'artificialité des conceptions auxquelles elle a conduit.

La théorie du refoulement, qui sert de base à l'interprétation des psychonévroses, est certainement fort intéressante; elle me paraît cependant équivaloir à une théorie française, plus ancienne et plus claire, qui n'a pas eu besoin d'invoquer l'existence de forces hypothétiques, telles que la *censure* (Censur) et la *résistance* (Widerstand), et qui peut se résumer en quelques mots. Etant de date relativement récente, la vie en société n'a pas eu encore le temps de produire une adaptation héréditaire à ses conditions; l'homme doit donc, pour acquérir personnellement cette adaptation nécessaire, non seulement contracter des habitudes nouvelles, mais aussi inhiber des actes anciens devenus nuisibles à l'état social (1). Sans doute, il n'y a pas identité psychologique absolue entre le refoulement et l'inhibition, mais tout ce qu'explique celui-là est aussi bien expliqué, sinon mieux, par celle-ci. Ces deux théories expriment donc sensiblement les mêmes choses au moyen de mots différents, avec cet avantage pourtant, en faveur de l'inhibition, qu'elle possède des fondements physiologiques qui manquent totalement à l'autre.

(1) Cf. J. Laumonier. Dégénérescence et désadaptation, *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 124, p. 1949, et « Homo duplex », *Corresp. méd.*, 30 nov. 1913.

Au reste, le mérite attribué à Freud n'est pas là; il est surtout dans la « découverte » de la sexualité infantile. Certes, longtemps avant lui, on avait observé, chez certains enfants, des manifestations sexuelles incontestables et noté l'influence à longue portée des traumas qu'ils supportent dans cette sphère. Mais le savant viennois ne s'est pas contenté de ces constatations; il a voulu aller plus loin et trouver aux actes et gestes des nourrissons une valeur sexuelle positive quoique dissimulée. Beaucoup de rattachements ainsi opérés laissent perplexes. Freud, par exemple, déclare que le plaisir éprouvé par le petit enfant à téter le sein de sa nourrice ou tout bonnement son pouce est à la base d'un complexe qui, mal refoulé plus tard, sera le point de départ d'une tendance à l'onanisme buccal chez l'homme, au lesbisme chez la femme. De même quand l'enfant témoigne sa satisfaction d'une défécation un peu laborieuse c'est que la région anale devient zone érogène, et il faudrait craindre, en conséquence, des dispositions ultérieures à la pédérastie passive. N'est-il pas établi, cependant, que beaucoup d'enfants « se touchent »? Et si cette manœuvre a un sens autoérotique, n'a-t-on pas licence d'attribuer la même signification aux gestes qui s'en rapprochent? Pour répondre à cette question il convient d'aborder le problème de la sexualité infantile d'un point de vue que Freud paraît avoir, à ma connaissance du moins, un peu négligé.

Evidemment, l'enfant a un sexe, puisque le sexe est déterminé dès la fécondation (1); mais ce sexe est latent et les dispositions anatomiques qui le traduisent, même avant la naissance, n'ont qu'une signification d'attente (2). Le fait que la femme contient, presque en venant au monde, la totalité de ses ovules, dont quelques-uns seulement mûriront plus tard, et que le tissu interstitiel, qui remplit les intervalles des follicules et des tubes séminifères et dont le rôle paraît important dans l'évolution de l'appétit sexuel, est d'origine somatique (et non germinale), ne va nullement à l'encontre de cette latence, attendu que tissu germinal et tissu interstitiel demeurent absolument en dehors du fonctionnement jusqu'à la puberté. A ce moment seulement, l'entrée en activité des glandes sexuelles déverse dans la circulation générale des hormones, qui, d'une part, développent les caractères sexuels secondaires, et d'autre part impressionnent certains groupes de neurones, créant ainsi des relations entre le psychisme et le sexe, la psychosexualité. Avant la puberté, il ne saurait donc y avoir ni tendances, ni manifestations vraiment sexuelles, car tendances et

(1) Cf. Caullery. *Les Problèmes de la sexualité*, p. 164 et suiv.

(2) Au cours du développement embryogénique, l'ébauche des organes évacuateurs et copulateurs est indépendante de celle des glandes génitales, si bien que l'on constate parfois l'association de glandes appartenant à un sexe, avec des organes efférents appartenant à un autre.

manifestations sont nécessairement liées à l'exercice de la fonction, laquelle n'existe pas encore, et celles que nous constatons résultent, soit d'une interprétation fautive de notre part (nous attribuons à l'enfant des qualités de sensation et des intentions qui sont celles des adultes), soit d'un développement ou d'une initiation vicieuse précoces. Mais alors que devient la sexualité infantile? Elle disparaît. Pas plus quand il « se touche » que quand il tète son pouce ou manie son pied, l'enfant n'obéit à des tendances érotiques (1); étant exclusivement un nutritif, tous ses actes et toute sa psychologie rudimentaire tournent autour de l'instinct de la nutrition, une observation attentive et sans parti pris permet de s'en convaincre. Toutes les preuves de la sexualité dissimulée de l'enfant que Freud s'est efforcé d'accumuler se montrent donc bien artificiellement déduites, et, dans beaucoup de leurs détails, « paraissent inspirées davantage par un désir *a priori* de l'auteur d'y retrouver les causes de la psychologie pathologique que par un souci légitime de connaissance (2) ». Du reste, Freud lui-même s'est si bien rendu compte de la fragilité de ses rapprochements qu'il a dû invoquer l'*amnésie infantile*, amnésie étrange en présence des réminiscences si fréquentes de la vie enfantine, et qu'il est, par suite, contraint de rapporter plutôt à l'amnésie pathologique des névroses qu'à l'oubli qui atteint les événements indifférents.

La sexualité infantile mise en doute, la doctrine du pansexualisme est en partie ruinée. Non pas que l'instinct sexuel troublé ou dévié perde, par là, de son importance dans les névroses, mais, de cause lointaine et profonde, il devient le plus souvent effet, et toute la psychogenèse qu'il attribue à l'érotisme se trouve à bas du même coup. Il existe assurément, dans les névroses, des altérations psychosexuelles, mais, comme le reconnaissent M. Ladame dans son travail sur *Les névroses et la sexualité*, MM. Régis et Hesnard dans leur important mémoire déjà cité, M. Pierre Janet dans son rapport au Congrès de médecine de Londres (1913), elles sont presque toujours, sauf dans les cas de traumas, les conséquences des insuffisances et des désaptations primordiales de la mentalité ou les aspects que ces dernières revêtent, et ne se montrent qu'à l'occasion de la puberté ou après elle, conformément à ce que laissent prévoir le développement physiologique des glandes génitales et leur retentissement sur le psychisme.

Toutefois, les tentatives de Freud et de ses élèves, si elles ne semblent pas, quant à présent, aboutir à une construction bien solide, ont cependant réussi à mettre en évidence l'influence prépondérante des préoccupations sexuelles, avérées ou cachées, chez une catégorie nombreuse non seulement de malades mais aussi d'individus en apparence normaux. Freud a bien montré notamment que les facilités de la civilisation atténuent, chez ceux qui bénéficient de l'aisance et de la culture sentimentale, la continuité et la vivacité des impulsions nutritives, et cela justifie les affirmations des explorateurs, rappelées par Mantegazza et Havelock Ellis, et suivant lesquelles la sexualité tient une place bien moins grande dans la vie des sauvages que dans celle des civilisés. Il est probable que cette remarque a été faite par Freud dès le début de ses recherches sur l'hystérie et que, les premières applications de la méthode psychoanalytique chez les névropathes l'ayant confirmé dans son opinion, il en a ensuite cherché partout la vérification; et il ne pouvait manquer de la trouver, ainsi qu'on l'a vu, du moment qu'il fondait sa psychologie sur l'unité de l'instinct et sa représentation symbolique. Aussi le labeur énorme accompli par l'école freudiste donne-t-il l'impression de manquer d'harmonie; certaines de ses recherches apportent une contribution importante à la pathogénie des psychonévroses; d'autres fournissent des indications précieuses pour la morale collective et la direction de l'éducation inhibitrice ; les dernières, enfin, n'aboutissent qu'à des constructions artificielles, dues à la personnalité du médecin, qui, seule active dans la psychoanalyse, prête aux réminiscences vagues, aux souvenirs ou aux mensonges du sujet, aux impressions qu'elle-même suggère, un sens et une portée dont ils sont, en réalité, presque toujours dépourvus.

(1) Voir ma communication à la Société de psychothérapie, 16 déc. 1913.

(2) Régis et Hesnard. La doctrine de Freud et de son école, *L'Encéphale*, juin 1913, p. 546.

DE L'EMPLOI DE L'IODE COLLOIDAL

DANS LA BLENNORRAGIE AIGUE ET CHRONIQUE

Par M. Gérald BEYLER,
Ancien interne des hôpitaux de Nancy.

Le traitement de la blennorragie vient de s'enrichir d'un nouvel agent thérapeutique : l'*iode colloïdal*.

A la vérité, l'idée de se servir de l'iode contre les méfaits du gonocoque n'est déjà pas si nouvelle, puisque, le docteur Joullie nous l'apprend dans le *Journal de médecine*, les étudiants de Montpellier employaient déjà, vers 1883, la teinture d'iode pour cet usage. Mais l'auteur ne nous dit pas quelles intolérables douleurs et quelle violente réaction du canal ce traitement énergique provoquait, en même temps que la guérison. Depuis le début des traitements urétroscopiques, la teinture d'iode était employée en attouchements bien localisés sur les infiltrations molles superficielles.

Plus récemment, le docteur Mulot préconisa l'emploi d'une solution de teinture d'iode dans l'huile avec une concentration de 5 p. 100. Cependant, de telles injections produisaient une cuisson assez vive.

Motz recommande l'emploi de solutions faibles, moyennes et fortes, d'iode ioduré dans l'alcool à 60 degrés.

L'emploi des préparations iodées a ses avantages et des inconvénients :

L'iode est un admirable antiseptique, efficace non seulement contre le gonocoque, mais aussi, ce qui est très appréciable, contre les germes pathogènes d'infection secondaire (streptocoques, staphylocoques) qui souvent entretiennent une suppuration interminable, après la disparition du gonocoque.

Sa grande diffusibilité le rend très précieux pour aller atteindre le microbe dans les culs-de-sac glandulaires de l'urètre où il se cantonne si souvent.

Les inconvénients des solutions iodées employées jusqu'à ce jour sont, d'une part, leur causticité réelle malgré la grande tolérance des muqueuses pour l'iode; d'autre part, leur toxicité appréciable à cause des quantités relativement considérables qu'il en faut employer et surtout de la parfaite voie d'absorption qu'est la muqueuse urétrale.

Pour remédier à ces inconvénients, on se sert actuellement d'iode colloïdal obtenu par la méthode électro-chimique et stabilisé par un hydrocarbure (iodargol).

L'iode amené à l'état colloïdal a un pouvoir antiseptique beaucoup plus grand et il est tout aussi diffusible. Mais, de plus, loin d'être caustique et douloureux, il est analgésique et sa toxicité est nulle.

Voici la technique que nous employons avec l'iodargol (iode colloïdal en suspension huileuse, à 0,20 par centimètre cube).

Désinfection du méat et du gland.

Lavages de l'urètre antérieur au $KMNO^4$ à 0,25 p. 1000.

a. *Urétrite antérieure seule.* — Injection dans l'urètre antérieur, au moyen d'une seringue *Delta*, de 2 centimètres cubes d'iodargol que nous chauffons très légèrement sur la flamme d'une lampe à alcool.

L'injection est gardée dix minutes et répétée trois fois par jour.

b. *Urétrite antérieure et postérieure.* — Grand lavage urétro-vésical avec la solution de $KMNO^4$ employée pour laver l'urètre antérieur, puis introduction dans la vessie d'une sonde en gomme, dans laquelle on injecte environ 4 centimètres cubes d'iodargol, tout en retirant doucement la sonde pour répandre son contenu dans l'urètre postérieur et dans l'urètre antérieur. Une seule injection par jour à garder le plus longtemps possible.

Par ce traitement, on obtient après 2 à 3 injections, la disparition complète de la douleur dans tous les cas.

Après huit à dix jours de traitement, la disparition des gonocoques et de tous autres germes pathogènes, l'assèchement rapide des écoulements persistants, même microbiens.

Nous nous contenterons de publier trois observations typiques des résultats que nous avons obtenus :

Observation I. — *Urétrite chronique.* — R..., garçon de café, vingt ans. Début en mars 1913, soigné par capsules et injections d'eau boriquée, garde une goutte matinale.

Vient à mon cabinet fin décembre 1913 : une instillation de nitrate arrête un écoulement abondant (gonos au microscope) quelques lavages de $KMNO^4$ à 0,50 et 1 p. 1000 tarissent complètement l'écoulement. A la suite d'excès, rechute huit jours après; on lui fait 3 instillations dans les deux urètres de 4 centimètres cubes d'iodargol et l'écoulement disparaît pour ne plus revenir.

Ce malade a été revu le 25 février, pour une affection pulmonaire; malgré des excès de boisson et de toute nature, l'écoulement n'est plus revenu.

Obs. II. — *Urétrite subaiguë.* — Z..., jeune confrère, vingt-huit ans, contracte une blennorragie à Paris en octobre 1913, suit des traitements variés : grands lavages au $KMNO^4$, l'oxycyanure de mercure, instillations de nitrate d'argent, massages de prostate, dilatation, électrolyse.

Il vient me trouver le 15 janvier 1914 présentant des phénomènes de cystite très intenses, un écoulement non seulement le matin, mais dans la journée. Un examen bactériologique montre de nombreux gonos intracellulaires associés à d'autres germes pathogènes.

Le traitement consiste en grands lavages urétro-vésicaux pratiqués tous les jours, suivis d'instillations de l'urètre postérieur et antérieur avec 4 centimètres cubes d'iodargol. Huit jours après, nouvel examen bactériologique, plus de gonos, plus de streptos, ni de staphylos; les phénomènes de cystite ont tout à fait disparu. Il n'y a plus qu'un suintement matinal incolore. Ce petit suintement a d'ailleurs disparu, quatre jours après.

Obs. III. — *Urétrite suraiguë.* — B..., étudiant en médecine, vingt-deux ans, vient me trouver le dimanche, 8 février. Depuis deux jours, il ressent de violentes douleurs à la miction et constate un abondant écoulement de pus par l'urètre. A l'examen, le gland est augmenté de volume, tuméfié ainsi que le prépuce, les pourtours du méat sont d'un rouge vif intense, il s'écoule un pus très épais verdâtre.

L'examen bactériologique pratiqué le lundi 9, par le docteur Morlot, chef de laboratoire à la Faculté de Nancy, montre une culture presque pure de gonocoques. Notre distingué confrère dit n'avoir, pour ainsi dire, jamais vu une telle abondance de ces diplocoques dans un pus urétral.

Les mictions sont extrêmement pénibles.

Après lavage du gland, nous essayons de laver l'urètre antérieur, mais le malade pousse de tels cris que nous y devons renoncer. Après avoir bien nettoyé l'entrée de l'urètre et avoir prudemment exprimé son contenu purulent, nous injectons doucement 2 centimètres cubes d'iodargol. Cette injection n'est nullement douloureuse, mais nous n'osons la retenir longtemps dans le canal, faute d'avoir pu désinfecter celui-ci auparavant.

Le soir, notre ami revient; il souffre un peu moins. Cette fois, nous pouvons faire un petit lavage de son urètre antérieur suivi d'une injection de 2 centimètres cubes d'iodargol qui est gardée dix minutes.

Le lendemain, les douleurs ont presque disparu, mais l'écoulement est toujours aussi épais et aussi abondant : 3 injections de 2 centimètres cubes gardées dix minutes.

Le surlendemain, le malade ne souffre plus du tout, l'écoulement ne change pas.

Le samedi 14, l'écoulement a beaucoup diminué et surtout est moins épais.

Le lundi 17, on ne constate plus qu'un suintement encore assez abondant que l'on fait examiner au microscope.

La tuméfaction du gland, la rougeur du méat ont complètement disparu avec les phénomènes douloureux. Le nouvel examen révèle encore la présence de quelques gonocoques, mais presque tous extracellulaires; une diminution très considérable des globules de pus, d'assez nombreuses cellules épithéliales.

Le traitement est continué avec 2 injections par jour seulement et le suintement reste stationnaire comme abondance, mais devient de moins en moins épais.

Le lundi 23, on fait un troisième examen bactériologique, peu de globules de pus, aucun gonocoque intra ou extracellulaire, assez nombreuses cellules épithéliales. Comme le suintement persistait en très petite abondance, il est vrai, mais persistait, nous continuâmes par quelques injections astringentes et, malgré l'absorption d'une assez grande quantité de bière, nous avons, en dix jours, complètement asséché le canal.

Voici donc une blennorragie suraiguë, extrêmement douloureuse, avec écoulement de pus très intense contenant des quantités anormales de gonocoques qui, en deux jours, cesse d'être pénible, le malade urine sans douleur et a des érections indolores; en quinze jours, l'écoulement est presque tari et complètement microbien; en trois semaines, tout est rentré dans l'ordre.

Sans l'iodargol, étant donnée l'intensité des douleurs qu'exacerbait la plus timide manœuvre sur le canal, il aurait fallu attendre au moins trois semaines avant de commencer un traitement par les lavages, alors que par l'iode colloïdal, la guérison a été obtenue dans ces trois semaines.

Nous comparons ces résultats à ceux obtenus par Marcel Deschamps et Jean Perrigault à l'hôpital Beaujon à Paris, où ces auteurs ayant appliqué l'iode colloïdal au traitement de la folliculite urétrale à gonocoques, ont vu la guérison survenir

dans des conditions de rapidité et de certitude insoupçonnables au commencement du traitement.

Il est donc permis de conclure que l'*iode colloïdal* doit être mis au premier rang des agents antiblennorragiques, tant par la valeur et la rapidité de son action que par son innocuité absolue, qui nous permet de l'administrer sans avoir jamais à craindre, de son fait, des complications d'aucune nature.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 9 MARS 1914)

Etude et traitement du bégaiement par la photographie. — M. MARAGE. Le bégaiement est un état choréique intermittent de tous les organes de la phonation : poumons, larynx et bouche.

Pour guérir cette affection, dit M. Marage, il faut : 1° faire *voir* au malade son défaut; 2° lui faire *voir* le moyen d'y remédier.

Pour cela, M. Marage cinématographie en même temps sur le même film un sujet normal et un sujet bègue prononçant la même phrase. Il les photographie ensuite séparément. Avec ces trois films l'élève peut étudier chez lui à loisir et noter à côté du film les points où il bégaie.

M. Marage insiste beaucoup sur la nécessité d'apprendre au bègue à respirer.

Sur l'économie d'aliments réalisable par l'élévation de la température extérieure. — M. Louis LAPICQUE, à propos de la communication de M. Miramond de Laroquette dans la séance du 23 février (voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 27), pense que, si la ration d'entretien est moindre chez les populations tropicales que sous nos climats, on n'en peut pas déduire que l'énergie lumineuse ou calorique de l'ambiance soit utilisable pour la vie animale.

Sur les ferments du lait chez les Touareg. — M. DE GIRONCOURT. La consommation du lait, en nature ou à l'état de fromage, acquiert dans tout le Soudan une importance d'autant plus grande que les indigènes pasteurs, touareg ou peuls, n'abattent jamais, en principe, les animaux femelles pour la boucherie, et que, d'autre part, l'exploitation pastorale des bovidés représente, pour ainsi dire, l'unique ressource des territoires semi-désertiques du Haut-Niger.

D'un autre côté, si, dans nos postes du Niger, les maladies du tube digestif dues à l'usage de l'eau non bouillie sont fréquentes chez les Européens, elles sont particulièrement rares dans l'intérieur où le voyageur consomme journellement le lait des troupeaux.

Ce lait qui, ingéré cru, détermine fréquemment des effets purgatifs, a pour caractéristique la rapidité de son caillage spontané. La malpropreté des récipients dans lesquels s'effectue la traite pourrait être invoquée pour expliquer cette rapidité, mais elle ne saurait suffire, et il faut l'intervention de microbes spéciaux.

Ces microorganismes ont été isolés par M. Sartory, ce sont : 1° un bacille qui serait le *Bacillus lacticus* Pasteur avec la propriété de n'être pas pathogène; 2° un streptobacille se rapprochant du *Bacillus bulgaricus* Grigoroff; 3° une levure blanche du genre saccharomyces; 4° une mucédinée du genre *Penicillium*.

Les signes objectifs de la fatigue dans les professions qui n'exigent pas d'effort musculaire. — M. J.-M. LAHY.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 17 MARS 1914)

La vaccination antityphoïde et le projet de loi visant l'obligation de cette vaccination dans l'armée. — M. CHANTEMESSE rappelle une communication de M. Vincent dans laquelle il dit que M. Chantemesse a parlé de 14000 vaccinations, alors qu'en réalité il a parlé de 70000.

M. Chantemesse aurait importé du vaccin de l'étranger, c'est une erreur. Le vaccin antityphoïde stérilisé par chauffage n'a pas été importé mais bien exporté. Sa mise au jour a été faite pour la première fois en 1887 et 1888 par M. Widal et lui.

M. Chantemesse refait ici tout l'historique de la question. « En 1904, un savant allemand Wassermann a proposé le premier le vaccin antityphoïde polyvalent; en 1907, les médecins anglais ont utilisé le chloroforme pour stériliser les cultures au lieu de les chauffer. C'est beaucoup plus tard, en 1911, que M. Vincent a importé au Val-de-Grâce le vaccin anglo-germain auquel il a fait subir la petite modification de remplacer le chloroforme des Anglais par l'éther. Voilà tout.

... Parlant de la raison pour laquelle on a supprimé dans l'armée la vaccination antityphoïde pendant les épidémies de cet hiver, M. Vincent en donne l'explication suivante : « Ignorant des choses de la médecine et possédant un esprit simpliste le soldat vacciné serait tenté, s'il était atteint d'une de ces affections... d'incriminer la typho-vaccination. »

Mais il me semble que l'esprit simpliste du soldat n'aurait pas tout à fait tort de croire que les secousses violentes provoquées chez beaucoup d'entre eux par certaines injections vaccinales jouent un rôle dans l'affaiblissement momentané de leur organisme et les rend plus aptes à contracter les maladies hibernales régnantes, et je trouve que le service de santé a fort bien fait de suspendre pendant la durée des épidémies hibernales un vaccin qui donne de fortes réactions... »

Dans la marine le vaccin chauffé est très bien supporté, on n'a pas eu besoin pendant l'hiver de supprimer la vaccination.

M. Chantemesse s'applique à démontrer que, bien qu'en dise M. Vincent, les réactions du vaccin polyvalent ne sont pas insignifiantes.

Il cite des exemples empruntés aux collègues militaires de M. Vincent.

« Que deviennent dans l'avenir, au point de vue du réveil possible d'une tuberculose restée jusque-là latente, les soldats qui ont subi des secousses, des accès de fièvre aussi violents que ceux observés à Avignon? Que deviennent les individus qui peuvent être éventuellement porteurs de bacilles tuberculeux... lorsqu'ils ont été soumis à une intoxication vaccinale comme celle dont on a parlé le médecin principal Simon? Si la direction du service de santé a fait une enquête sur ce point, pourquoi n'en a-t-elle pas communiqué les résultats? Et pourquoi aussi a-t-elle arrêté, sans raison connue, l'enquête commencée sur la demande de la commission mixte d'hygiène et d'épidémiologie militaires au sujet des avantages et des inconvénients des préparations vaccinales antityphoïdes en usage dans l'armée? Cette question touche à la protection de la santé publique; elle intéresse trop de monde, elle passionne trop les médecins, tous les médecins, pour que la lumière ne se fasse pas, tôt ou tard. Il lui semble même que la vérité devrait être connue dans son entier avant le vote de la loi sur la vaccination antityphoïde obligatoire dans l'armée. Or, le rapport de l'honorable M. Lorimy à la Chambre des députés sur ce projet de loi ne dit rien ou à peu près rien des inconvénients ou des dangers qui préoccupent certains d'entre nous. »

M. VINCENT rappelle que, depuis 1911, 231000 personnes ont été vaccinées par le vaccin polyvalent. Des nombreuses statistiques il résulte que les réactions ont été insignifiantes

ou même nulles. A peine a-t-on constaté la réaction légère sur 100 vaccinés. Les réactions ont été beaucoup plus nombreuses avec le vaccin de M. Chantemesse. Il faut ajouter que les 231 000 personnes vaccinées représentent environ 900 000 inoculations. Dans la population civile, le vaccin polyvalent a été très bien supporté et a donné toute sa valeur, toute son efficacité et toute son innocuité.

Importé en Belgique, en Espagne, il y a donné les mêmes bons résultats.

M. Vincent n'a pas cru devoir répondre aux attaques violentes de M. Chantemesse. Il s'en tient aux faits.

M. Chantemesse a parlé des dangers possibles de la vaccination antityphoïdique chez les tuberculeux. M. Vincent cite un cas dans lequel, au contraire, le vaccin polyvalent a semblé avoir une action bienfaisante sur une évolution tuberculeuse.

En résumé, M. Vincent n'a rien à retrancher des conclusions qu'il a émises relativement à l'efficacité, à la valeur et à l'innocuité du vaccin polyvalent et il s'estime heureux s'il a pu, dans une certaine mesure contribuer à faire disparaître la fièvre typhoïde de l'armée, affranchir l'homme d'une maladie évitable, car il estime que le plus beau rôle du médecin militaire est de se rendre inutile.

Maladie de Dercum à localisations multiples, avec infiltrations massives et hyperplasies mammaires chez un adulte. — MM. H. Hallopeau et François Dainville montrent que : 1° les centres encéphaliques peuvent fonctionner intégralement dans cette maladie; 2° elle peut se traduire concurremment par des infiltrations massives, des lésions nodulaires et des lésions globaires; 3° elle peut se localiser autour des mamelons et donner lieu ainsi à l'aspect féminin d'une poitrine masculine; 4° les tumeurs adipeuses multiples peuvent coïncider avec la maigreur des parties non affectées, il n'y a donc pas d'adipose généralisée; 5° ces tumeurs peuvent être enlevées sans récidiver localement; 6° ce syndrome peut être limité aux membres inférieurs en respectant leurs extrémités d'où l'ingénieuse comparaison faite par M. Debove avec une culotte de cycliste, bouffante en haut, collante en bas; 7° on peut éliminer l'hypothèse d'une maladie parasitaire par ce fait qu'il n'y a nulle part de prolifération locale contrairement à ce qui a lieu dans les infections microbiennes et autres.

La réforme de la loi sur les aliénés. — M. Strauss expose l'économie générale du projet de loi, en insistant sur la nécessité de la réforme. Celle-ci a été demandée depuis de longues années. Elle vint même déjà devant l'Académie en 1886.

La loi nouvelle se préoccupe d'assurer obligatoirement l'assistance à ces malades, tout en protégeant avec efficacité la liberté individuelle et en rendant impossible la séquestration arbitraire dont le soupçon trouble si souvent l'opinion publique. La loi organise également la surveillance du traitement à domicile et marque la nécessité, pour que l'internement devienne définitif, de l'intervention des tribunaux. M. Strauss combat les conclusions de M. Ballet qu'il trouve insuffisantes, fragiles, inapplicables et dangereuses.

— La discussion se poursuivra dans la prochaine séance.

Chlorhydrate d'émétine. — M. Maurel (de Toulouse) résume sa communication dans les propositions suivantes :

1° Comme l'ipéca, le chlorhydrate d'émétine est hémostatique, décongestif, antiphogénique, antithermique et abortif;

2° Comme l'ipéca aussi, il diminue la sensibilité et peut produire la révolution musculaire;

3° Il intervient dans l'action vomitive et purgative de l'ipéca, mais il paraît insuffisant à lui seul pour produire en deux actions au moins à doses thérapeutiques;

4° Toutes ces propriétés de l'émétine sont expliquées par son action sur les éléments anatomiques;

5° Enfin, son étude confirme pleinement les lois de Cl. Bernard sur l'action des agents thérapeutiques et toxiques.

M. Chauffard fait observer que la clinique ne répond pas aux expériences si intéressantes de M. Maurel. Malgré toutes les recherches qu'il a faites avec ses collaborateurs, il n'a jamais pu se rendre compte comment agit l'émétine, comment s'exerce son action pharmacodynamique. Même dans les cas d'hémoptysies chez les tuberculeux il n'a été constaté aucune modification dans la tension artérielle.

M. Pinard, étant interne d'Hervieu en 1873, a pu constater avec ce maître que l'ipéca n'a jamais eu d'action abortive. M. Hervieu donnait facilement 2 grammes d'ipécacuanha à des femmes enceintes sans que le cours de la grossesse fût troublé en rien.

Sur un cas de torticolis congénital. — M. Picqué attire l'attention de l'Académie sur les difficultés à établir dans certains cas, l'origine congénitale du torticolis. Dans le cas qu'il présente, la jeune fille âgée de dix-huit ans affirmait que l'attitude vicieuse remontait à deux ans. Le diagnostic fut établi sur l'absence du faisceau sternal et l'atrophie de la branche horizontale du maxillaire.

M. Picqué pratique la résection du sterno-mastoïdien et le résultat fut excellent au point de vue esthétique et fonctionnel. Aucun traitement orthopédique ultérieur ne fut institué. Le résultat s'est maintenu.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 14 MARS 1914)

Phénomènes circulatoires et respiratoires, produits par la compression oculaire. — M. Petzetakis. Une excitation d'ordre extrafonctionnel est transmise, lors de la compression oculaire, de la voie du trijumeau à la substance grise bulbaire. Elle trouve là des centres de réflexion gouvernant les activités cardiaques, vasculaires et respiratoires. La compression oculaire donne ainsi naissance à des réflexes : 1° oculo-cardiaque; 2° oculo-respiratoire; 3° oculo-vaso-moteur.

Recherches sur l'anatomie pathologique de l'atrophie spasmodique congénitale du nourrisson. — MM. Lesage et Cléret. La lésion fondamentale, c'est la tendance à la prolifération anormale du tissu conjonctif.

Action atténuante des lipoïdes hépatiques à l'égard du staphylocoque pyogène blanc. — M. Tilmont. 1° Certains lipoïdes peuvent atténuer la virulence du staphylocoque, même à faibles doses; 2° ils sont doués d'un certain pouvoir préventif contre les effets des cultures.

Adaptation du suc gastrique à la coagulation et à la digestion du lait chez les nourrissons. — M. L. Gaucher. 1° Il existe, chez les nourrissons, une adaptation du suc gastrique, en rapport avec le mode d'allaitement auquel ils sont soumis; 2° la quantité de suc gastrique sécrété dans le cas de l'allaitement artificiel est supérieure à celle fournie lors de l'allaitement maternel.

Rapports inverses des quantités d'eau et de corps gras contenues dans l'organisme. Conséquences pratiques. — A propos d'une communication récente de MM. Fage et Legendre sur *la teneur des sardines en eau et en matières grasses*, et dans laquelle ils établissent que chez cet animal ces deux substances sont toujours en proportions inverses, M. Maurel rappelle que dès 1903, dans son rapport sur l'obésité (Congrès français de médecine de Paris), il a fait connaître le même fait pour le bœuf, le mouton, le porc, l'anguille et même pour l'homme. Il cite, en outre, d'autres animaux présentant le même rapport et il arrive à ces conclusions :

1° Que l'on peut désormais considérer comme une loi générale que les augmentations ou les diminutions en corps gras entraînent des modifications dans la quantité d'eau en sens

inverse; 2° que grâce à ces compensations, le total de ces deux substances se maintient sensiblement constant dans les environs de 70 à 80 p. 100 du poids de l'animal. Etant donnée la grande influence du titre sur l'action des toxiques, M. Maurel fait ressortir l'importance que peut prendre sur leurs actions la diminution de l'eau chez les gros obèses.

Un appareil pour la distribution automatique des liquides. Son application à la réaction de Wassermann. — M. Arthur VERNES a imaginé un distributeur automatique pouvant servir à l'exacte répartition de toutes espèces de liquide.

Le petit modèle qu'il présente a été conçu tout spécialement pour la réaction de Wassermann telle que la pratique l'auteur. Le distributeur automatique qui, par un très rapide réglage, permet de donner le volume désiré est stérilisable. Son principal avantage est que pour l'opérateur surchargé de réactions de Wassermann les plus fastidieuses répartitions deviennent pour ainsi dire un jeu, et ceci avec une précision volumétrique poussée à l'extrême.

Glycosurie phloridzique et sécrétion du glucose en général. — MM. H. CHABANIER et E. SA ont injecté, à des hommes et à des chiens, des doses croissantes de phloridzine allant jusqu'à 2 grammes pour 20 kilos chez un chien. Ils ont obtenu ainsi d'importants débits glycosiques. Mais dans aucun cas le débit glycosique recalculé à la concentration de 75 p. 1000 (isotonique de la concentration de 25 p. 1000 adoptée par Ambard pour l'urée) ne dépassa le débit correspondant à la glycérine totale (du plasma), calculé en prenant pour base la constante uréo-sécrétoire du sujet. Dans quelques cas le débit obtenu égalait le débit maximum théorique; dans ces cas le seuil d'excrétion du glucose (taux de la glycémie au-dessus duquel le glucose est sécrété par le rein) était donc nul. Il suit de ces expériences que la glycosurie phloridzique dont le mécanisme a été si discuté relève d'un abaissement du seuil du glucose et que les constantes uréo et glyco-sécrétoires pour des débits isotoniques sont identiques.

Autres communications :

Sur les antigènes artificiels dans la réaction de Wassermann. — M. SAGASTUME.

Echinoccose osseuse expérimentale. — M. F. DÉVÉ.

Election. — M. REGAUD est nommé membre titulaire.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DU PLÉOMORPHISME DU SPOROTRICHUM. UN CAS DE SPOROTRICHOSE BEURMANI AVEC CULTURES PRIMITIVEMENT ATYPIQUES

Nous avons reçu la lettre suivante de M. le professeur Vuillemin (de Nancy) se rapportant à notre observation parue dans la *Gazette des hôpitaux* le 29 janvier 1914.

« Très honoré collègue,

Je viens de lire dans la *Gazette des hôpitaux* votre remarquable observation de sporotrichose.

Frappé des caractères aberrants des symptômes (douleurs, abcédation rapide) comme des cultures (couche blanche, devenant orangée sur gélose, troubles de bouillon) et de la disparition de ces propriétés insolites dans les cultures consécutives à l'inoculation au rat, je suis porté à soupçonner chez votre malade une infection mixte.

Le *Sporotrichum Beurmannii* aurait pu être associé dans la lésion, par exemple au staphylocoque doré. Dans les cultures provenant directement du pus, le microcoque aurait pris le dessus et empêché le champignon d'arriver à maturité. Le champignon aurait été séparé de son concurrent dans le corps du rat et vous aurait fourni les cultures pures répondant au type classique du *sporotrichum* sporifère.

Je vous soumets cette hypothèse. Vous avez sans doute le moyen de la vérifier, si vous avez gardé vos premières cultures.

Votre article ne fournit pas d'indication sur l'examen microscopique. Vour l'avez sans doute fait. Il est facile de le répéter et de le compléter par des cultures en vue de la vérification de la présence du staphylocoque.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré collègue, l'expression de mes sentiments très distingués.

P. VUILLEMIN. »

L'intéressante hypothèse émise par le professeur Vuillemin nous permet de réparer un oubli. Nous avons en effet omis de signaler l'examen microscopique des premières cultures. Cet examen que nous avons fait directement entre lame et lamelle et aussi après fixation et coloration ne nous révèle que des éléments mycosiques. Nous n'avons remarqué aucune bactérie associée au sporotrichum.

Nous ne croyons donc pas que le pléomorphisme si particulier observé dans notre cas relève d'une association microbienne.

La remarque de M. le professeur Vuillemin n'en est pas moins judicieuse et nous tenons à le remercier de nous l'avoir formulée.

Dr DELASSUS. Dr J. SABLÉ.

LIVRES NOUVEAUX

Traité clinique médico-légal des troubles psychiques et névrosiques posttraumatiques (1), par R. BENON.

Dans ce livre, l'auteur insiste spécialement sur les points suivants.

1° Le *choc traumatique* des chirurgiens n'est pas autre chose que de l'asthénie (syndrome amyosthénie et anidéation).

2° Les faits démontrent que l'asthénie traumatique peut être suivie d'hypersthénie (syndrome hypermyosthénie et hyperidéation) : asthénie et hypersthénie s'opposent, mais sont de même nature; l'hypersthénie est la *manie* des médecins aliénistes. Le tableau clinique envisagé dans son ensemble constitue l'asthéno-manie traumatique. Ces phénomènes éclairent l'étiologie de la folie intermittente (Magnan) ou psychose périodique (Gilbert Ballet).

3° Il n'y a pas une névrose, mais des névroses traumatiques : *a.* la neurasthénie traumatique bien décrite certainement par Dupuytren, mais non qualifiée et alors oubliée; *b.* l'hyperthymie anxieuse; *c.* l'hypocondrie traumatique; *d.* la sinistrose (Brissaud).

4° L'hyperthymie anxieuse est une forme spéciale que l'auteur a isolée.

5° L'hypocondrie traumatique répond surtout à l'*hystérie* traumatique des auteurs et en particulier au *pithiatisme* de M. Babinski.

6° Il y a un syndrome de Korsakoff et une agnoscie traumatiques qui ne sont pas de la confusion mentale et qui doivent être isolés.

7° La *démence traumatique* était à ce jour à peine décrite : l'auteur s'est efforcé d'en détailler les conditions et particularités cliniques.

8° Il étudie encore l'amnésie traumatique, la paralysie générale posttraumatique, l'aphasie traumatique, l'alcoolisme cérébral et les traumatismes, etc.

L. GAYARD.

(1) Un vol. in-8° de 456 pages. — Paris, G. Steinheil.

ANALYSES

MÉDECINE

Des injections massives de sucre dans le sang (sérum glycosé à 300 p. 1000) dans les états infectieux et toxiques graves, dans les états d'inanition prolongée et dans les oliguries de cause mécanique. (ENRIQUEZ. *Journal de médecine interne*, 30 janv. 1914.) — Les solutions employées sont des solutions glycosées à 300 p. 1 000 récemment stérilisées à l'autoclave et injectées très lentement; le même malade recevait souvent, en deux ou trois fois, jusqu'à un litre de sérum hyperglycosé, ce qui représente 300 grammes de sucre, ration alimentaire équivalente, comme on sait, à 1 200 calories. La tolérance de l'organisme est parfaite à la condition que l'injection *soit faite lentement*; ces injections ont dans la plupart des cas provoqué une diurèse immédiate et secondairement une amélioration rapide de l'état général; dans les états asystoliques, et pratiquées après une saignée, ces injections déterminent une véritable diurèse d'urgence qui permet d'attendre l'action plus lente des médicaments cardiaques.

J. MILHIT.

L'intoxication oxycarbonée chronique. (ROGUES DE FURSAC. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, janvier 1914, t. XXI.) — Après une étude des plus documentées, l'auteur émet les conclusions suivantes :

1° L'intoxication oxycarbonée chronique se traduit par un ensemble de troubles, dont certains, par leur fréquence, leur intensité, leurs caractères et leur association doivent être considérés comme les stigmates de cette intoxication.

Ce sont : la céphalée, les vertiges et les troubles sensoriels; l'anémie et l'amaigrissement; l'asthénie physique et psychique; l'insomnie nocturne et la somnolence diurne; les troubles gastriques; les névralgies.

2° D'autres troubles, sans être aussi fréquents que les précédents, ne sont cependant pas exceptionnels, et leur relation avec l'intoxication oxycarbonée chronique est suffisamment établie pour qu'on puisse, lorsqu'ils se rencontrent associés aux stigmates ci-dessus énumérés, les rapporter à cette intoxication. Ce sont : les troubles trophiques; les troubles de la sensibilité (hyperesthésies, anesthésies et paresthésies); les troubles moteurs localisés (relativement rares); l'amnésie.

3° Par contre, l'existence de troubles délirants, aigus ou chroniques, simples vésanies ou syndromes rappelant plus ou moins la paralysie générale progressive, est possible, mais non démontrée. C'est là une question dont l'étude doit être reprise.

4° L'intoxication oxycarbonée chronique est susceptible d'aggraver un état pathologique antérieur, de rappeler des troubles anciens disparus depuis un temps plus ou moins long ou de mettre en valeur une aptitude pathologique restée jusque-là latente (épilepsie, albuminurie, glycosurie).

5° L'intoxication oxycarbonée chronique est un facteur de tuberculose pulmonaire.

6° L'apparition des troubles, leur intensité, leur disparition et leur retour sont dans un rapport chronologique étroit avec le séjour du sujet dans l'atmosphère imprégnée d'oxyde de carbone.

7° Le diagnostic clinique de l'intoxication oxycarbonée chronique doit être corroboré par l'examen du sang du sujet, quand cet examen peut être pratiqué dans des conditions valables et surtout par une étude attentive des commémoratifs (profession du sujet, interrogatoire des personnes vivant dans les mêmes locaux que lui, analyse de l'air des locaux, recherche des sources de l'oxyde de carbone).

STEPHEN CHAUVET.

Phlébite syphilitique. (R. BRUNON. *La Normandie médicale*, n° 2, 1914.) — A propos d'une malade entrée dans son service l'auteur discute le diagnostic de phlébite syphilitique et arrive aux conclusions suivantes :

I. La phlébite syphilitique est un accident précoce de la maladie; elle atteint les jeunes gens et elle les frappe peu de temps après le chancre initial. C'est plutôt un accident secondaire qu'un accident tertiaire, contrairement à ce que la classification chronologique habituelle pourrait faire croire.

II. Le début est rapide (quand l'état général a été profondément atteint). Il n'y a pas de fièvre, contrairement à la phlébite puerpérale ou infectieuse, il s'agit d'une modalité froide. Il n'y a pas de douleur et cette absence de douleur est habituelle dans les accidents syphilitiques. Ceci n'est pas du tout la physionomie de la phlegmatia alba dolens.

III. Les cordons veineux prennent assez rapidement une coloration cuivrée qui laisse pour l'avenir des stigmates fort utiles pour un diagnostic rétrospectif.

IV. La phlébite syphilitique est plutôt superficielle que profonde, elle est généralement symétrique et sujette aux récidives.

V. Enfin sans traitement spécifique, elle peut durer des mois; avec un traitement mercuriel suffisant, elle peut se modifier en quelques jours. Mais il est de la plus haute importance de soumettre le malade à un traitement segmenté sur plusieurs années. On évite ainsi la phlébosclérose généralisée avec dilatation des veines, tumeurs gommeuses et ulcères dits variqueux. En résumé, d'une manière générale, une phlébite non douloureuse, non fébrile, non issue d'une affection primitive, survenant chez un individu jeune, demande, ne serait-ce qu'à titre d'essai, le traitement mercuriel et celui-ci obtient souvent des résultats là où d'autres traitements auraient échoué.

STEPHEN CHAUVET.

MÉDECINE INFANTILE

Le kala-azar infantile; leishmaniose splénique infantile. (LAGANE. *Le Nourrisson*, n° 1, janv. 1914.) — On décrit sous ce nom des maladies dues à des protozoaires parasites, voisins des trypanosomes, les leishmania; ces maladies sont au nombre de trois : le kala-azar indien, le kala-azar méditerranéen ou infantile, les leishmanioses cutanées (voir G.-E. SCHNEIDER. Leishmanioses, revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 124).

Le kala-azar infantile, ou anémie par leishmania (Jemma), est dû à un protozoaire qui retiré de la moelle osseuse ou de la rate du malade se présente sous la forme d'éléments libres ou endocellulaires constitués par un protoplasma homogène et deux corps chromatiques, le noyau et le centrosome; ces organismes sont mobiles, mais ils se déplacent peu rapidement.

C'est une maladie peu connue jusqu'ici en dehors du bassin de la Méditerranée; c'est une affection des tout jeunes enfants, affection dont l'épidémiologie est dominée par l'existence chez le chien d'une leishmaniose semblable : la contamination se fait par les puces. Cliniquement le kala-azar infantile est un syndrome constitué par une fièvre irrégulière non influencée par la quinine et accompagnée de troubles digestifs, une anémie extrême et précoce et une hypertrophie considérable de la rate. Le diagnostic est difficile avec les anémies fébriles, avec les splénomégalies de l'hérédo-syphilis, de la tuberculose, etc.; seul le microscope permet le diagnostic, par l'examen du sang après ponction de la rate : les leishmania observées sont typiques, libres, isolées ou groupées, ou contenues dans de grands mononucléaires. On peut également tenter la culture sur gélose au sang à 18-20 degrés. Anatomiquement le foie et la rate sont les organes les plus lésés; le foie présente de l'infiltration et de la dégénérescence graisseuses, la rate est très hyperémiée contenant de gros infarctus avec des altérations très importantes de son tissu réticulé, follicules et pulpe. La

prophylaxie tient en premier lieu dans l'isolement du malade, en second lieu dans la suppression des chiens infectés que l'on dépistera en examinant leur sang après ponction du foie. Le traitement est encore à l'étude, l'hectine a donné une amélioration; aucun résultat encourageant n'a été obtenu par l'inoculation de cultures tuées à 55 degrés. J. MILHIT.

RHINOLOGIE

La céphalée d'origine nasale. (WICART. *Le Médecin praticien*, 7 janv. 1914.) — Il s'agit spécialement de céphalées particulières s'étalant sur la région frontale et présentant des signes douloureux du côté des régions sinusales. Dans un premier groupe on peut ranger des céphalées d'origine nasale par compression et rétention : la céphalée est alors d'origine ethmoïdale ou frontale. Dans un second groupe se placent des céphalées par inflammation et rétention. Dans un troisième groupe les céphalées par congestion qui s'observent chez des sujets arthritiques, pléthoriques, ayant une tendance à l'hypertrophie des cornets par dilatation vasculaire, enfin, dans un dernier groupe, les céphalées par simple irritation nerveuse, avec comme point de départ en général, au niveau de la tête du cornet moyen, une surface allant du rouge au violacé et au dépoli complet; à chacun de ces groupes correspond un traitement approprié, longuement détaillé par l'auteur.

J. MILHIT.

OBSTÉTRIQUE

Sérothérapie des vomissements de la grossesse. (M. le professeur OUI. *Echo méd. du Nord*, 4 janv. 1914.) — L'auteur rapporte une observation de vomissements de la grossesse traités par des injections de sérum de femme enceinte; les vomissements ont cédé complètement à cette thérapeutique, mais, au bout de trois semaines environ après le début du traitement, la femme expulsait un fœtus momifié paraissant âgé d'environ deux mois. Cette observation n'est pas démonstrative, car il est impossible de savoir à quelle date le fœtus a succombé. Quoi qu'il en soit, c'est le second cas rapporté dans lequel la sérothérapie ayant paru donner un résultat favorable, l'embryon a été expulsé mort quelque temps après. STEPHEN CHAUVET.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

ANÉMIE PERNICIEUSE

Moelle osseuse crue, 100 grammes par jour, ou opothérapie médullaire.

Tous les jours ou tous les deux jours, injection de 1 centimètre cube de Sérum Vanadarsiné. Procéder par séries de 20 injections avec un repos intercalaire d'une à deux semaines.

Durant la convalescence, substituer aux injections de Sérum Vanadarnisé la Vanadarsine (v à x gouttes avant chacun des deux principaux repas).

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 7, 15 fév. 1914.) L. BARTHE : Critiques sur l'hygiène d'une grande ville. — AYGUEPARSSE : L'orchidopexie crurale dans le traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire inguinale. — (N° 8, 22 fév.) J. VITRAC et H. VERGER : Les questions médicolégales que soulèvent les assurances individuelles à propos d'un cas de paralysie générale aggravée par un traumatisme cranien.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (25 fév. 1914.) Ch. FERNET : L'activité fonctionnelle et l'éducation des fonctions. — DONIUS : Dyspnée et appendicite chronique.

Journal médical français. — (N° 2, 15 fév. 1914.) Numéro consacré à « la paralysie générale ».

Montpellier médical. — (N° 8, 22 fév. 1914.) E. CHAUVIN et Sp. ŒCONOMOS : Recherches sur la formule urinaire des opérés. Etude comparée sur l'action des divers anesthésiques (*fin*).

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 4, 27 janv. 1914.) ROLLY et DAVID : S'agit-il dans le diabète humain d'une hyperproduction de sucre ? — FLINK : La cholédocotomie rétroduodénale et transduodénale. — JAFFÉ : L'intoxication par la benzine d'après le résultat d'autopsies et d'expériences. — SIMMONDS : Tumeurs secondaires du cerveau et leurs rapports avec le diabète insipide. — WEBER : Le tamponnage en obstétrique et en gynécologie. — FREY : Contribution à l'étude de la fistule anale. — KLAUS : La narcopine en obstétrique. — SCHVENLANK : Recherches sur le plombage pneumatique du poumon. — LÖWENTHAL et PAGENSTECHER : Irradiation intensive ou durable ? — FUCHS : Recherches expérimentales sur le tuberal. — KREUTER : L'énucléation périnéale de la prostate. — HOFFMANN : Traitement de la fièvre des foins par l'ingestion longtemps répétée de chlorure de calcium. — GRUBER : Animaux pensants. — (N° 5, 3 fév.) DODERLEIN et SEUFFERT : Nouvelles expériences sur le traitement du carcinome par le mésothorium. — HENKEL : Sur la radiothérapie en gynécologie. — SCHOTTMÜLLER : Sur l'ictère en général et dans la grossesse extra-utérine en particulier. — ABDERHALDEN : Emploi de la réaction de la dialyse en clinique et en biologie. — PLANT : L'adsorption dans le procédé d'Abderhalden. — PRETI : Action précipitante du sérum sanguin sur les lipoïdes du bacille tuberculeux. — MAYER : Sur le traitement de la dysentérie par l'émétine. — MAYER : Examen en masse de sujets normaux au point de vue des germes pathogènes dans l'intestin. — PHILIP : Combien de syphilitiques se laissent-ils suffisamment traiter ? — SPOERL : La douleur inguinale chez les jeunes hommes. — HERSCHFELD et KLINGER : Etudes sur le goitre endémique. — WEBER : Le tamponnage en obstétrique et gynécologie.

Progrès médical. — (N° 8, 21 fév. 1914.) DEJUST : Technique de la réaction d'Abderhalden d'après les publications les plus récentes. — (N° 9, 28 fév.) E. JEANBRAU : Les maladies professionnelles; le projet d'extension de la loi de 1898 à l'hydrargyrisme et au saturnisme. Nécessité d'étendre la législation du travail à toutes les maladies professionnelles.

Province médicale. — (N° 7, 14 fév. 1914.) H. ROGER (de Montpellier) : Ménages de morphinomanes. — (N° 8, 21 fév.) J. BRAULT (d'Alger) : Quelques remarques sur les cicatrices chéloïdiques et hypertrophiques dans la syphilis en Algérie. — J. COURMONT, Ch. LESIEUR, DUFOUR et MARCHAND (de Lyon) : Etude anatomo-clinique et bactériologique de nouveaux cas lyonnais d'entérite estivale cholériforme et dysentériforme à microbes spiralés. — (N° 9, 28 fév.) G. RAUZIER (de Montpellier) : Pleurésie enkystée du sommet ou kyste hydatique ?

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 9, 28 fév. 1914.) Henri BICHELONNE et Alfred GASSIN : Phlegmon ligneux sus-hyoïdien mortel; autopsie; propagation de la suppuration au médiastin antérieur. — G. ROYET : Nouvelle contribution à l'étude de l'amygdalite lacunaire chronique.

COURS ET CONFÉRENCES

CONFÉRENCES THÉORIQUES ET PRATIQUES D'ÉLECTROLOGIE, DE RADIOLOGIE ET DE RADIUMLOGIE. — La Société des médecins chefs des laboratoires de radiologie et d'électro-radiothérapie des hôpitaux de Paris organise deux fois par an, en novembre et en mai, une série de conférences théoriques et pratiques d'électrologie, de radiologie, de radiumlogie, d'une durée d'un mois.

La deuxième série aura lieu à partir du lundi 4 mai 1914, à l'amphithéâtre de l'hôpital de la Pitié, 83, boulevard de l'Hôpital (chemin de fer Métropolitain, station Saint-Marcel).

La conférence inaugurale sera faite le 4 mai, à 4 h. 30, sous la présidence de M. le docteur Barth, médecin des hôpitaux, membre du Conseil de surveillance, par M. le professeur d'Arsonval, membre de l'Institut, membre de l'Académie de médecine.

PROGRAMME. — I. *Partie théorique* (à l'amphithéâtre de la Pitié). — 1° ÉLECTROLOGIE. — *Mai.* — Lundi 4, 5 h. 45 : M. Bourguignon. Généralités sur l'énergie électrique. Ses modalités. Ses mesures.

Mardi 5, 4 h. 30 : M. Ehrmann. Le courant continu. Phénomènes électrolytiques; — 5 h. 45 : M. Lebon. Le courant faradique. L'électricité statique.

Mercredi 6, 4 h. 30 : M. Ehrmann. Le courant faradique. Les courants ondulés; — 5 h. 45 : M. Lebon. Les courants de haute fréquence. D'Arsonvalisation. Diathermie.

Jeudi 7, 4 h. 30 : M. Bourguignon. L'électrophysiologie générale; — 5 h. 45 : M. H. Béclère. Cryothérapie. Thermoluminothérapie.

Vendredi 8, 4 h. 30 : M. Bourguignon. Exploration des réactions électriques des muscles et des nerfs. Indications fournies par l'état de ces réactions pour le diagnostic, le pronostic et le traitement; — 5 h. 45. M. Albert-Weil. Affections du neurone moteur périphérique.

Samedi 9, 4 h. 30 : M. Delherm. Affections du système nerveux central. Névroses; — 5 h. 45 : M. Albert-Weil. Affections du neurone sensitif. Troubles vaso-moteurs et trophiques.

Lundi 11, 4 h. 30 : M. Laquerrière. Maladies générales de la nutrition; — 5 h. 45 : M. Lebon. Maladies de l'œsophage et de l'estomac.

Mardi 12, 4 h. 30 : M. Delherm. Maladies de l'intestin. Lavement électrique; — 5 h. 45 : M. Belot. Maladies de la peau.

Mercredi 13, 4 h. 30 : M. Chicotot. Maladies de la peau; — 5 h. 45 : M. Laquerrière. Affections gynécologiques.

Jeudi 14, 4 h. 30 : M. Charlier. Affections chirurgicales; — 5 h. 45 : M. Bonniot. Appareil circulatoire.

Vendredi 15, 4 h. 30 : M. Laquerrière. L'électroradiologie dans les accidents du travail; — 5 h. 45 : M. Lomon. Maladies des voies urinaires.

Samedi 16, 4 h. 30 : M. Bourguignon. L'électrocardiographie; — 5 h. 45 : M. Laquerrière : Les accidents de l'électricité industrielle.

2° RADIOLOGIE. — *Mai.* — Lundi 18, 4 h. 30 : M. Ehrmann. Origines et propriétés des rayons X. Ampoules et soupapes; — 5 h. 45 : M. Lomon. Le rayonnement. Les mesures en radiologie.

Mardi 19, 4 h. 30 : M. Aubourg. Transformateurs électriques. Du choix d'une installation de rayons X; — 5 h. 45 : M. Jaugeas. Technique générale de la radioscopie.

Mercredi 20, 4 h. 30 : M. Jaugeas. Technique générale de la radiographie; — 5 h. 45 : M. Charlier. Radiodiagnostic des corps étrangers.

Jeudi 21 : Ascension.

Vendredi 22, 4 h. 30 : M. Legros. Radiodiagnostic des lésions traumatiques du crâne, des os et des articulations; — 5 h. 45 : M. Calvé (de Berck). Radiodiagnostic des lésions non traumatiques des os.

Samedi 23, 4 h. 30 : M. J. Belot. Radiodiagnostic des lésions de la face et des dents; — 5 h. 45 : M. H. Béclère. Radiodiagnostic des lésions de l'appareil respiratoire.

Lundi 25, 4 h. 30 : M. Lebon. Radiodiagnostic des lésions du cœur, de l'aorte et du médiastin; — 5 h. 45 : M. Desternes. Radiodiagnostic des lésions de l'œsophage. L'estomac normal en radiologie.

Mardi 26, 4 h. 30 : M. Barret. Radiodiagnostic des lésions de l'estomac; — 5 h. 45 : M. Aubourg. Radiodiagnostic des lésions de l'intestin.

Mercredi 27, 4 h. 30 : M. Bouchacourt. Radiodiagnostic de la grossesse. Radiopelvimétrie; — 5 h. 45 : M. J. Belot. Radiodiagnostic des lésions de l'appareil urinaire.

Jeudi 28, 4 h. 30 : M. Baudon. Radiodiagnostic des lésions du foie et de la rate; — M. Bouchacourt. Endoradiologie; — 5 h. 45 : M. Albert-Weil. Technique de la radiothérapie. Action biologique des rayons de Röntgen.

Vendredi 29, 4 h. 30 : M. Beaujard. Radiothérapie des lésions des organes hématopoïétiques; — 5 h. 45 : M. J. Belot. Radiothérapie des affections cutanées.

Samedi 30, dimanche 31, lundi 1er juin, fêtes de la Pentecôte.

Juin. — Mardi 2, 4 h. 30 : M. Belot. Radiothérapie des affections cutanées; — 5 h. 45 : M. Laquerrière. Radiothérapie en gynécologie.

Mercredi 3, 4 h. 30 : M. Ledoux-Lebard. La radiothérapie des tumeurs malignes; — 5 h. 45 : M. Delherm. Radiothérapie des affections du système nerveux et des glandes à sécrétion interne.

3° RADIUMLOGIE, PHOTOTHÉRAPIE, HÉLIOTHÉRAPIE. — *Juin.* — Jeudi 4, 4 h. 30 : M. Ledoux-Lebard. Les substances radioactives. Leurs propriétés physiques et biologiques; — 5 h. 45 : M. Haret. Appareils et technique de la radiumthérapie.

Vendredi 5, 4 h. 30 : M. Haret. Applications de la radiumthérapie superficielle; — 5 h. 45 : M. Ledoux-Lebard. Applications de la radiumthérapie profonde.

Samedi 6, 4 h. 30 : M. Gastou. Héliothérapie. Finsenthérapie. Actinothérapie.

II. *Partie pratique.* — Les démonstrations pratiques d'électrologie, de radiologie, de radiumlogie, de photothérapie, etc., auront lieu le matin dans les laboratoires de radiologie et d'électro-radiothérapie des hôpitaux de Paris. (Les auditeurs seront répartis, par séries de dix au plus, dans les divers hôpitaux. La répartition sera faite suivant l'ordre d'inscription.)

Pour l'inscription, qui est gratuite, s'adresser à M. le docteur Delherm, hôpital de la Pitié, 83, boulevard de l'Hôpital, Paris XIIIe, ou à M. le docteur Aubourg, hôpital Boucicaut, 62, rue de la Convention, Paris XVe.

MATERNITÉ DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS. (Service de M. le docteur DEMELIN.) — COURS DE PERFECTIONNEMENT à l'usage des docteurs en médecine français et étrangers et des étudiants déjà pourvus de leur certificat de stage obstétrical.

Un cours d'accouchement s'ouvrira à la maternité de l'hôpital Saint-Louis, le mercredi 25 mars 1914, sous la direction de M. le docteur Demelin, accoucheur chef de service, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris et avec la collaboration de MM. les docteurs Devraigne, accoucheur des hôpitaux, assistant; Guéniot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Chirié, ancien chef de clinique à la Faculté; Keim, ex-préparateur des cours à la Faculté, ancien interne des hôpitaux, et Roullier, ex-préparateur des cours à la Faculté.

Ce cours, théorique et pratique, aura lieu chaque jour à dix-sept heures; il comprendra quatorze leçons.

Les auditeurs assisteront, en outre, aux consultations externes.

Le prix du cours complet est de 50 francs.

S'inscrire à la maternité de l'hôpital Saint-Louis le matin, de neuf heures et demie à dix heures et demie, avant le 23 mars 1914. Le nombre des places est limité.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES ANÉMIES

SIGNES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT (1)

Hématologie. — En présence d'un malade atteint du syndrome clinique que nous venons d'esquisser rapidement, un examen complet du sang s'impose. Lorsque l'on pique le doigt pour examiner quelques gouttes du sang, on constate tout d'abord que le sang est rose pâle, très fluide. La numération des éléments figurés du sang indique que le nombre des *globules rouges* est très diminué ; il oscille souvent entre 1 et 2 millions, parfois au-dessous de 500000 ; le nombre des *globules blancs* n'est pas augmenté, il est même souvent abaissé ; la teneur du sang en hémoglobine est toujours diminuée, mais jamais dans des proportions aussi accentuées que les hématies, aussi la valeur de chaque globule en hémoglobine est-elle plus grande qu'à l'état normal. Cette *augmentation de la valeur globulaire* est due en partie au nombre assez élevé de globules rouges de dimensions supérieures à la moyenne, en partie à la surcharge de chaque globule en hémoglobine. Le nombre des *hématoblastes* est généralement très diminué ; ils peuvent descendre au-dessous de 25000. L'étude de la rétractilité du caillot a montré que le caillot était parfois irrétractile, mais pas toujours, cette irrétractilité coïncidant d'ailleurs, en général, avec une diminution du nombre des hématoblastes ; il n'existe pas de modifications importantes du plasma ; le sérum est isotonique ; le point cryoscopique est normal ; la quantité d'albumine du plasma est peu modifiée ; il peut y avoir un léger degré de cholémie. Le sérum n'est en général pas hémolytique ; la résistance globulaire est souvent normale, parfois même accrue, rarement diminuée ; nous verrons quelles réserves s'imposent cependant à ce point de vue en ce qui concerne l'anémie des ictères hémolytiques.

L'*examen du sang sec* fournit des renseignements très importants : les déformations globulaires sont très accusées (*poïkilocytose*) ; il existe également d'importantes inégalités dans la taille respective des globules rouges (*anisocytose*) ; la dimension moyenne des hématies atteint 9 μ, au lieu de 7,5 μ ; certains globules ont une affinité tinctoriale pour les colorants basiques ; il s'agit de *polychromatophilie* indiquant l'existence de formes jeunes ayant incomplètement évolué. Les hématies granuleuses sont nombreuses ; il en est de même des *hématies nucléées*, apparaissant le plus souvent par poussées, parfois contemporaines d'une infection intercurrente ; les hématies nucléées peuvent être de dimensions égales aux hématies normales (normoblastes), ou supérieures (mégaloblastes), ou inférieures (microblastes, ces derniers exceptionnels).

L'*équilibre leucocytaire* est très variable ; le taux des polynucléaires tombe généralement à 50 p. 100 ; le nombre des grands lymphocytes augmente dans des proportions inverses ; il apparaît en outre dans les vaisseaux périphériques des formes cellulaires qui normalement n'existent que dans la moelle osseuse, ce sont les cellules de Türck. Selon l'intensité des réactions de la moelle osseuse, on distingue, comme nous l'avons déjà vu, plusieurs types d'anémie : l'*anémie plastique* ou *orthoplastique* qui est celle que nous venons de décrire et l'*anémie aplastique*, de connaissance plus récente (Ehrlich, Vaquez et Aubertin) que nous allons étudier maintenant ; elle se caractérise surtout par son hématologie spéciale, montrant l'absence totale de toute rénovation sanguine ; le sang est clair, dilué, très peu visqueux ; dans le champ du microscope on aperçoit de rares hématies, très clairsemées, normales, jamais nucléées ; le chiffre des globules descend à 500000, celui des globules blancs à 1000 ; la diminution des leucocytes porte surtout sur les polynucléaires qui ne représentent plus que 10 à 20 p. 100 de la formule leucocytaire, tandis qu'il y a de 60 à 80 lymphocytes p. 100. Les hématoblastes sont très diminués, ce qui expliquerait pour certains auteurs l'irrétractilité du caillot. Cette forme se différencie cliniquement par sa rapidité plus grande d'évolution (deux à trois mois), l'absence de rémissions, la terminaison toujours fatale. Entre ces deux formes d'anémie se place un troisième type individualisé par M. Chauffard sous le nom d'*anémie hypoplastique*, qui correspond aux cas intermédiaires dans lesquels il existe bien en réalité une réaction myélogène, mais si faible qu'elle est presque négligeable ou qu'elle ne tarde pas à s'épuiser. Certains auteurs rattachent à ce groupe l'anémie métaplastique, c'est-à-dire l'anémie qui s'accompagne d'une réaction myéloïde embryonnaire.

C'est encore dans ces anémies de type pernicieux que l'on doit ranger le syndrome d'anémie pseudo-leucémique ou syndrome de von Jacks-Luzet, rencontré parfois chez les nourrissons.

Evolution. — Les anémies simples ont le plus souvent une évolution favorable vers la guérison, aussitôt que la cause qui a déclanché l'anémie est supprimée ; il en est ainsi de l'anémie qui s'observe chez certains nourrissons suralimentés, chez certains rachitiques à gros ventre, à rate volumineuse, chez certains hérédo-syphilitiques, etc. Parfois cependant l'anémie s'accuse, et peut prendre alors le type de l'anémie grave ; parfois enfin cette anémie, simple en apparence, accompagne une affection incurable, fatalement mortelle, un cancer par exemple.

Les anémies graves ont rarement une marche progressive ; leur évolution est souvent irrégulière, avec des phases d'amélioration, des rémissions qui s'observent surtout pendant la première période de traitement, mais n'excèdent pas en général six à huit mois.

Il n'est pas rare de voir survenir des *complications*. Parmi celles-ci il faut signaler les œdèmes, l'hydrothorax, et surtout les complications nerveuses. Déjerine et Thomas ont attiré l'attention sur les troubles moteurs, réalisant parfois un type de *pseudo-tabes*, avec douleurs, engourdissements dans les membres inférieurs, démarche ataxique.

D'une manière générale la terminaison habituelle de l'affection se fait vers la mort, en deux ou trois ans dans les formes lentes, en quelques mois dans les formes rapides ; certains auteurs ont signalé la transformation des anémies graves en leucémie lymphoïde ou myéloïde.

Formes cliniques. — a. *Formes hémorragiques.* — Elles s'observent de préférence chez des sujets jeunes ; elles se caractérisent par la répétition des hémorragies et la présence de douleurs rhumatoïdes ; parfois, le purpura, l'hémophilie sont associés au syndrome anémique.

b. *Forme pseudo-cancéreuse.* — L'intensité de la cachexie est telle parfois que l'on peut penser à l'existence d'un néoplasme gastrique ou intestinal.

c. *Forme néoplasique.* — Cette forme est l'inverse de la précédente ; le néoplasme primitif est diagnostiqué ou ne l'est pas ; l'intensité de l'anémie est telle que le terme de *forme anémique du cancer digestif* est parfaitement justifié ; souvent, la valeur globulaire est inférieure à l'unité dans cette variété.

d. *Anémie de la femme enceinte.* — Elle atteint de préférence les multipares chez lesquelles on retrouve souvent dans les antécédents la chlorose, des troubles intestinaux ; cette forme est très rapidement mortelle.

e. *Formes ictériques.* — Il y a lieu de distinguer deux catégories de faits très dissemblables ; dans un premier groupe se rangent les anémies graves de type pernicieux s'accompagnant de subictère permanent (Chauffard-Laederich) sans hypertrophie splénique, avec résistance globulaire normale. La température atteint souvent 38, 39 degrés ; la terminaison fatale se produit à bref délai.

Dans un second groupe se classent les ictères hémolytiques s'accompagnant d'une hypoglobulie parfois intense ; il n'est d'ailleurs pas indifférent de poser un diagnostic exact de l'une ou l'autre de ces variétés, car l'anémie qui accompagne l'ictère hémolytique a une évolution bien différente de l'anémie grave de type pernicieux avec ictère. Nous ne pouvons décrire ici en détail les ictères hémolytiques (voir : Les ictères hémolytiques, *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 19, p. 100).

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 30, p. 494.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 34. — SAMEDI 21 MARS 1914. 87e ANNÉE. SAMEDI 21 MARS 1914. — N° 34.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 10 francs par an.
Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — MM. les candidats sont prévenus que la séance publique dans laquelle il sera procé é à l'identification des copies et au relevé des points attribués à chacune d'elles aura lieu, sauf avis contraire, le samedi 28 mars, à dix-sept heures, à la salle des concours, 49, rue des Saints-Pères.

— CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX — *Epreuve opératoire.* — Séance du 19 mars. — MM. Cerise, Velter et Coutelas, 19; Chenet, 18.

— Un concours sera ouvert le jeudi 16 avril 1914, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49, pour la nomination : 1° à quatre places d'interne en médecine à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise); 2° à deux places d'interne en médecine à l'Institution Sainte-Périne et à la Fondation Chardon-Lagache; 3° à une place d'interne en médecine à l'Asile pour enfants de la ville de Paris à Hendaye (Basses-Pyrénées), pour entrer en fonctions le 1er mai 1914.

Les candidats qui désireront concourir se feront inscrire à l'Administration centrale (service du personnel), à partir du lundi 23 mars jusqu'au samedi 4 avril, de dix heures à trois heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — FONDATION DÉROULÈDE. — Le doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est autorisé à accepter la donation faite par M. Paul Déroulède, homme de lettres, ancien officier, de deux titres de rentes 3 p. 100 au porteur sur l'Etat français de 500 francs chacun, portant les nos 300,561 et 309,233, tous deux avec jouissance du 1er octobre 1913.

Les arrérages de ladite rente seront employés, sous le nom de « Fondation Déroulède » et dans les conditions indiquées dans l'acte de donation, à récompenser des travaux cliniques ou expérimentaux ayant trait à l'étude du cancer, au moyen d'allocations attribuées chaque année ou tous les deux ans, à une personne ou à un laboratoire de la Faculté dans lequel plusieurs personnes travailleraient à cette question.

Les deux titres de rentes susvisés seront immatriculés au nom de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, avec mention, sur l'inscription, de la destination des arrérages.

— Le prix Chateauvillard (2000 francs) pour 1914 est décerné à M. le docteur Maillard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, pour son travail intitulé : « Sur la genèse des matières protéiques et des matières humiques ».

L'ASSISTANCE AUX FEMMES EN COUCHES. — Le *Journal officiel* du 19 mars publie une circulaire ministérielle relative aux conditions que doit remplir toute postulante.

MAISON DU MÉDECIN. — L'assemblée générale de la « Maison du médecin » s'est tenue dernièrement à la Faculté de médecine. Après un magistral discours du président Paul Reynier, on entendit l'exposé des comptes rendus moral et financier de 1913; l'ordre du jour comportait ensuite la nomination d'un président d'honneur. Le Conseil proposait en effet de donner ce témoignage de reconnaissance à l'éminent maître qui a tant fait pour l'œuvre, le sénateur Léon Labbé. Aux acclamations enthousiastes des sociétaires présents, cette élection a été ratifiée.

Le Conseil d'administration qui s'est réuni dans le courant de la semaine suivante a maintenu le bureau en fonctions.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs P.-E. Launois, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Lariboisière, chevalier de la Légion d'honneur, et Paul Garcin (d'Aix-en-Provence).

ÉTABLISSEMENT DERMATOLOGIQUE DU DOCTEUR LEREDDE (31, rue La Boétie). — CONFÉRENCES ET TRAVAUX PRATIQUES DE SÉROLOGIE. — M. Rubinstein, chef de laboratoire à l'Etablissement fera, du 27 avril au 23 mai, de deux heures à six heures de l'après-midi, une série de conférences sur la sérologie appliquée à la clinique.

Travaux pratiques et manipulations tous les jours, sauf le dimanche.

Le programme détaillé sera envoyé sur demande.

Le nombre des élèves est limité à huit.

Le prix des cours est de 150 francs.

RENSEIGNEMENTS

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 30 MARS AU 4 AVRIL 1914

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 30 mars, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.
1er (oral).
2e.
4e.
5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu.*
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu.*

Mardi 31 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique (1re et 2e séries).
1er (oral, 1re, 2e et 3e séries).
3e (oral, 1re partie).
3e (oral, 2e partie, 1re, 2e et 3e séries).
4e.
5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier.*

Mercredi 1er avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique (1re et 2e séries).
1er (oral).
2e.
3e (oral, 2e partie).
5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec.*
5e (2e partie), *Laënnec.*

Jeudi 2 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique (1re et 2e séries).
1re (oral, 1re, 2e et 3e séries).
3e (oral, 1re et 2e séries).

Vendredi 3 avril, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.
1er (oral).
4e.
5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque.*

Samedi 4 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique (1re et 2e séries).
1er (oral, 1re, 2e et 3e séries).
3e (oral, 1re partie).
4e.
5e (2e partie), *Beaujon* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon.*

THÈSES

Mercredi 1er avril, à une heure. — M. KLIBANSKY. Les recherches statistiques sur la durée de l'ophtalmie gonococcique du nouveau-né et sur le traitement par les sels d'argent et la vaccinothérapie. (MM. Pinard, président; Reclus, Couvelaire et Jean Camus.) — Mlle TRZASKOWSKA. Application du ventousage au traitement des abcès du sein dans la puerpéralité. (MM. Reclus, président; Pinard, Couvelaire et Jean Camus.) — M. CHAVASSE-FRETAZ. L'étude radiographique du maxillaire et des dents. (MM. Delbet, président; Aug. Broca, Ombrédanne et Gougerot.) — M. MENDIC. Traitement chirurgical moderne des kystes hydatiques non suppurés du foie. (MM. Delbet, président; Aug. Broca, Ombrédanne et Gougerot.) — M. VARCHAVSKY. Étude statistique sur les cas de fractures de l'avant-bras chez l'enfant observées à l'hôpital des Enfants-Malades dans la période de 1906-1913, dans le service du professeur A. Broca. (MM. Aug. Broca, président; Delbet, Ombrédanne et Gougerot.)

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de chirurgie. — (N° 2, 25 fév. 1914.) J. FIÉVEZ : La rupture intracapsulaire du tendon du long biceps brachial. — Ch. MOREAU : Pyométrie et pyocolpos dans les cas de duplicité du canal génital. — MAUCLAIRE : Déviations primitives non traumatiques et non tuberculeuses du rachis cervical.

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 7, 14 fév. 1914.) PRIBRAM : Teneur du sérum humain en azote dialysable.

Medical Record. — (Vol. LXXXV, n° 3, 17 janv. 1914.) Frederic P. HENRY : Le diagnostic et le traitement de la douleur lombo-sacrée pelvienne. — Auguste STRAUCH : Désordres causés chez les enfants par l'imitation et la suggestion. — L. Merrin MAUS : Alcool et dégénérescence de la race. — Thomas J. MAYS : La valeur thérapeutique de la crotaline dans le traitement de l'épilepsie. — Howard F. HANSELL : Quelques nouveaux faits d'expérience dans l'extraction de la cataracte non mûre par la méthode de Homes C. Smith. — Joseph Eastman SHEEHAN : Les cas qui s'opposent aux eugénistes. — Andrew MAC FARLAM : La saignée dans l'hémorragie cérébrale. — Alfred WIENER : Une note préliminaire sur l'action spécifique de l'éthyle hydrocupréine dans l'infection pneumococcique des tissus internes de l'œil. — (N° 4, 24 janv.) S. Adolphus KNOPF : Les occupations des tuberculeux sans fièvre. — J. A. NYDEGGER : L'hygiène de la maison du fermier et de la ferme. — A. L. GOODMAN : Tuberculose du testicule. — LEROY-BROUN : La signification de l'irrégularité des règles. — S. Miles ROBINSON : Circulation veineuse. — Edward E. CORNWALL : Etude clinique d'un cas de toxémie intestinale chronique d'un type grave. — Coursen Baxter CONKLIN : Rachis typhique. Avec l'exposé d'un cas compliqué de thrombophlébite de la veine fémorale gauche. — Louis H. SCHWARTZ : Le bacille lactique bulgare dans la gastro-entérite infantile. — (N° 5, 31 janv.) W. Gilman THOMPSON : Maladies professionnelles. — Victor G. HEISER : Béribéri. Une nouvelle expérience à Culion. Comment il est possible de mieux appliquer ce qu'on connaît des mesures préventives au point de vue de la médecine d'état. — Henry J. NICHOLS : La relation entre la syphilis expérimentale et les questions eugéniques. — Jerome WAGNER : Observations de cas de dysenterie amibienne traités par l'émétine. — Meyer SALOMON : Quelques remarques sur la signification des rêves. — M. K. GWYN : Le puzzle de Healy et les étrangers insuffisants. — Douglas H. STEWART : Une hormone végétale dans les cas d'iléus et de dilatation gastrique. — Lester Mead HUBBY : Le traitement de la surdité par les vibrations sonores suivant la méthode de Tünd-Burguet. — Max GREENWALD : Observations cliniques d'auscultation au niveau de la saillie acromiale.

Medizinische Blätter. — (N° 4, 22 fév. 1914.) OPPENHEIM : Les dermatoses professionnelles.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 4, 22 janv. 1914.) — SCHRAMEK : Radiothérapie médicamenteuse combinée. — REACH : Influence des médicaments sur les voies biliaires.

REVUE GÉNÉRALE

LES MÉNINGITES OURLIENNES

(ÉTUDE CLINIQUE & PATHOGÉNIQUE)

Par M. GEORGES-CLAUDE ROUX.

Si les accidents nerveux survenant au cours des oreillons sont connus depuis longtemps, la nature de ces accidents et en particulier le rôle de l'inflammation méningée dans leur pathogénie ont été souvent discutés. Quelques faits nouveaux ont permis de préciser les caractères des méningites ourliennes et ont montré la fréquence des manifestations méningitiques atténuées. L'étude des réactions cytologiques du liquide céphalo-rachidien, venant à l'appui de l'observation clinique, a confirmé l'existence de ces états méningés frustes dont on a, depuis quelques années, publié de nombreuses observations.

I

Historique. — Les premiers auteurs décrivirent les accidents nerveux qui accompagnaient l'évolution d'une orchite, telles furent les observations publiées par Russel, Hamilton, Groffier, Rességuier, Cooper, Trousseau, Lynch, Behr, Gilliet, Laveran, Maximovitch, Haldeman, Doudney, Liégeois, Ferrand, Benham, etc.

Le tableau clinique de ces troubles nerveux, constituant le *febris testicularis* de Morton, fut tracé magistralement par Trousseau qui rapporta dans ses cliniques deux observations devenues classiques.

Cependant, le rôle de la méningite dans la pathogénie de ces accidents fut contesté : Eichhorst les considéra comme des phénomènes congestifs résultant de la compression de la jugulaire interne par la parotidite tuméfiée; pour Jaccoud et Grancher ils étaient causés par des embolies dont l'origine était une endocardite ourlienne; Lannois et Lemoine les rattachèrent à des lésions de méningo-encéphalite ou à la thrombose de l'artère sylvienne.

Pour d'autres auteurs, les symptômes observés dépendaient, le plus souvent, non de l'infection ourlienne elle-même, mais du terrain sur lequel elle évolue : Laveran rapporta à l'alcoolisme les troubles nerveux indépendants de l'orchite, Comby et Catrin les attribuèrent à l'hystérie, Lamouroux les rangea dans le cadre du méningisme. Le rôle de l'alcoolisme et de l'hystérie fut également défendu par Hudelo.

L'introduction de la ponction lombaire dans le diagnostic des méningites apporta à la question des éléments nouveaux : elle montra l'existence de réactions méningées atténuées, quelquefois cliniquement latentes. Monod, le premier, dans le service du professeur Hutinel, constata l'existence d'une lymphocytose rachidienne au cours des oreillons et émit l'hypothèse d'une localisation méningée de l'infection. Les recherches ultérieures de Chauffard et Boidin, Dopter, Nobécourt et Brelet, Hutinel et Darré, P. Teissier et Schœffer précisèrent les modifications du liquide céphalo-rachidien.

Chauffard et Boidin mirent en valeur un symptôme important, la bradycardie qui, avant eux, n'avait été signalée qu'incidemment par Malabouche, Servier, Lamouroux. Nobécourt et Brelet, Dopter, Quermonne, Hutinel et Darré constatèrent l'existence de la bradycardie dans les oreillons et la considérèrent comme un symptôme de méningite.

Maurice Raynaud, ayant noté sa coïncidence fréquente avec un syndrome abdominal douloureux, la rapporta à une localisation pancréatique des oreillons avec retentissement sur le plexus solaire.

P. Teissier et Schœffer, G.-C. Roux décrivirent les caractères cliniques de la bradycardie ourlienne et discutèrent sa pathogénie.

Il faut citer enfin les travaux sur les manifestations méningées des oreillons publiés par Glénereau, Lannois et Lemoine, Catrin, Gallavardin, Chauffard, Dopter.

II

Etude clinique. — ACCIDENTS NERVEUX PRÉORCHITIQUES. — Ce sont les plus anciennement connus. Ils sont caractérisés par la brusquerie de leur début, leur intensité et leur gravité apparente.

Un malade atteint d'oreillons est pris subitement d'une fièvre intense accompagnée de symptômes nerveux accentués : ce sont des vomissements, de la céphalée, des vertiges, des phénomènes d'excitation cérébrale, délire intense, convulsions, ou des signes de dépression, stupeur, prostration plus ou moins marquée, coma. L'aspect du malade est inquiétant; le visage est pâle, grippé, les extrémités froides, le pouls petit et rapide.

Tous ces symptômes cessent brusquement lorsque apparaît l'orchite. Il semble, suivant l'expression de Trousseau, que la manifestation locale ait « débarrassé l'économie menacée ».

Beaucoup plus rarement, les accidents évoluent de façon un peu différente ; on peut voir apparaître simultanément l'orchite et les symptômes nerveux, ou même, exceptionnellement, l'orchite précéder les manifestations nerveuses.

Enfin, il importe de remarquer que des accidents analogues furent quelquefois notés indépendamment de toute localisation testiculaire.

A côté de ces symptômes nerveux bruyants mais bénins, des observations d'accidents graves furent rapportées : on signala des paralysies à type hémiplégique, paraplégique, facial (Janson-Zuède, Lannois et Lemoine, Liégeois, Monro), de l'hémianesthésie (Janson-Zuède), des troubles du langage (Monro, Janson-Zuède, Sorel), de l'agraphie (Monro), des troubles psychiques (Liégeois).

Ces accidents persistèrent dans certains cas pendant plusieurs mois.

Ces manifestations nerveuses sont assez rares. Beaucoup plus fréquents sont les symptômes méningés signalés et décrits depuis quelques années. Ces symptômes apparaissent plus ou moins groupés, constituant des syndromes méningés rarement francs, le plus souvent atténués.

SYMPTÔMES MÉNINGÉS AU COURS DES OREILLONS. SYNDROMES MÉNINGÉS OURLIENS. — *Céphalée.* — La céphalée est un symptôme fréquemment observé; elle se manifeste le plus souvent au début, quelquefois en pleine période d'état. Lorsqu'elle est précoce et d'intensité moyenne, sa valeur diagnostique est évidemment contestable ; on peut, semble-t-il, l'assimiler à la céphalée qui marque si fréquemment le début de toute affection aiguë fébrile. Mais elle présente souvent une intensité remarquable ; c'est une céphalalgie extrêmement violente, continue, arrachant parfois des plaintes au malade. Si, d'autre part, sa durée moyenne ne dépasse guère quarante-huit heures, elle peut présenter parfois une certaine persistance, et même se manifester pendant toute la durée de l'affection.

Une légère *raideur de la nuque*, accompagnée de *douleurs cervicales*, des *vertiges*, un état de *torpeur* plus ou moins accentué peuvent se joindre à la céphalalgie.

Vomissements. — Les vomissements sont moins fréquents ; on peut néanmoins les observer, soit au début, soit à la période d'état. Ils sont peu intenses et passagers, ils accompagnent en général la céphalée.

Paralysies. — A côté des paralysies à type hémiplégique et paraplégique que nous avons signalées, on peut observer au cours de l'infection ourlienne des paralysies diverses.

Les unes sont tardives, étendues, atteignant quelquefois les quatre membres ; elles s'accompagnent de troubles sensitifs, d'abolition des réflexes, d'atrophie musculaire, de diminution de la contractilité électrique. Des observations furent rapportées, entre autres, par Joffroy, Chavanis, Gallavardin.

Ces paralysies, bien étudiées par Herber, sont vraisemblablement de nature polynévritique et comparables aux troubles analogues que l'on constate au cours de différentes infections telles que la fièvre typhoïde, la diphtérie.

Cependant, d'après Dopter, ces paralysies à type névritique pourraient, dans certains cas, relever d'une origine méningée, ainsi que le prouve l'observation d'un malade qui présenta une paralysie incomplète du plexus brachial à type Duchenne-Erb et, en même temps, des signes nets de réaction méningée avec lymphocytose rachidienne abondante.

On a rapporté, d'autre part, plusieurs observations de paralysies périphériques coïncidant avec des symptômes de méningite et résultant de la compression d'un nerf par les exsudats méningés. Dopter, chez un malade atteint d'oreillons avec orchite, vit apparaître de la céphalée et une paralysie faciale ; la ponction lombaire révéla une lymphocytose intense. Daireaux, Couraud et Petges, Hutinel observèrent plusieurs cas de paralysie faciale périphérique. Révilliod signala des troubles paralytiques sur le territoire de tous les nerfs craniens ; Mandonnet nota, dans un cas, une paralysie isolée du voile du palais.

Des paralysies ont été constatées également au niveau des muscles de l'œil ; elles peuvent atteindre soit la musculature externe, le droit interne (Blanchard), le droit externe, le releveur de la paupière supérieure (Dopter), soit la musculature interne, se traduisant par de la mydriase (Boas, Chauffard et Boidin, Dopter).

On peut rapprocher de ces faits diverses observations de *troubles sensitifs et trophiques* relevant vraisemblablement du même mécanisme ; Sicard, Apert, Dopter virent apparaître, au cours de symptômes méningés ourliens, un zona siégeant sur le territoire du trijumeau. Dans un cas rapporté par Netter, l'apparition des oreillons fut précédée d'une vive douleur à la cuisse avec ascension de température, symptômes dus, sans doute, à une réaction méningée préourlienne.

Enfin, Dopter pense que l'amblyopie ourlienne, la névrite optique signalées par Talon, Blanchard, Dor, la surdité labyrinthique peuvent également reconnaître une origine méningée.

Bradycardie. — Le ralentissement du pouls est extrêmement fréquent au cours des oreillons. Il apparaît en général de façon précoce, avant la fin de la première semaine et persiste pendant quinze à vingt jours. Dans certains cas, cependant, il est tout à fait transitoire et peut passer inaperçu si on ne le recherche pas d'une façon systématique. Il n'existe pas toujours de parallélisme entre l'intensité de la fluxion parotidienne et le degré de la bradysphygmie ; assez souvent le ralentissement est très prononcé chez des malades ayant présenté une tuméfaction très modérée ou unilatérale ; il ne semble pas modifié par l'apparition d'une orchite.

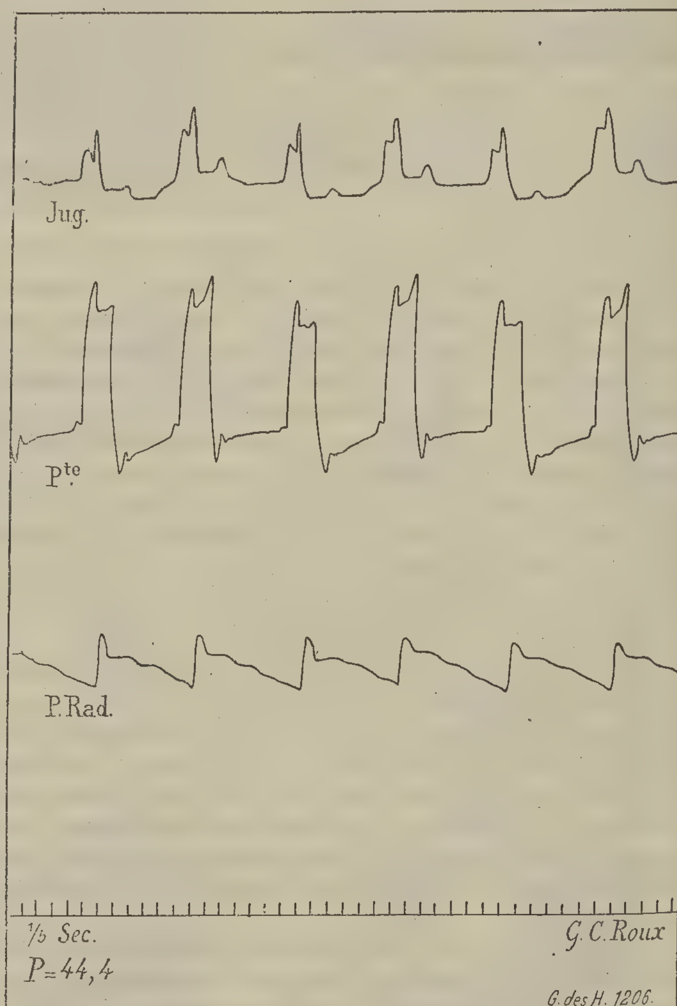


FIG. 1. — *Bradycardie ourlienne.*

Le ralentissement est plus ou moins accentué; dans la majorité des cas, le pouls ne dépasse pas 50-60 pulsations par minute, mais il n'est pas rare de le voir s'abaisser jusqu'à 40-45 pulsations.

Les tracés cardiographiques montrent que le ralentissement du pouls résulte d'une bradycardie totale; on ne note jamais de dissociation auriculo-ventriculaire. La bradycardie ourlienne présente tous les caractères des bradycardies nerveuses : les changements de positions du malade, les mouvements respiratoires et les mouvements de déglutition, les efforts, les émotions augmentent sensiblement le nombre des pulsations. L'élévation de la température s'accompagne d'une accélération du pouls, mais cette accélération est toute relative, le pouls et la température restent nettement dissociés.

Enfin l'injection sous-cutanée de sulfate d'atropine détermine une accélération notable qui apparaît dans les délais normaux.

Ponction lombaire. — L'hypertension du liquide céphalo-rachidien, l'augmentation de l'albumine ont été constatées dans quelques cas; plus fréquente est l'existence d'une réaction cytologique plus ou moins intense, à type lymphocytaire presque constant; Dopter, cependant, dans un cas, a noté de la polynucléose. La lymphocytose rachidienne peut se manifester dans près de 50 p. 100 des cas d'infection ourlienne (1). Discrète le plus souvent, elle peut être très abondante (50 à 300 lymphocytes par champ d'immersion). Elle se manifeste à des périodes variables et peut persister longtemps après la disparition de tous les symptômes cliniques (Chauffard et Boidin). Elle est quelquefois transitoire : une première ponction donne un liquide absolument normal, alors que la lymphocytose apparaît lors d'une ponction ultérieure. P. Teissier et Schœffer ont noté l'absence de parallélisme entre la lymphocytose rachidienne et les accidents méningés cliniques.

Ces différents symptômes, céphalée, raideur, vomissements, bradycardie, lymphocytose rachidienne et paralysies constituent, par leur groupement, des syndromes méningés plus ou moins complets.

Méningite ourlienne typique. — L'évolution d'une méningite avec son cortège symptomatique classique est assez rare au cours des oreillons. Parmi les nombreuses observations d'accidents nerveux ourliens, il en est peu qui reproduisent le tableau clinique complet d'une méningite. On peut citer néanmoins deux observations de Gailhard qui, dans un cas, nota de l'hyperesthésie cutanée, des contractures avec opisthotonos, de la céphalée frontale, de la photophobie, dans l'autre, de la stupeur, de la raideur du cou, de la céphalée, des vomissements, des épistaxis.

Chauffard vit apparaître, à la période d'état, une fièvre intense, du ralentissement du pouls, une céphalée violente, de la raideur de la nuque et des vomissements; le signe de Kernig était positif; le liquide céphalo-rachidien était albumineux et présentait de la lymphocytose. Dans une publication récente (1912) Cayrel rapporte une observation de méningite ourlienne intense ayant précédé de quatre jours les oreillons. Parmi les 274 malades atteints d'oreillons que j'ai pu observer en 1912 à l'hôpital Claude-Bernard, je n'ai relevé que trois cas de méningite ourlienne franche.

Les accidents méningés surviennent, en général, à la période d'état des oreillons, trois à huit jours après le début, mais ils peuvent être plus précoces, se manifester en même temps que les symptômes locaux ou même, comme dans l'observation de Cayrel, précéder l'apparition de la fluxion parotidienne.

Le début est le plus souvent brusque; dans les cas où, après la courte période fébrile du début des oreillons, la température était revenue à la normale, on voit la fièvre réapparaître brusquement et atteindre 39 ou 40 degrés; la céphalalgie est extrêmement violente, continue; tous les symptômes classiques des méningites peuvent être observés : on note des vomissements, de la constipation, de la raideur de la nuque, de l'hyperesthésie cutanée; le signe de Kernig est positif, la raie méningitique apparaît nettement; les réflexes rotuliens sont quelquefois exagérés; la rétention d'urine a été signalée dans quelques cas. Le malade est agité ou plongé dans une prostration plus ou moins accentuée. L'examen peut révéler de l'inégalité pupillaire et une douleur légère à la pression des globes oculaires. Le pouls présente des modifications intéressantes : il existe, dans certains cas, une véritable bradycardie, le nombre des pulsations ne dépassant pas 50 à 60 pulsations à la minute (Dopter); souvent le pouls s'accélère en même temps que la fièvre apparaît; mais l'accélération est peu marquée, il existe une dissociation nette du pouls et de la température; avec une hyperthermie atteignant 39 ou 40 degrés, le nombre des pulsations par minute ne s'élève pas au-dessus de 80 à 90.

Enfin, dans presque tous les cas, la ponction lombaire révèle une lymphocytose rachidienne intense.

La régression des accidents est généralement rapide; leur durée ne dépasse pas cinq à six jours; cependant, on peut voir persister, pendant un temps plus ou moins long, une semaine environ, une céphalée peu intense, une légère raideur de la nuque.

La convalescence est brève; chez certains malades cependant on note de l'amaigrissement, de la pâleur, une sensation de faiblesse générale qui peuvent prolonger la convalescence (Hutinel, Dopter).

Syndromes méningés atténués. — Ils sont beaucoup plus fréquents que la forme précédente et très variables, tant par leur intensité que par les symptômes qui les constituent.

Ils peuvent marquer le début des oreillons ou précéder la tuméfaction parotidienne; dans ce cas, ils sont souvent masqués par les symptômes généraux initiaux de l'infection ourlienne. On peut noter une céphalalgie violente, quelques vomissements, une légère raideur de la nuque, un peu de prostration, le tout accompagné d'une élévation thermique assez prononcée. Ces symptômes sont généralement de peu de durée; au bout de vingt-quatre à quarante-

(1) La ponction lombaire, que j'ai pratiquée à l'hôpital Claude-Bernard sur 67 malades (1911-1912), m'a révélé, dans 31 cas, l'existence d'une réaction lymphocytaire.

huit-heures, la céphalée disparaît, les vomissements cessent, la température s'abaisse et l'affection poursuit son évolution normale.

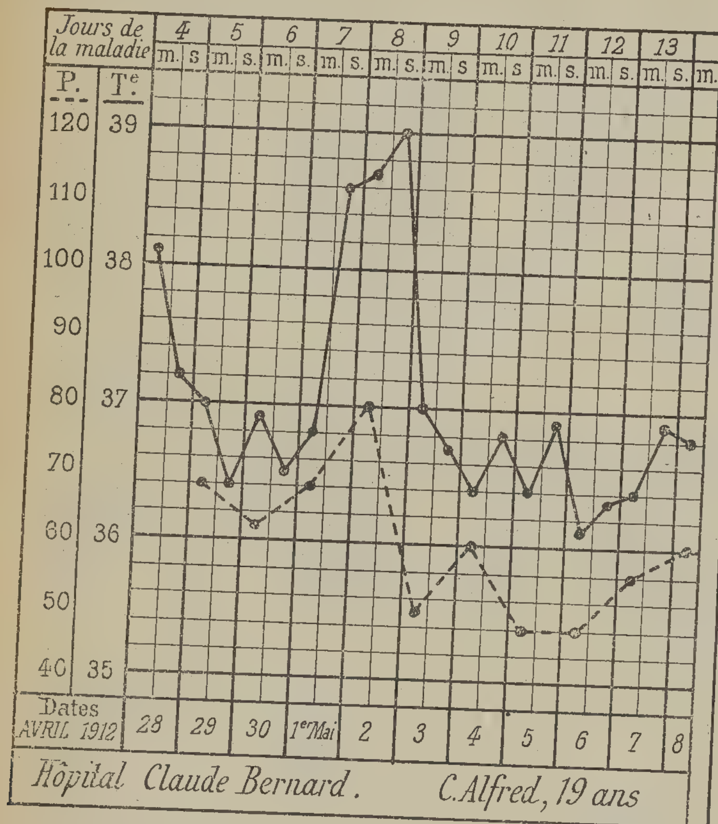


FIG. 2. — *Syndrome méningé ourlien* (hyperthermie, céphalée, vomissements, épistaxis, prostration, bradycardie).

Les mêmes accidents peuvent survenir à la période d'état; ils sont alors beaucoup plus caractéristiques. Ils s'accompagnent presque toujours d'une élévation brusque de la température qui atteint 38°5 à 39 degrés. La durée est également courte, la fièvre tombe aussi brusquement qu'elle était apparue; quelquefois la céphalée persiste pendant un temps variable.

Il existe enfin des réactions méningées qui ne sont révélées que par la bradycardie ou la lymphocytose rachidienne.

Je ne reviendrai pas sur les caractères de ces deux symptômes qui ont été étudiés plus haut; il importe néanmoins d'insister sur ce fait que, si le ralentissement du pouls et la lymphocytose rachidienne accompagnent fréquemment les autres signes de méningite, ils peuvent également se manifester indépendamment de tout autre symptôme; d'autre part ils peuvent manquer chez des malades ayant présenté un syndrome méningé nettement caractérisé.

EVOLUTION ET TERMINAISON DES MÉNINGITES OURLIENNES. — Les méningites ourliennes constituent le plus souvent des accidents sans gravité; leur durée est courte et leur terminaison presque constante est la guérison en quelques jours.

Cependant, des observations d'accidents nerveux graves et rapidement mortels furent publiés par Russel, Hamilton, Frenel, Astley Cooper, Malabouche, Niemeyer, Glénereau, Michalsky, Williamson, Haldeman, Catrin, Chéreau.

D'une façon générale l'évolution était extrêmement rapide; le malade était pris de convulsions, de délire, de paralysies et la mort survenait dans le coma. Gilliet signala un cas de mort subite survenue après deux pertes de connaissance. Mais, dans ces différents cas, l'origine des accidents n'a jamais été contrôlée par l'examen nécropsique. Il n'existe que deux observations où l'existence de lésions méningées fut constatée à l'autopsie. Maximovitch, chez un malade qui avait présenté, au cours d'oreillons apyrétiques, des frissons, de la céphalée, du délire nocturne, de la constipation, de la respiration à type de Cheyne-Stokes et du coma trouva à l'autopsie des lésions de méningite séreuse : la surface du cerveau était œdémateuse et violacée, les sillons comblés par un exsudat séro-fibrineux adhérent aux membranes et entourant les troncs nerveux à leur origine comme des fourreaux; le cervelet et la moelle étaient également hyperhémiés.

Dopter nota des altérations analogues chez un malade mort seize heures après le début des accidents méningés : « A l'autopsie, la convexité du cerveau était presque normale, la pie-mère était légèrement injectée, au niveau des sillons, les lymphatiques se dessinaient sous forme de traînées opalescentes, presque transparentes. Au niveau de la base, se voyait comme une sorte d'œdème gélatineux, tremblotant, peu accusé, adhérent au plexus choroïde et engainant les nerfs craniens à leur sortie du mésencéphale. Le cervelet était indemne (1). »

Ces deux autopsies malgré l'absence d'examen histologique sont assez démonstratives; elles constituent une preuve évidente de l'existence des méningites ourliennes et montrent que, dans des cas du reste exceptionnels, les accidents méningés ourliens peuvent affecter une gravité particulière et aboutir à la mort.

III

Pathogénie. — Le rôle de l'inflammation méningée dans la pathogénie des manifestations nerveuses ourliennes a été souvent contesté. Pour ce qui concerne les accidents bruyants et polymorphes qui constituent le syndrome nerveux préorchitique il est, en effet, difficile d'admettre, sans restrictions et dans tous les cas, l'hypothèse d'une lésion méningée inflammatoire liée à l'infection ourlienne. Il semble que les réserves faites par Laveran qui invoquait le rôle de l'alcoolisme, par Comby et Catrin qui rattachaient ces accidents à l'hystérie et à l'épilepsie, soient justifiées, tout au moins dans certains cas. Sous l'influence de telles causes, ne peut-on pas voir apparaître, au cours de toute maladie infectieuse, des symptômes nerveux graves?

Un des malades de Liégeois qui, au cours des oreillons, fut pris de coma avec paralysie de la face et des membres était un alcoolique avéré; un deuxième était un neurasthénique hypocondriaque ayant eu antérieurement une crise épileptiforme. La plupart des malades observés par Glénereau avaient présenté auparavant des accidents nerveux, convulsions, attaques épileptiformes.

(1) DOPTER. La méningite ourlienne, *Paris médical*, 1911, p. 38

D'autre part, les observations anciennes, par l'imprécision des données cliniques et des commémoratifs, par l'absence d'examen anatomique dans les cas mortels ne permettent pas, le plus souvent, d'établir avec certitude la nature et l'origine des symptômes observés. Il est possible du reste que leur pathogénie ne soit pas univoque. Peut-être certains accidents tels que paralysies, coma brusque, mort subite, relèvent-ils d'une lésion cérébrale de toute autre nature, une embolie cérébrale par exemple ainsi que le supposaient Grancher et Jaccoud.

Enfin l'observation de Catrin et Antony qui trouvèrent, dans un cas, des lésions de méningite tuberculeuse montre la possibilité d'une simple coïncidence.

L'origine méningée des syndromes nerveux observés si fréquemment depuis quelques années est, par contre, beaucoup moins douteuse, qu'ils reproduisent avec tous ses caractères le tableau clinique d'une méningite aiguë franche ou qu'ils ne se manifestent que par un minimum de signes, en particulier la bradycardie et la lymphocytose rachidienne. Ces deux symptômes, à peu près constants, constituent la preuve indiscutable de l'existence d'une réaction méningée ourlienne, inflammatoire.

La bradycardie ourlienne est une bradycardie nerveuse ; elle constitue un trouble du rythme cardiaque par irritation du pneumogastrique au niveau de la région basilaire.

Maurice Raynaud, notant après Lemoine et Lapasset, Edgecombe, Sharp, Neurath, la coexistence de la bradycardie et d'un syndrome douloureux épigastrique accompagné de troubles digestifs et d'hypertension artérielle, plaça ces symptômes sous la dépendance d'une pancréatite ourlienne atténuée qui serait à peu près constante. La bradycardie serait une manifestation d'un syndrome d'irritation du plexus solaire analogue au syndrome solaire d'excitation décrit par Laignel-Lavastine. La localisation pancréatique de l'infection ourlienne est-elle aussi fréquente que le soutient M. Raynaud ? Les chiffres à ce sujet sont assez contradictoires puisque Cuche l'a notée chez 20 malades sur 26, alors que Simonin ne la signale que dans 1,53 p. 100 des cas. Il semble néanmoins que les symptômes de pancréatite soient beaucoup moins fréquents que le ralentissement du pouls. Bradycardie et syndrome pancréatique peuvent évoluer simultanément, mais ils sont le plus souvent dissociés et il ne paraît pas y avoir entre eux de rapport de cause à effet. Il faut du reste remarquer que, parmi les vingt-six malades observés par M. Raynaud, cinq présentaient uniquement du ralentissement du pouls, sans aucun symptôme d'inflammation pancréatique.

P. Teissier et Schœffer avaient constaté combien, dans certains cas, les phénomènes traduisant l'irritation méningée étaient peu intenses et transitoires ; ils s'étaient demandé si « de simples fluxions méningées, des troubles de circulation basilaire par gêne circulatoire provoquée par les deux parotides œdématiées », ne pouvaient pas être le point de départ du ralentissement cardiaque. Mais, le plus souvent, il n'y a pas de parallélisme entre le volume de la tuméfaction parotidienne et le degré de la bradycardie ; le ralentissement du pouls persiste presque constamment après la disparition de la fluxion glandulaire.

En réalité, la bradycardie des méningites est beaucoup plus en rapport avec le siège des lésions qu'avec leur intensité. Dans la méningite cérébro-spinale à méningocoques, méningite de la convexité, la bradycardie est exceptionnelle ; on connaît, par contre, sa fréquence dans la méningite tuberculeuse qui se localise d'une façon élective à la région basilaire.

La lymphocytose rachidienne est également sous la dépendance d'une irritation méningée inflammatoire. Elle ne peut être considérée comme une manifestation de l'évolution normale des oreillons ; elle n'apparaît pas d'une façon constante ; une première ponction pratiquée dès le début de l'infection ourlienne peut être négative, quelques jours après la lymphocytose apparaît en même temps que l'on note de la céphalée ou d'autres symptômes cliniques de méningite (Chauffard et Boidin).

De même que la bradycardie, elle ne peut être rattachée à des phénomènes congestifs par stase circulatoire d'origine mécanique : une tuméfaction parotidienne minime ou unilatérale s'accompagne parfois d'une lymphocytose considérable ; inversement, le liquide céphalo-rachidien peut être normal chez des malades atteints d'une fluxion parotidienne intense. La lymphocytose peut manquer au début de l'affection, alors que la parotidite est à son maximum et se manifester ultérieurement. L'absence de leucocytose rachidienne dans les cas où les symptômes cliniques semblent indiquer nettement la complication méningée peut être due à ce que la ponction a été faite trop près du début. P. Teissier et Schœffer ont constaté que, « dans le petit nombre de cas où la répétition de la ponction lombaire a paru justifiée, la réaction seconde a été la plus marquée ». Enfin il est possible que, dans certains cas, la lésion méningée ne s'accompagne d'aucune réaction cytologique.

Il ressort de cette étude, toutes restrictions faites au sujet de divers accidents nerveux dont la pathogénie est discutable, que l'on peut observer très fréquemment au cours des oreillons l'existence de manifestations méningées, le plus souvent atténuées, quelquefois intenses et pouvant rappeler, ainsi que le remarque Dopter, l'aspect clinique d'une méningite cérébro-spinale. Elles traduisent l'existence de lésions méningées inflammatoires, généralement minimes et dont le siège d'élection est la région basilaire, lésions vraisemblablement déterminées par la localisation aux méninges de l'infection ourlienne.

Par quel mécanisme s'effectue cette localisation ? Deux hypothèses sont possibles : la méningite constitue une manifestation de la fièvre ourlienne, maladie infectieuse, septicémique, au même titre que d'autres complications, et en particulier l'orchite ; la coexistence fréquente de l'orchite et des accidents méningés constituerait un argument en faveur de

cette théorie. Ou bien, elle résulte de l'extension des phénomènes inflammatoires locaux qui précèdent la parotidite. C'est la théorie soutenue par Chauffard qui admet la propagation directe de l'infection ourlienne à la région basilaire par le pharynx et les gaines lymphatiques périvasculaires. Cette hypothèse permet d'expliquer la fréquence des réactions méningées au cours des oreillons; il est vraisemblable d'admettre que l'élément pathogène se localise primitivement à la région buccopharyngée, et de là gagne les glandes salivaires; l'angine, la stomatite, si fréquentes au début des oreillons, la tuméfaction de l'extrémité du canal de Warthon en sont le témoignage. Il est possible que cette inflammation bucco-pharyngée se propage aux méninges de la région basilaire par un processus analogue à celui qui a été invoqué par Netter pour la méningite cérébro-spinale.

Ces complications méningées des oreillons, malgré leur fréquence, ne semblent pas assombrir notablement le pronostic de la maladie; elles sont d'une bénignité remarquable et leur terminaison fatale est exceptionnelle. Cependant il n'est pas illogique d'établir quelques réserves au sujet de leur pronostic éloigné et de se demander avec Chauffard si elles ne peuvent pas déterminer « une vulnérabilité particulière de l'axe cérébro-spinal pouvant se traduire par des accidents ultérieurs. »

BIBLIOGRAPHIE

APERT. *Soc. de pédiatrie*, 1908.
ASTLEY COOPER. *Œuvres chirurgicales*, trad. par Chassaignac et Richelot, 1835, p. 356.
BENHAM. Oreillons avec signes cérébraux et température élevée, *The Lancet*, janv. 1897.
BEHR. *Hofeland's Journ.*, t. LXI, 1.
BLANCHARD. *Bull. méd.*, 1899.
BOAS. *Klin. Monat.*, 1886.
CATRIN. Oreillons et complications, *Gaz. des hôpit.*, 1895, nos 75 et 78.
CHAUFFARD. Complications nerveuses des oreillons, *Journ. de méd. interne*, 1907, p. 193 et 206.
CHAUFFARD et BOIDIN. Deux cas de méningite lymphocytique dans les oreillons, *Soc. méd. des hôpit.*, 25 mars 1904.
CHÉREAU. *Année médicale de Caen*, 1907.
COMBY. *Les Oreillons*, Bibl. Charcot-Debove.
COURAUD et PETGES. *Arch. de méd. milit.*, 1900.
DAIREAUX. *Bull. méd.*, 9 mars 1899.
DOPTER. *Soc. méd. des hôpit.*, 25 mars, 29 juillet 1904, 17 fév. 1905; — Méningite lymphocytique ourlienne avec atteinte du trijumeau et zona d'une de ses branches, *Progrès méd.*, 1908, p. 101; — La méningite ourlienne, *Paris méd.*, 1911, p. 35.
DOR. *Lyon méd.*, 15 avril 1900.
DOUDNEY. *The Lancet*, 29 nov. 1890.
EICHHORST. *Ziemmsen's Handbuch*, 1883.
FERRAND. Un cas d'oreillons compliqués, *Soc. méd. des hôpit.*, mars 1895.
FRENEL. Th. de Strasbourg, 1812.
GAILHARD. Th. de Montpellier, 1877.
GALLAVARDIN. Complications nerveuses des oreillons, *Gaz. des hôpit.*, 1898, n° 144.
GILLIET. Mort subite dans un cas d'oreillons, *Gaz. des hôpit.*, 1873.
GLÉNEREAU. Sur une épidémie d'oreillons compliquée d'accidents cérébraux, *Bull. de thérap.*, 1884, p. 666.
HAILLOT. *De l'Oreillon et de ses complications*, Th. de Paris, 1876.
HALDEMAN. *Jour of amer. med. Assoc.*, 14 mai 1887.
HAMILTON. *London med. Journ.*, t. IX.
HERBER. *Contribution à l'étude des paralysies ourliennes*, Th. de Paris, 1899.
HUDELO. Oreillons, *Nouveau Traité de méd. et de thérap.*, fasc. 9.
HUTINEL. *Bull. méd.*, 29 oct. 1910.
HUTINEL et DARRÉ. Oreillons, *Les Maladies des enfants*, t. I.
JANSON-ZUÈDE. *Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liége*, mai 1884.
LAMOUROUX. *Contribution à l'étude du méningisme*, Th. de Paris, 1902.
LANNOIS et LEMOINE. Des manifestations méningitiques des oreillons, *Arch. de neurol.*, 1886, n° 1.
LAVERAN. Oreillons, *Dict. encycl. des sc. méd.*
LEMARCHAND. Th. de Paris, 1875.
LIÉGEOIS. Contribution à l'étude des complications cérébrales et méningées des oreillons, *Progrès méd.*, 3 oct. 1891.
LONGUET. Complications des oreillons, *Union méd.*, 1885, p. 673, 725.
LYNCH. *The Dublin quart. Journ. of med. Sc.*, 1856, p. 290.
MALABOUCHE. Th. de Paris, 1867.
MANDONNET. *Centre médical*, janv. 1903.
MAXIMOVITCH. *Saint-Petersburg med. Woch.*, 1880, p. 185.
MICHALSKY. *Union méd.*, 1885, p. 316.
MONOD. *Réactions méningées chez les enfants*, Th. de Paris, 1902.
MONRO. Observation publiée par Healy, *The Lancet*, 1883, t. II, p. 280.
NIEMEYER. *Traité de pathologie interne.*
NOBÉCOURT et BRELET. Méningite ourlienne avec lymphocytose céphalo-rachidienne, *Soc. de pédiatrie*, 1905.
QUERMONNE. Considérations cliniques sur une épidémie d'oreillons, *Année médicale de Caen*, 1907, p. 112.
RAYNAUD (M.). Fréquence des réactions pancréatiques au cours de l'infection ourlienne, *Livre jubilaire du Professeur J. Teissier*, 1910.
RÉVILLIOD. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1906.
ROUX (G.-C.). *La Bradycardie dans les oreillons*, Th. de Paris, 1913.
RUSSEL. *Œconom. nat. in morbis acut.*, Londres 1755.
SERVIER. *Recueil de mém. de méd. milit.*, 1878, p. 529.
SICARD. *Soc. méd. des hôpit.*, 17 fév. 1905.
SOREL. *Arch. de méd. milit.*, déc. 1883.
TALON. *Arch. de méd. milit.*, 1883.
TEISSIER (P.) et SCHŒFFER. Bradycardie et réactions méningées dans les oreillons, *Congrès français de méd.*, Paris, oct. 1910.
TROUSSEAU. *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, t. I, p. 253; — *Arch. gén. de méd.*, 1854.
VENNOT. *Arch. de méd. milit.*, fév. 1908.
WILLIAMSON. *The Lancet*, 1886, p. 487.

COMMENT AGIT
LA MÉDICATION BILE-PANCRÉATINE-SOUFRE ?

Par L. ALQUIER.

Dans une courte étude parue l'an dernier ici même(1), j'exposais brièvement les bons effets de cette formule chez les dyspeptiques à digestion gastro-intestinale paresseuse. Tout se passe, écrivais-je, comme si l'évacuation gastro-intestinale était accélérée par augmentation de la motricité. La médication, employée d'abord chez les hyposthéniques, me donna les mêmes bons résultats, chez les hypersthéniques (dyspepsies acides et spasmes intestinaux), lorsque apparaissait chez ces malades la lenteur des digestions avec atonie, fermentations et petits troubles hépatiques.

Une série d'expériences fut alors instituée avec

(1) *Gaz. des hôpit.*, 8 mai 1913, p. 841-843.

la collaboration précieuse de mon ami le docteur Beaujard, qui me permettra de le remercier ici de son extrême obligeance. Nous avons comparé, chez des sujets sains et sur d'autres présentant divers types de dyspepsie, la traversée gastro-intestinale d'un repas bismuthé, toujours le même, étudiée par la radioscopie dans des conditions aussi identiques que possible. L'épreuve était faite une première fois sur le sujet non soumis au traitement. Nous avons ensuite essayé de reproduire la même expérience à quelques jours d'intervalle, mais, cette fois, en donnant une pilule de bile-pancréatine-soufre, après le repas bismuthé. Devant l'incertitude des résultats ainsi enregistrés, nous avons tenté d'obtenir mieux, en répétant l'expérience après trois semaines de traitement ininterrompu. Il nous apparut alors que la durée de la traversée gastro-intestinale pouvait ou bien ne pas varier d'une façon appréciable dans les conditions où nous étions placés, ou bien présenter des variations de sens opposé chez des malades qui se disaient soulagés.

Ces résultats déconcertants furent bientôt suivis de constatations cliniques des plus intéressantes, dont voici le très bref résumé.

Les crises d'hyperchlorhydrie les plus franches, à leur début tout au moins, et les symptômes de même ordre, tels les fringales et les spasmes gastro-intestinaux sont favorablement influencés par ce traitement. Plusieurs grands hyperchlorhydriques reconnus tels par l'analyse chimique (notamment une femme atteinte de lithiase biliaire présentant de grandes crises à caractères d'hyperchlorhydrie des plus nettes et chez laquelle la radioscopie permit de soupçonner l'existence de périgastrite étendue, avec perméabilité suffisante du pylore) affirment être arrivés à arrêter par ce moyen des crises commençantes.

Chez les sujets mangeant trop rapidement et avec mastication insuffisante, la dyspepsie est grandement améliorée par ce traitement.

Un certain nombre de personnes, saines ou, tout au moins, non dyspeptiques habituellement, ont pu, à diverses reprises, après ingestion préventive d'une ou deux pilules, affronter impunément un repas trop copieux, ou encore, les malaises déterminés par celui-ci étaient nettement améliorés par l'ingestion d'une ou deux pilules, prises dès l'apparition des malaises.

Mais j'ai surtout été frappé des résultats constatés dans les dyspepsies nerveuses, et particulièrement, dans deux ordres de circonstances bien différentes.

Chez ceux qui, suivant l'expression vulgaire, mais si exacte, « se font de la bile », la dyspepsie nerveuse bien connue est très améliorée par ce traitement, et même arrêtée, si on intervient dès le début, avant que les troubles n'aient eu le temps d'arriver à leur complète expression.

Chez les basedowiens, ou les sujets atteints de basedowisme fruste ou névrose vaso-motrice (vagotonie de Eppinger et Hess, irritabilité de l'innervation végétative de Falka), on observe des troubles dyspeptiques déconcertants par leur caractère désordonné, véritablement anarchique. Sans transition, on voit se succéder chez eux les phénomènes les plus opposés de la pathologie gastro-intestinale : un jour, boulimie, et une énorme quantité d'aliments parfois très indigestes est parfaitement tolérée ; à quelques jours de là, en pleine santé apparente, l'estomac, disent-ils, « se ferme », et l'alimentation la plus légère est mal supportée. On trouve, à quelques jours, parfois à quelques heures d'intervalle, tantôt du spasme, tantôt de l'atonie de l'estomac et de l'intestin, ou bien de l'un des deux seulement, ou encore, spasme de l'un, atonie de l'autre, ou enfin, intestin ici pneumatosé, gargouillant, plus loin spasmodique, rétracté en corde dure et douloureuse. La diarrhée aqueuse (véritable sueur intestinale, comme on l'a appelée) et la constipation opiniâtre se succèdent brusquement, sans explication plausible ; les variations quotidiennes des symptômes, en qualité et en quantité, dépassent de beaucoup ce qu'on peut voir dans les autres catégories de dyspepsies. Il s'agit, à n'en pas douter, d'un véritable dérèglement de l'innervation végétative, avec prédominance des symptômes d'excitation sur les signes de dépression. J'ai étudié une quarantaine de cas de basedowisme, et d'autres faits où ces troubles étaient apparus à l'occasion des diverses étapes de la vie génitale chez la femme, ou après la castration (voir Alquier, *Revue neurologique*, 30 juin 1913 et avril ou mai 1914). Toutes les fois que la dyspepsie l'a rendu nécessaire, j'ai employé la formule bile-pancréatine-soufre avec un succès remarquable, alors qu'en pareil cas les traitements usuels les mieux ordonnés risquent de tomber à faux, étant donnée l'extrême variabilité des troubles qu'il s'agit d'apaiser. La meilleure manière d'appliquer le traitement me paraît être de prescrire une pilule toutes les fois que survient un malaise abdominal sans s'inquiéter de sa nature ni de la quantité de médicament prise par jour. On peut ainsi, obtenir, en quelques jours, des améliorations inespérées.

Tout ceci semble bien indiquer que le traitement agit par l'intermédiaire du système nerveux. Comment, en effet, comprendre autrement qu'un même remède puisse agir en des circonstances aussi diverses, voire même parfois si opposées ? Et des considérations d'un autre ordre viennent corroborer cette manière de voir.

Que doit renfermer chaque dose pour être efficace ? Quelques centigrammes de chacun des trois éléments constitue la dose optima ; on n'augmente pas, en général, l'efficacité en la dépassant. Il ne saurait donc être question d'une médication substitutive de l'insuffisance bilio-pancréatique. D'ailleurs cette formule, appliquée à l'insuffisance biliaire bien caractérisée, ne donne pas grand résultat. Ceux, qui ont cherché à réaliser l'opothérapie substitutive bilio-duodénale, se sont efforcés de réaliser un enrobage insoluble dans l'estomac, et soluble dans le duodénum. Ici, au contraire, cet enrobage serait nuisible, et si je me suis arrêté de préférence, à la forme dragée, facilement soluble, après avoir rejeté le cachet, c'est tout simplement afin de conserver au noyau pilulaire sa mollesse et de

soustraire la bile aux oxydations possibles. (Qu'on me permette de remercier ici mon ami M. Lafarge, de la compétence et de l'amabilité, avec lesquelles il a bien voulu m'aider à mettre au point cette question de détail, si importante cependant.)

Remarquons enfin que le médicament agit pendant que les aliments sont dans l'estomac; on doit le prendre au milieu ou à la fin des repas, ou bien dès qu'apparaît un malaise; dans ces conditions, la sensation de plénitude gastrique disparaît rapidement, avec quelques gargouillements, semblant bien indiquer l'activation de l'évacuation gastrique; je l'ai nettement observé sur moi-même, et plusieurs confrères, non prévenus, m'ont dit avoir éprouvé le même effet.

N'avais-je donc pas raison d'invoquer, dans ma précédente étude, les expériences de Boldyrev, montrant que, pendant la digestion gastrique, s'effectuent de petits reflux du contenu duodénal vers l'estomac, et que, du contrôle pylorique, pour employer l'expression chère aux physiologistes, émane toute une série de réflexes régulateurs de la digestion gastro-intestinale?

Cette séduisante hypothèse expliquerait admirablement tout ce qui précède; elle seule permet de comprendre comment agit la médication bile-pancréatine-soufre.

DOCUMENTS OFFICIELS

ARRÊTÉ RELATIF A L'ORGANISATION DU CONCOURS D'AGRÉGATION DANS LES FACULTÉS DE MÉDECINE ET DANS LES FACULTÉS MIXTES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Le président du conseil, ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

Vu le statut du 16 novembre 1874 sur l'agrégation des facultés;

Vu l'arrêté du 21 juillet 1909 modifiant transitoirement certaines dispositions du statut du 16 novembre 1874 relatives à l'agrégation des facultés de médecine;

Vu les arrêtés des 17 février et 25 mars 1910 et du 20 juillet 1912;

Vu l'arrêté du 18 juillet 1913;

Vu l'avis de la commission supérieure de l'enseignement médical;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Vu la loi du 27 février 1880,

Arrête :

TITRE I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE PREMIER. — L'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie se subdivise en vingt et une sections, savoir :

1. Pathologie et clinique médicales, pédiatrie, neurologie et thérapeutique.
2. Dermatologie et syphiligraphie.
3. Anatomie pathologique.
4. Hygiène.
5. Pathologie expérimentale et comparée.
6. Bactériologie.
7. Psychiatrie.
8. Médecine légale.
9. Chirurgie générale et pédiatrie chirurgicale.
10. Chirurgie des voies urinaires.
11. Gynécologie.
12. Obstétrique.
13. Ophtalmologie.
14. Oto-rhino-laryngologie.
15. Anatomie, embryologie.
16. Histologie, embryologie.
17. Parasitologie et histoire naturelle médicale.
18. Physiologie et pharmacologie.
19. Physique médicale.
20. Chimie médicale.
21. Pharmacie et matière médicale.

ART. 2. — Les épreuves qui déterminent la nomination des agrégés des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie sont réparties en deux séries indépendantes : épreuves du premier degré et épreuves du second degré.

Ces deux séries d'épreuves sont subies devant deux jurys distincts, sauf l'exception prévue par l'article 18 pour la section 21.

ART. 3. — Le ministre arrête, d'après les besoins des établissements d'enseignement supérieur médical de l'Etat, sur la proposition des facultés et après avis du comité consultatif de l'enseignement public (première section), le nombre des places d'agrégé qui seront mises au concours pour chaque section.

ART. 4. — Nul n'est admis à s'inscrire s'il n'est Français ou naturalisé Français et s'il ne justifie du grade de docteur en médecine.

Pour l'agrégation de pharmacie et matière médicale, les candidats doivent justifier soit du titre de pharmacien et du grade de docteur en médecine, soit du diplôme supérieur de pharmacien, soit du titre de pharmacien et du grade de docteur ès sciences physiques ou naturelles.

ART. 5. — La date et le siège des épreuves du premier degré et des concours pour les épreuves du deuxième degré sont fixés par le ministre.

Les registres d'inscription sont ouverts dans les secrétariats des académies quatre mois avant la date fixée pour les épreuves. Ils restent ouverts pendant deux mois.

En s'inscrivant, chaque candidat désigne, au premier degré, le groupe pour lequel il s'inscrit; au deuxième degré, la section ou les sections et la faculté ou les facultés pour lesquelles il se présente, réserve faite des dispositions de l'article 24.

TITRE II

DES ÉPREUVES DU PREMIER DEGRÉ

ART. 6. — Les épreuves du premier degré comportent quatre groupes :

1° Sciences anatomiques, physiologiques, physiques, chimiques, naturelles;

2° Sciences médicales;

3° Sciences chirurgicales et obstétricales;

4° Sciences pharmaceutiques (pharmacie et matière médicale).

ART. 7. — Les épreuves du premier degré, correspondant au premier, au second et au troisième groupes, sont une épreuve écrite et une épreuve orale.

ART. 8. — L'épreuve écrite porte sur une question de sciences anatomiques et une question de sciences physiologiques.

Les sujets de cette épreuve sont choisis par le jury. L'enveloppe qui les contient ne doit être ouverte qu'au début de la composition, en présence des candidats.

La durée de cette épreuve est de quatre heures; elle a lieu dans une salle fermée. Les candidats ne peuvent s'aider d'aucune note, d'aucun ouvrage imprimé ou manuscrit. Toute communication entre les candidats est interdite. Chaque candidat, après avoir signé sa composition sur un en-tête détachable, la remet à un représentant de l'administration chargé de la surveillance, lequel y appose son visa.

Les copies sont transmises au directeur de l'enseignement supérieur qui fait retirer l'en-tête détachable après l'avoir numéroté et avoir reporté le numéro sur la copie.

Les compositions sont ensuite remises au jury qui les lit en comité secret.

ART. 9. — L'épreuve orale porte sur la pathologie générale.

Trois heures sont accordées à chaque candidat pour la préparation, en salle fermée, sans notes et sans ouvrages imprimés ou manuscrits, de l'exposé oral, qui durera trois quarts d'heure au maximum.

Tous les sujets proposés pour cette épreuve sont choisis par le jury avant le commencement de la série des exposés oraux.

ART. 10. — Les épreuves du premier degré, correspondant au quatrième groupe sciences pharmaceutiques (pharmacie et matière médicale), consistent en une composition écrite, d'une durée de quatre heures, dans les conditions prévues à l'article 8, sur une question générale de pharmacie et de matière médicale.

ART. 11. — Les épreuves du premier degré donnent accès, pour les épreuves du second degré :

Premier groupe : aux sections 15 à 20.

Deuxième groupe : aux sections 1 à 8 et 13 et 14.

Troisième groupe : aux sections 9 à 14 (1).

Quatrième groupe : à la section 21.

Elles sont subies devant un jury de sept juges, composé ainsi qu'il suit :

Premier groupe (sciences anatomiques, physiologiques, physiques, chimiques, naturelles). — Un professeur d'anatomie; un professeur d'histologie; un professeur de physiologie; un professeur de pathologie générale ou de pathologie expérimentale ou de bactériologie; un professeur de clinique médicale ou de pathologie interne; un professeur de clinique chirurgicale ou de pathologie externe; un membre ou associé national de l'Académie de médecine.

Deuxième groupe (sciences médicales). — Un professeur d'histologie; un professeur de physiologie; un professeur de pathologie expérimentale, de bactériologie ou d'hygiène; un professeur de pathologie générale; un professeur d'anatomie pathologique; un professeur de clinique médicale ou de pathologie interne; un membre ou associé national de l'Académie de médecine.

Troisième groupe (sciences chirurgicales et obstétricales). — Un professeur d'anatomie; un professeur de physiologie; un professeur de pathologie générale, de pathologie expérimentale ou de bactériologie; deux professeurs de clinique chirurgicale, de médecine opératoire ou de pathologie externe; un professeur d'obstétrique; un membre ou associé national de l'Académie de médecine.

Quatrième groupe (sciences pharmaceutiques [pharmacie et matière médicale]). — Deux professeurs de pharmacie; un professeur de matière médicale; un professeur d'histoire naturelle, de botanique ou de zoologie; un professeur de chimie; un professeur de physique; un membre ou associé national de l'Académie de médecine.

ART. 12. — Tout candidat qui aura obtenu une moyenne de points de 15 sur 20 sur l'ensemble des épreuves du premier degré pourra, pendant quatre concours successifs, se présenter aux épreuves du second degré.

Il ne sera délivré ni diplôme ni certificat correspondant aux épreuves du premier degré.

TITRE III

DES ÉPREUVES DU SECOND DEGRÉ

ART. 13. — Les épreuves du second degré comprennent :

1° Un exposé des titres;

2° Une leçon orale de trois quarts d'heure, après trois heures de préparation, sans l'aide d'aucun document, écrit ou imprimé;

3° Une leçon d'une heure après quarante-huit heures de préparation;

4° Une épreuve clinique (pour certaines sections);

5° Une épreuve pratique spécialisée.

(1) On remarquera que les épreuves de premier degré du deuxième groupe (sciences médicales) et celles du troisième groupe (sciences chirurgicales et obstétricales) donnent, les unes et les autres, accès aux sections 13 (ophtalmologie) et 14 (oto-rhino-laryngologie).

ART. 14. — L'épreuve des titres consiste en un exposé public fait par le candidat de ses travaux personnels; la durée de cet exposé ne doit pas dépasser une demi-heure.

En s'inscrivant, chaque candidat doit déposer la liste de ses titres et travaux scientifiques et un exemplaire de chacune de ses publications.

ART. 15. — La leçon orale d'une heure est faite, après quarante-huit heures de préparation libre, sur une question se rattachant à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat concourt.

ART. 16. — Pour les sections 1 et 2 et pour les sections 7 à 14, la quatrième épreuve du second degré est une épreuve clinique : deux heures sont accordées au candidat pour l'examen du malade et les examens de laboratoire; le candidat fait ensuite une leçon d'une demi-heure.

Pour l'épreuve clinique de la section 12 (obstétrique), les candidats auront à examiner deux patientes.

Pour la section 3 (anatomie pathologique), la quatrième épreuve consiste en une autopsie, suivie d'un exposé oral d'une demi-heure.

ART. 17. — La dernière épreuve est une épreuve pratique spécialisée, suivie d'un exposé oral :

Pour les sections 1 à 8 : épreuve de laboratoire sur un sujet se rattachant à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat concourt.

Pour les sections 9 à 11 : *a.* médecine opératoire ; *b.* épreuve de laboratoire comme au paragraphe précédent.

Pour les sections 12 à 17 : épreuve pratique spéciale.

Pour la section 18 : *a.* physiologie; *b.* chimie et physique.

Pour les sections 19 et 20 : *a.* épreuve spéciale ; *b.* physiologie afférente à la spécialité.

Pour la section 21 : *a.* épreuve pratique de pharmacie; *b.* épreuve pratique de matière médicale.

Ces deux épreuves comportant une reconnaissance de produits de pharmacie et de matière médicale.

Dans les sections où l'épreuve pratique spécialisée est subdivisée, le jury peut attribuer à chaque partie une note spéciale, mais à la condition que la somme des deux notes ne dépasse pas le total de 30 points.

ART. 18. — Les jurys des diverses sections sont constitués ainsi qu'il suit :

Sections 1 et 2 (jury commun). — Neuf juges : trois professeurs de clinique médicale; un professeur de pathologie interne; un professeur de pathologie générale, de pathologie expérimentale, d'hygiène, d'anatomie pathologique ou de bactériologie; un professeur de thérapeutique; un professeur de dermatologie et syphiligraphie ou des maladies cutanées et syphilitiques; un professeur de pédiatrie, de neurologie ou des maladies mentales; un membre ou associé national de l'Académie de médecine.

Section 3. — Cinq juges : deux professeurs d'anatomie pathologique; un professeur de clinique médicale; un professeur de clinique chirurgicale; un membre ou associé national de l'Académie de médecine.

Sections 4, 5 et 6 (jury commun). — Sept juges : deux professeurs d'hygiène; deux professeurs de médecine expérimentale, de pathologie expérimentale ou de pathologie expérimentale et comparée; deux professeurs de bactériologie, de microbiologie, d'histoire naturelle des parasites, de zoologie médicale et pharmaceutique ou de pathologie générale; un membre ou associé national de l'Académie de médecine.

Section 7. — Cinq juges : deux professeurs de psychiatrie, des maladies mentales, des maladies nerveuses et mentales, de clinique des maladies du système nerveux ou de clinique des maladies mentales; un professeur de clinique médicale ou de neurologie; un professeur de médecine légale; un membre ou associé national de l'Académie de médecine.

Section 8. — Sept juges : deux professeurs de médecine légale; un professeur de psychiatrie, des maladies mentales, des maladies nerveuses et mentales, de clinique des maladies du système nerveux, ou de clinique des maladies mentales; un professeur de clinique médicale, de clinique chirurgicale ou de clinique obstétricale; un professeur de chimie ou de chimie médicale; un professeur d'anatomie pathologique; un membre ou associé national de l'Académie de médecine.

Section 9. — Neuf juges : cinq professeurs de clinique chirurgicale ; un professeur de pathologie externe ou de médecine opératoire ; un professeur d'anatomie pathologique ; un professeur de pédiatrie chirurgicale ou de clinique chirurgicale infantile ; un membre ou associé national de l'Académie de médecine.

Section 10. — Cinq juges : deux professeurs de chirurgie des voies urinaires ou de clinique des maladies des voies urinaires ; un professeur de pathologie externe, de médecine opératoire ou de clinique chirurgicale ; un professeur de clinique médicale ; un membre ou associé national de l'Académie de médecine.

Section 11. — Cinq juges : deux professeurs de gynécologie ou de clinique gynécologique ; un professeur d'obstétrique ou de clinique obstétricale ; un professeur de clinique chirurgicale, de pathologie externe ou de médecine opératoire ; un membre ou associé national de l'Académie de médecine.

Section 12. — Sept juges : quatre professeurs d'obstétrique ou de clinique obstétricale ; un professeur de clinique chirurgicale, de gynécologie ou de clinique gynécologique ; un professeur de clinique médicale ; un membre ou associé national de l'Académie de médecine.

Section 13. — Cinq juges : trois professeurs d'ophtalmologie ; un professeur de physique ou de physique médicale ; un membre ou associé national (médecin ou chirurgien) de l'Académie de médecine.

Section 14. — Cinq juges : deux professeurs d'oto-rhino-laryngologie ; un professeur de clinique médicale ou des maladies du système nerveux ; un professeur de clinique chirurgicale ; un membre ou associé national de l'Académie de médecine.

Section 15. — Cinq juges : trois professeurs d'anatomie ; un professeur d'histologie ou d'anatomie générale et histologie ; un membre ou associé national de l'Académie de médecine.

Section 16. — Cinq juges : trois professeurs d'histologie ou d'anatomie générale et histologie ; un professeur de physiologie ; un membre ou associé national de l'Académie de médecine.

Section 17. — Cinq juges : trois professeurs de parasitologie, d'histoire naturelle des parasites, d'histoire naturelle ou de matière médicale ; un professeur de pathologie générale, de pathologie exotique ou d'hygiène ; un membre ou associé national de l'Académie de médecine.

Section 18. — Sept juges : trois professeurs de physiologie ; un professeur de physique ou de physique médicale ; un professeur de chimie ou de chimie médicale ; un professeur de pharmacologie, de pharmacie ou de matière médicale ; un membre ou associé national de l'Académie de médecine.

Section 19. — Cinq juges : trois professeurs de physique ou de physique médicale ; un professeur de physiologie ; un membre ou associé national de l'Académie de médecine.

Section 20. — Cinq juges : trois professeurs de chimie ou de chimie médicale ; un professeur de physiologie ; un membre ou associé national de l'Académie de médecine.

Section 21. — Même jury que celui du quatrième groupe des épreuves du premier degré.

TITRE IV

DISPOSITIONS COMMUNES AUX DEUX ORDRES D'ÉPREUVES

ART. 19. — Les juges des concours d'agrégation sont tirés au sort parmi les professeurs titulaires et les professeurs adjoints des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, suivant les dispositions qui sont déterminées par l'arrêté du 25 mars 1910.

Pour l'agrégation de pharmacie et matière médicale, les juges sont tirés au sort sur une liste comprenant les professeurs de pharmacie, de matière médicale, de chimie, de physique, d'histoire naturelle, de botanique et de zoologie dans les facultés mixtes de médecine et de pharmacie et dans les écoles supérieures de pharmacie.

Tout professeur titulaire ou tout professeur adjoint des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie qui n'est pas désigné par le titre de son enseignement pour faire partie des jurys des concours d'agrégation des facultés de médecine peut être appelé à siéger dans les jurys où l'ordre d'agrégation auquel il appartient se trouve représenté.

ART. 20. — Chaque jury comprend un membre titulaire ou associé national de l'Académie de médecine tiré au sort, pour chaque jury, sur une liste de cinq membres présentée, pour chaque section, par l'Académie de médecine.

ART. 21. — Le nombre des juges pour chaque concours est de cinq, sept ou neuf suivant les dispositions des articles 11 et 18 du présent arrêté.

Dans les jurys de cinq ou de sept, la Faculté de médecine de l'Université de Paris est obligatoirement représentée par un juge ; dans les jurys de neuf, elle est obligatoirement représentée par deux juges.

Aucune faculté de médecine des départements ne peut être représentée dans un jury par plus d'un juge.

ART. 22. — Les dispositions de l'article 21 ne s'appliquent pas aux membres titulaires ou associés nationaux de l'Académie de médecine qui, appartenant à une faculté de médecine, ont été désignés par le sort pour faire partie d'un jury.

Elles ne s'appliquent pas non plus dans le cas où un ou plusieurs juges titulaires étant récusés ou empêchés, il y a lieu, lors de la première séance, de les remplacer par un ou plusieurs juges suppléants.

ART. 23. — Les juges suppléants sont tirés au sort dans les mêmes conditions et en même nombre que les juges titulaires parmi les agrégés ayant au moins cinq ans d'exercice.

Toutefois, quand il y a lieu de remplacer par un juge suppléant un juge titulaire récusé ou empêché, le juge suppléant ne peut être choisi que dans l'ordre d'enseignement professé par le juge titulaire.

ART. 24. — Les juges d'un concours précédent ne peuvent siéger dans le concours suivant de la même section qu'après épuisement de la liste et un juge ne peut siéger simultanément dans deux jurys qu'après épuisement de la liste. Les juges d'un concours pour les épreuves du premier degré peuvent siéger dans le concours pour les épreuves du second degré suivant immédiatement.

ART. 25. — Les jugements des jurys peuvent être valablement rendus : par trois membres, quand ils sont composés de cinq juges ; par quatre, quand ils sont composés de sept ; par cinq, quand ils sont composés de neuf.

ART. 26. — Le président du jury est nommé par le ministre parmi les juges désignés par le sort.

La direction et la police du concours lui appartiennent. Il désigne, de concert avec les membres du jury, les sujets de composition, de leçons et d'épreuves pratiques destinés à être tirés au sort par les candidats.

ART. 27. — Chacune des épreuves du premier degré et des épreuves du second degré est cotée par le jury, après délibération consignée au procès-verbal sous peine de nullité, de 0 à 30.

A la fin de chaque séance, les notes attribuées aux candidats qui ont subi des épreuves dans cette séance sont publiées par voie d'affiche.

ART. 28. — La liste, arrêtée par le jury, est soumise à la ratification du ministre. Elle est dressée, pour chaque faculté, par ordre de mérite.

Elle ne peut comprendre plus de noms qu'il n'y a de places mises au concours ; mais elle peut en comprendre moins si le résultat des épreuves est jugé insuffisant par le jury.

ART. 29. — Il est dressé une liste unique pour toutes les facultés dans les sections suivantes : anatomie pathologique (3), hygiène (4), pathologie expérimentale et comparée (5), bactériologie (6), médecine légale (8), anatomie (15), histologie (16), parasitologie et histoire naturelle médicale (17), physiologie et pharmacologie (18), physique médicale (19), chimie médicale (20) et pharmacie et matière médicale (21).

Les agrégés, portés sur cette liste unique, choisissent, suivant leur rang d'admission, la faculté à laquelle ils seront attachés, parmi celles où des places de leur section ont été mises au concours.

TITRE V

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

ART. 30. — A défaut de professeurs titulaires d'oto-rhino-laryngologie ou de professeurs adjoints chargés d'un cours d'oto-rhino-laryngologie, le jury de la section 14 sera, à titre de mesure transitoire, désigné par voie de tirage au sort, parmi les professeurs désignés pour faire partie du jury des sections 1 et 9.

A défaut d'agrégés appartenant aux sections nouvelles prévues par l'article premier du présent arrêté, et par mesure transitoire, le comite consultatif dressera pour chaque concours la liste des agrégés en exercice ayant cinq ans de fonctions et des agrégés libres rappelés à l'exercice qui pourront être désignés comme suppléants.

Quand cette liste aura été approuvée par le ministre, il sera procédé au tirage au sort conformément aux dispositions de l'arrêté du 25 mars 1910.

ART. 31. — Les candidats à l'agrégation déclarés admissibles dans les concours antérieurs au 1er décembre 1913 sont dispensés, pour trois concours successifs, des épreuves du premier degré prévues au titre II du présent arrêté.

Toutefois, les candidats déclarés admissibles antérieurement à cette date, dans les sections où il n'est pas dressé de liste unique d'agrégés, ne pourront bénéficier de la disposition précédente que pour les places qui seront mises ultérieurement au concours dans les facultés pour lesquelles ils ont été déclarés admissibles.

ART. 32. — Sont abrogées toutes les dispositions des arrêtés antérieurs qui sont contraires à celles du présent arrêté.

Fait à Paris, le 1er mars 1914.

RENÉ VIVIANI.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'APEPSIE

Chez les apeptiques, le képhir rend les plus grands services en excitant d'une façon très active la sécrétion gastrique.

On donne un verre de « Képhir Salières », toutes les deux heures, dans les embarras gastriques longs à guérir et chez les cancéreux devenus très anorexiques.

COURS ET CONFÉRENCES

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — *Médecine générale.* — Docteur Ed. ENRIQUEZ (hôpital de la Pitié). — Les mardis et samedis matin, à neuf heures et demie, visite dans les salles et examen des malades (hommes, femmes) entrant dans le service (maladies générales).

Maladies de l'appareil digestif et de la nutrition, les lundis, mercredis, vendredis, à neuf heures et demie, examens radioscopiques des malades du service et de la consultation. Les mardis, jeudis, samedis, à dix heures. Consultation spéciale.

Docteur A. FLORAND (hôpital Lariboisière, salles Rabelais et Aran). — Tous les matins, visite et examen des malades à neuf heures et demie; tous les jeudis, à dix heures et demie, conférence de thérapeutique thermale; mardi et samedi, leçon clinique par un ancien interne du service.

Docteur Edgard HIRTZ (hôpital Necker). — Tous les matins, enseignement des stagiaires à partir de neuf heures trois quarts. Procédés cliniques pour l'examen des principaux organes et appareils (poumons, foie, cœur et vaisseaux). Le mercredi, à dix heures, leçon clinique faite par les candidats aux hôpitaux, anciens internes du service. Argumentation par le chef de service. Exposé résumé de toutes les nouveautés scientifiques médicales parues dans les journaux, les thèses, Sociétés savantes. Critique par de chef de service.

Le jeudi, examen complet des malades externes.

Le vendredi, examen des malades entrants. Discussion du diagnostic. Thérapeutique, formules.

Docteur JOSUÉ (hôpital de la Pitié). — Enseignement pratique des affections du cœur et des vaisseaux par le chef de service assisté de son interne et de ses anciens internes.

1° Tous les matins, à neuf heures et demie, visite des malades, mise en œuvre des méthodes spéciales d'exploration pour le cœur et les vaisseaux.

2° Mardi, à dix heures, leçon.

3° Vendredi, à neuf heures et demie, consultation spéciale. Séméiologie clinique et thérapeutique pratique.

4° Cour de revision et de perfectionnement dont la date et le programme seront publiés ultérieurement.

Radiologie médicale. — Docteur A. BÉCLÈRE (hôpital Saint-Antoine). — I. L'enseignement des notions théoriques et techniques, indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie, de la radiothérapie et de la radiumthérapie, est donné annuellement en deux cours de vacances, d'une durée de huit jours, l'un dans la seconde quinzaine d'octobre, l'autre immédiatement avant Pâques.

Ces cours, librement ouverts à tous les étudiants et docteurs en médecine, sont complétés par des exercices pratiques de radioscopie et de radiographie, auxquels donne accès un droit d'inscription de 100 francs.

II. En dehors des cours de vacances, les applications de la radiologie au diagnostic et à la thérapeutique sont l'objet de conférences annoncées par des affiches spéciales, et, à quelque moment de l'année que ce soit, l'enseignement pratique de la radiographie est donné par le chef du laboratoire à tout étudiant ou docteur en médecine qui acquitte un droit d'inscription de 100 francs.

III. L'enseignement clinique de la radiologie médicale est donné journellement comme il suit :

Tous les matins, le dimanche excepté, à neuf heures du matin : examen clinique et traitement des malades justiciables de la radiothérapie et de la radiumthérapie (dermatoses, tuberculides, néoplasmes, adénopathies, splénomégalies, leucémies, goitre exophtalmique, fibromes utérins, ménorragies de la ménopause). Traitement de ces malades avec l'aide des assistants libres du laboratoire : MM. les docteurs Jaugeas, Haret et Henri Béclère.

Lundi matin, à dix heures : examen radioscopique des malades du docteur Mathieu (affections de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin).

Vendredi matin, à dix heures : examen radioscopique des malades du service.

Samedi matin, à dix heures : examen radioscopique des maladies externes (exploration des poumons, des plèvres, des ganglions bronchiques, du cœur, de l'aorte, de l'œsophage, du foie, de la rate, de l'estomac, de l'intestin, de l'appareil urinaire).

Le laboratoire du docteur Béclère comprend une bibliothèque de radiologie médicale et un musée de radiothérapie ouverts à tous les étudiants et docteurs en médecine.

COURS DE VACANCES, par le docteur A. BÉCLÈRE, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, tous les jours de la semaine avant Pâques, du dimanche 5 avril au samedi 11 avril.

Matin, dix heures : Enseignement des notions théoriques et techniques, indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

Matin, onze heures : Exercices pratiques de radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques et abdominaux.

Soir, deux heures : Exercices pratiques de radiographie, simple et stéréoscopique, des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine; il commencera le *dimanche 5 avril*, à dix heures du matin, dans le laboratoire de radiologie médicale du docteur Béclère, à l'hôpital Saint-Antoine.

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques de radioscopie et de radiographie est de 100 francs; ils auront lieu à partir du lundi 6 avril. (En raison du nombre forcément restreint des personnes qui pourront y participer simultanément, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 10 francs par an.
Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Lecture.* — Séance du 20 mars. — MM. Cauchois, 27; Deniker, 23; Français, 21.

Prochaine séance (épreuve clinique), lundi 23, à la Pitié.

Sont admis à prendre part à la deuxième épreuve :

MM. Gernez, Okinczyc, Cauchoix, Martin, Sauvé, Mercadé, Küss, Toupet, Berger, Kendirdjy, Bazy, Bréchot, Capette, Cadenat, Guimbellot, Basset, Deniker, Picot, Pascalis, Houdart.

— Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — *Epreuve de consultation.* — Séance du 21 mars. — MM. Cerise et Coutelas, 30.

M. Coutelas est nommé ophtalmologiste des hôpitaux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Fondation Paul Segond. — Le doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est autorisé à accepter la donation faite à cette Faculté par Mme veuve Segond, demeurant à Paris, 4, quai de Billy, agissant au nom des souscripteurs de la fondation Paul Segond, d'un titre de rente 3 p. 100 sur l'Etat français de 3 000 francs et d'une somme de 40 500 francs qui devra être employée, déduction faite des frais de la présente donation, à l'achat d'un titre de rente 3 p. 100 perpétuel sur l'Etat français.

Les arrérages desdits titres de rente seront employés, conformément aux intentions de la donatrice, à la création d'une bourse, ou, au maximum, de deux bourses annuelles qui, sous le nom de fondation Paul Segond, seront distribuées à des internes ayant fait leurs preuves, et tout particulièrement à ceux qui préparent le concours d'adjuvat ou qui ont obtenu déjà le titre d'aide d'anatomie, pour leur permettre de continuer leurs recherches scientifiques et la préparation de leur concours.

Les titres de rente susvisés seront immatriculés au nom de la Faculté de médecine de l'Université de Paris avec mention, sur l'inscription, de la destination des arrérages.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — M. Malherbe, professeur d'anatomie pathologique, est admis, sur sa demande et pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite à dater du 1er janvier 1914.

M. Malherbe est nommé professeur honoraire.

M. Pelissier, docteur en médecine, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1913-1914, d'un cours de clinique annexe des maladies mentales.

GUERRE. — Sont promus :

Au grade de médecin inspecteur. — MM. les médecins principaux de première classe Lacronique, directeur du service de santé du 17e corps d'armée; Follenfant, en service au Maroc; Loup, directeur du service de santé du 21e corps d'armée.

— M. le médecin-major de première classe Conor, de l'hôpital militaire du Belvédère à Tunis, est nommé chevalier de la Légion d'honneur (vingt-deux ans de services, huit campagnes, très dangereusement blessé dans l'accomplissement de son devoir professionnel).

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — Une *médaille d'argent* a été décernée à M. Dufaure de Citres, médecin aide-major de première classe de réserve à l'infirmerie-ambulance de Ch'Coum.

MÉDECINS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — Sont réinvestis dans leurs fonctions de médecins de l'assistance médicale :

1° Pour une période de trois années, les docteurs en médecine actuellement en exercice et dont les noms suivent :

1er arrondissement : MM. Vincent, Manheimer-Commes.
2e arrondissement : M. Pascalis.
3e arrondissement : MM. Cahn, Giraud, Planet.
5e arrondissement : MM. Planes, Pelisse, Demay, Friedel.
6e arrondissement : M. Guillier.
7e arrondissement : MM. d'Aurelles de Paladines, Demaldent, Bing, Mme Dautremer.
8e arrondissement : MM. Billon, Papillon.
9e arrondissement : MM. Poupon, Goizet.
10e arrondissement : MM. Fissiaux, Rotillon, Mathieu,

Barbulée, Hennocque, Bloch, Lafond, Lavie, Archambault, Bricet.

11e arrondissement : MM. Calmeau, Dubreuil, Netter, Bourdier.

12e arrondissement : MM. Gourichon, Dauphin, Janot, Abramoff, Schrœder, Bloch, Jacobsohn.

13e arrondissement : MM. Laurent, Gresset, Biard, Dreyfus, Poisson, Carel.

14e arrondissement : MM. Forestier, Besson.

15e arrondissement : MM. Dufour, Fournioux, Chastanet, Ricapet, Guillemin, Beauvy.

16e arrondissement : MM. Dufournier, Teisseire, Sainturet, Iscovesco, Bertrand.

17e arrondissement : MM. Laffitte, Aubert, Weill, Estrabaud, Laskine, Blondin.

18e arrondissement : MM. Journiac, Cange, Barrault, Bonniot, Thil, Darin, Bochory, Henriot.

19e arrondissement : MM. Calton, Le Bas, Delmont-Bebet.

20e arrondissement : MM. Cart, Le Mière, Ball, Oppenheim, Dupuy.

2° Pour deux années, à partir du 1er janvier 1914 :

M. Richard, médecin de l'assistance médicale du 1er arrondissement, et M. Toledano, médecin de l'assistance médicale du 7e arrondissement.

3° Pour une année, à partir du 1er janvier 1914 :

M. Boissier, médecin de l'assistance médicale du 1er arrondissement, et M. Vigouroux, médecin de l'assistance médicale du 4e arrondissement.

CONCOURS POUR LE RECRUTEMENT DE MÉDECINS INSPECTEURS DES ÉCOLES DE LA VILLE DE PARIS. — Un concours aura lieu à la Préfecture de la Seine, le mardi 5 mai 1914, pour la nomination de trente médecins chargés de l'inspection médicale des écoles de la ville de Paris.

Les candidats doivent réunir les conditions suivantes :

1° Etre de nationalité française et pourvus du diplôme de docteur en médecine délivré par une des Facultés de l'Etat;

2° Etre âgés d'au moins trente-deux ans au 1er juillet de l'année du concours;

3° Compter cinq années de pratique professionnelle au 15 août de la même année.

Exceptionnellement, par dérogation à cette dernière disposition, les anciens internes des hôpitaux de Paris ayant accompli leurs quatre années d'internat et exerçant la médecine depuis deux ans pourront prendre part aux concours.

Les fonctions de médecin inspecteur des écoles sont incompatibles avec celles de médecin de l'état civil.

Les inscriptions sont reçues à la Préfecture de la Seine (Direction administrative des services de l'enseignement, inspection médicale des écoles), annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours non fériés, de quatorze heures à seize heures, jusqu'au jeudi 9 avril 1914 inclus.

Nota. — Le programme détaillé des matières du concours est délivré gratuitement à la Direction administrative des services de l'enseignement, inspection médicale des écoles, 2, rue Lobau.

LE MOUVEMENT DE LA POPULATION A PARIS EN 1913. — La statistique municipale donne les chiffres définitifs suivants : décès, 44624; naissances vivantes, 48746; mort-nés, 3669; mariages, 31916; divorces, 3051.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT. — M. le professeur Legueu fera, le jeudi 26 mars 1914, à cinq heures et demie très précises, au siège de la Société, 12, rue de Seine, une conférence sur « l'exploration des fonctions rénales en chirurgie ».

Pierre-Émile LAUNOIS

(24 juillet 1856 — 18 mars 1914)

C'est avec une très douloureuse surprise que nous avons appris la disparition subite de Launois.

Depuis quelque temps déjà, sa santé très éprouvée inspirait, certes, des inquiétudes à ses amis, mais nous ne pouvions prévoir, lorsqu'il y a quelques semaines encore il nous apportait un travail à publier, son dernier article! que nous étions si près de perdre un maître qui fut aussi, pour nous, un ami très cher.

Launois ne possédait pas seulement une claire et belle intelligence, il n'était pas seulement un parfait clinicien et un anatomiste distingué, il possédait au plus haut point une qualité précieuse entre toutes, il était d'une rare bonté.

Aussi était-il adoré de ses malades, de ses élèves, de tous ceux qui purent apprécier la solidité de son amitié.

C'est à Reims que Launois avait commencé ses études médicales. Il vint peu après à Paris où il concourut pour l'internat et fut nommé en 1879.



Cliché PIROU.

Après avoir passé sa thèse sur l'*Appareil urinaire des vieillards* et avoir obtenu le prix Civiale, Launois, sans abandonner la clinique, se consacre plus particulièrement à l'anatomie et à l'histologie. Dès 1891, avec son ami Henri Morau, comme lui préparateur de Mathias Duval à la Faculté, il publie son excellent *Manuel d'anatomie microscopique et d'histologie.*

En 1895 il est nommé médecin des hôpitaux, et en 1898 il obtient le titre d'agrégé dans la section d'anatomie.

Launois qui était un grand travailleur laisse une œuvre considérable où l'enseignement a eu une grande part. Signalons seulement, parmi ses travaux, son article sur les maladies de la rate, dans le *Traité* de Brouardel-Gilbert, son livre en collaboration avec Roy : *Etudes biologiques sur les géants*, son article sur l'*Acromégalie* en collaboration avec Cesbron dans l'*Encyclopédie médicale de Philadelphie*.

Ses travaux sur l'*hypophyse* sont particulièrement importants. Citons son étude sur l'*hypophyse humaine à la fin de la gestation* en collaboration avec Mulon en 1903, et en 1910 son important article sur le *syndrome hypophysaire adiposo-génital* qu'il publia ici même avec son élève Cléret.

Merveilleusement doué pour l'enseignement qu'il aimait, Launois savait rendre attrayants les sujets les plus ardus.

Il semblait que la Faculté, à laquelle il avait consacré tant d'années, dût, à la mort de Mathias Duval, songer à lui pour la chaire vacante. Il en fut autrement...

Ce fut une déception, non, certes, pour Launois qui aimait le travail pour lui-même, mais pour ses élèves et ses amis...

C'est bien tristement que nous adressons à Mme Launois, à ses enfants, à son gendre, notre confrère Cesbron, l'expression de notre très douloureuse sympathie. F. L. S.

SUR LA RÉACTIVATION DES

FOYERS SYPHILITIQUES LATENTS

Par M. LACAPÈRE,
Médecin de Saint-Lazare.

Parmi les méfaits qui ont été imputés aux sels arsenicaux (salvarsan et néosalvarsan) employés actuellement dans le traitement de la syphilis, on a signalé des accidents nerveux qu'on a tout d'abord attribués à l'intoxication arsenicale; peu à peu les opinions se sont modifiées et ces phénomènes nerveux ont été attribués à d'autres causes et en particulier au réchauffement d'anciens foyers syphilitiques sous l'influence des injections de salvarsan; on a rapproché ces faits des phénomènes constatés par Herxheimer au cours du traitement des syphilis secondaires, phénomènes principalement constitués par une congestion active des éléments syphilitiques sous l'influence du médicament, et l'on a pensé, par analogie, que les phénomènes nerveux pouvaient être attribués à une congestion active des centres nerveux atteints par le tréponème, congestion déterminée par le salvarsan et qui reproduisait des accidents déjà constatés ou qui en déterminait de nouveaux.

Il y a quelques mois, il m'a été donné d'observer un fait extrêmement précis et rentrant dans la catégorie de ces phénomènes de réchauffement; la netteté des accidents était telle qu'elle valait réellement un fait expérimental.

M. X... fut atteint en 1893 d'une syphilis qui resta pendant trois ans sans traitement. Il prit ensuite des pilules pendant quelques mois, par intervalles irréguliers. En 1906, il fut atteint d'hémiplégie droite avec aphasie transitoire et ophtalmoplégie partielle (paralysie du droit externe de l'œil gauche), il fut alors traité par le sirop de Gibert, puis le docteur Bellencontre qu'il consulta à cette époque lui conseilla des piqûres de calomel; il en reçut une vingtaine. En 1901, il présenta des céphalées qui disparurent à la suite d'une série de 30 piqûres de biiodure de mercure.

Il me fut adressé au mois d'août 1912 par le docteur Picou qui me signala que le malade était atteint de syphilis nerveuse et de tuberculose pulmonaire. Le malade dit avoir reçu au cours de l'année 1911 deux injections de salvarsan et trois au cours de l'année 1912.

Le malade a maigri de 20 kilos en quelques mois; on constate chez lui de la bacillose des deux sommets; il a été atteint de pleurésie il y a vingt ans.

La réaction de Wassermann est très faiblement positive, les réflexes rotuliens et pupillaires sont abolis et le malade présente des douleurs très espacées à type de douleurs fulgurantes et dont les premières remontent à 1909.

Depuis sept à huit ans l'anaphrodisie est complète, il a eu quelques crises gastriques ou des crises de gastralgie très espacées.

Dans ces conditions, étant donnés les symptômes de tabes et le mauvais état général du malade, je décide de pratiquer chez lui une série d'injections de néosalvarsan et je fais le 6 août une injection intraveineuse de 20 centigrammes.

Le lendemain, le malade se présente de nouveau à mon cabinet, il s'est réveillé avec *ptosis complet* du côté gauche. Je l'adresse au docteur Bourdier qui fait les constatations suivantes : l'acuité visuelle à droite est de 0,5, à gauche de 0,4; il y a de l'inégalité pupillaire; les réflexes lumineux sont abolis des deux côtés, les réflexes de convergence abolis à gauche, faibles à droite. On constate le signe d'Argyll-Robertson du côté droit; du côté gauche ophtalmoplégie intrinsèque. Du côté de la musculature extrinsèque on constate du côté gauche une ophtalmoplégie totale. Du côté droit, suppression de tous les mouvements sauf les verticaux et les déplacements obliques sont à peine esquissés; la convergence est supprimée. Ptosis total à gauche, rien à droite. A l'ophtalmoscope pas de troubles, sauf une certaine hyperémie papillaire.

Devant le résultat de ma première injection et prévoyant qu'il ne s'agit là que de phénomènes de réchauffement, je pratique des injections de 30 centigrammes de néosalvarsan répétées tous les cinq jours. Pour agir aussi énergiquement que possible, je fais au malade quelques injections intraveineuses de cyanure de mercure mais dès les premières la stomatite apparaît et je suis forcé de les interrompre. Le 3 septembre, après avoir reçu une injection de 20 centigrammes et sept injections de 30 centigrammes de néosalvarsan, l'état est absolument identique, l'ophtalmoplégie ne s'est ni accentuée, ni améliorée et le malade est mis au repos; il part passer quelques semaines à la campagne.

Le 11 novembre, le malade revient me voir et je constate que l'*ophtalmoplégie a disparu*. Le malade me dit que les troubles de la motilité ont commencé à s'améliorer six semaines après la dernière injection de salvarsan et que le mieux s'est régulièrement accentué; le ptosis en particulier a complètement rétrocédé.

La réaction de Wassermann donne un résultat incomplètement négatif.

Deux séries de piqûres d'huile grise sont pratiquées; ces injections sont bien supportées mais le malade revient me voir le 17 avril et présente de nouveau quelques maux de tête datant d'une huitaine de jours, le ptosis n'a pas reparu.

Je reprends chez le malade une série de six injections de néosalvarsan dont les doses varient progressivement de 30 centigrammes à 60 centigrammes. Ces injections sont parfaitement supportées, les maux de tête disparaissent promptement et il est à noter qu'aucun trouble ne survient du côté de l'œil. Le ptosis reste complètement guéri et la réaction de Wassermann devient complètement négative.

Cette observation, je le répète, a véritablement la rigueur d'une expérience; on voit l'influence très nette du néosalvarsan qui, dès la première injection, détermine brutalement un ptosis complet, mais cet accident, loin de s'accentuer après les injections successives, reste absolument stationnaire tant que dure le traitement, pour guérir peu à peu pendant la période de repos. Ces faits rentrent bien dans la catégorie des phénomènes de réchauffement que l'on peut plus exactement désigner sous le nom de réactivation des foyers latents. Cette réactivation paraît nettement due à la congestion active qui se produit autour des centres infectés par le tréponème, congestion qui se maintient pendant toute la durée du traitement; lorsque les injections sont supprimées, les phénomènes s'amendent, disparaissent complètement et ne se reproduisent plus lorsqu'on reprend ultérieurement le traitement; le foyer infectieux qui existait a donc bénéficié du traitement et a été guéri.

On se rend compte de l'importance qu'il y a à connaître la pathogénie de tels accidents. Les phénomènes, qui se sont produits au moment même de la première injection existaient déjà pour ainsi dire en puissance et tout porte à penser qu'ils se seraient manifestés sans tarder par suite de leur aggravation

naturelle. Le traitement a donc été révélateur de ces foyers et doit en amener la disparition définitive, une fois que sont éteints les phénomènes congestifs dus à l'attaque même des microorganismes par le médicament.

LES ACCIDENTS DE LA DENT DE SAGESSE

Par A. HERPIN,
Stomatologiste des Quinze-Vingts.

L'éruption de la troisième molaire, ou dent de sagesse, s'accompagne très fréquemment d'accidents sur la pathogénie desquels les nombreux auteurs qui ont traité la question ne s'entendent point, bien que tous soient d'accord sur leurs modalités, la gravité de leurs complications et leur traitement.

Ayant entrepris, avec M. Dieulafé, des recherches anatomiques sur l'os maxillaire inférieur, qui est dans la plupart des cas le siège de ces accidents, nous sommes arrivé à cette interprétation que les accidents de la dent de sagesse sont des accidents d'évolution ; et, depuis, la clinique est venue confirmer d'une façon formelle cette théorie pathogénique.

Nous pouvons ramener à trois groupes les opinions émises par les auteurs : pour les uns, les accidents sont causés par le manque de place sur l'arcade alvéolaire, pour d'autres ils ont une origine infectieuse, enfin ils seraient liés à une prolifération anormale des débris épithéliaux annexés à son follicule.

La première théorie, théorie mécanique, s'appuie sur ce fait qu'au moment de son éruption la dent de sagesse ne dispose point, entre la dernière grosse molaire et le bord antérieur de la branche montante, d'une place suffisante pour son évolution, et les poussées successives se marquent par des accidents de compression. Basée sur des observations anatomiques précises, cette théorie nous explique bien la localisation des accidents sur cette dent en particulier.

Les partisans de la théorie infectieuse, hypnotisés par la modalité des accidents, ne semblent point s'intéresser à leur cause elle-même : considérant la dent de sagesse en dehors de ses connexions évolutives avec les portions voisines, ils ne voient que les diverses inflammations qui se produisent à son niveau, sans s'expliquer la localisation particulière de ces lésions.

Il en est de même de la théorie épithéliale, défendue par Moty ; pour cet auteur ces accidents seraient la manifestation d'une anomalie par excès, il a trouvé des inclusions épithéliales, sortes de nucléoles punctiformes appendus aux racines de la dent de sagesse, dont la prolifération serait la cause des accidents. Peut-être serait-il plus exact de la considérer comme une conséquence ou tout au moins comme une modalité des accidents ; en tous cas cette théorie ne semble correspondre qu'à des cas bien spéciaux. Au reste cet auteur, dans un travail récent (*Revue de chirurgie*, février 1914), mettant à part tout ce qui a trait à ce qu'il appelle accidents muqueux, précise qu'il n'entend expliquer ainsi que ce qu'il considère comme les vrais accidents de la dent de sagesse, les accidents dits profonds, portant « sans trismus, sur des dents volumineuses, saines, bien en place, et pour lesquelles cependant l'extraction s'impose » pour faire cesser les douleurs intolérables des patients.

Ces inclusions épithéliales ne sont autres que ce que Malassez et Galippe ont décrit sous le nom de débris épithéliaux paradentaires, dont la genèse et le rôle ont été bien élucidés par leurs travaux. Ces restes des formations épithéliales de dentition, qui, chez les animaux polyphyodontes, constituent en partie les organes formateurs des dentitions successives de remplacement, demeurent normalement inertes chez l'homme, à moins qu'une irritation n'amène un réveil de leur activité et une prolifération anormale. Mais il est à remarquer que ces auteurs ont rencontré de tels débris sur toutes les dents, de toutes les séries, qu'ils ont eu l'occasion d'examiner. On ne trouve donc point, dans la théorie de Moty seule, l'explication de la localisation particulière des accidents qu'il décrit au niveau de la dent de sagesse.

Pour bien s'expliquer la genèse de ces accidents il faut considérer la dent de sagesse en elle-même, et les conditions particulières où elle doit effectuer son éruption.

La troisième molaire, qui, au début de l'évolution humaine, présentait le volume le plus considérable, a subi peu à peu une diminution progressive et actuellement dans les races européennes elle tend à disparaître complètement; mais comme pour tous les organes, arrivés à ce stade, il peut se produire aussi bien des anomalies par excès que des anomalies par défaut, elle peut, par retour atavique, présenter des dimensions bien supérieures à la moyenne. Quant à son éruption, elle est en général tardive et elle tend alors à se créer une place sur un organe qui, ayant atteint ses dimensions normales, n'est plus en voie d'accroissement et de développement normaux, et offrira une résistance énergique à ses tentatives d'éruption.

Le bord alvéolaire du maxillaire inférieur, destiné à la supporter, se trouve limité en arrière par le bord antérieur de la branche montante de l'os ; il doit, au cours de l'évolution des dents s'accroître d'une façon progressive pour permettre aux molaires définitives leur éruption en arrière de la limite des dents temporaires. Et de fait, nous voyons l'espace ainsi limité aller de $0^{cm}5$ à un an, à $3^{cm}5$ chez l'adulte. Mais cet accroissement, parallèle à l'évolution des deux premières molaires, se fait d'une façon moins rapide et moins précise après leur éruption. Et ce retard oblige la dent de sagesse à se loger obliquement de bas en haut et d'arrière en avant dans l'espace restreint qui lui est concédé.

Quelle est la signification de cette disposition qui apparaît ainsi comme manifestement anormale ?

Si nous considérons des mandibules d'adultes de diverses races nous constatons le fait suivant : alors que celles appartenant à des Nègres ou à des Néo-

calédoniens nous offrent en arrière de la troisième molaire, entre celle-ci et le bord antérieur de la branche montante, un espace libre, un diastème d'une longueur de 4 millimètres en moyenne, sur des maxillaires d'Européens présentant leurs dents de sagesse complètement évoluées, non seulement ce diastème a disparu, mais encore la dent, en moyenne, empiète sur la branche montante d'une longueur d'environ 4 millimètres. Ce fait, qui nous montre bien quelles difficultés a eu, dans ces derniers cas, la dent à effectuer son éruption, trouve son explication dans les variations d'évolution des diverses portions de la mâchoire inférieure.

Il y a lieu, en effet, de considérer les maxillaires comme constitués de deux portions, l'une, la portion squelettique, le corps de l'os lui-même, l'autre, la portion alvéolaire, destinée à supporter les organes dentaires. Cette distinction est basée sur des faits très nets d'anatomie comparée. Nous voyons en effet les dents, tout d'abord multiples et indépendantes de l'os sous-jacent, contracter peu à peu avec lui, à mesure que la polyphyodontie primitive subit une diminution progressive et que les organes dentaires acquièrent une dureté et une longévité plus grandes, des connexions d'abord fibreuses, puis osseuses, par formation de véritables exostoses, qui s'organisent de plus en plus chez les vertébrés et arrivent à la constitution des procès alvéolaires ; au début de cette formation, on peut encore différencier ceux-ci du corps de l'os, mais peu à peu ils semblent arriver à en faire partie intégrante. Cependant cette situation n'est qu'apparente et, si l'on considère le développement de l'os, on constate que les alvéoles se forment au cours du développement des dents et disparaissent par résorption chez le vieillard, en même temps que les organes qu'elles devaient supporter.

Cette distinction établie, on peut concevoir qu'entre ces deux portions, il puisse se produire des différences évolutives et, ainsi, M. Pelletier a pu bien mettre en évidence le manque de parallélisme qui se manifeste, au cours de leurs développements réciproques, au maxillaire inférieur, en particulier au point de vue de la régression progressive de cet os. Plus une race est avancée dans l'évolution, moins sa mandibule est développée. Mais cette régression ne peut être causée par la diminution du nombre ou du volume des dents. Le contraire serait plus vraisemblable, la dent, organe plutôt passif, devant être frappée après le maxillaire, étant donné ce que l'on sait des rapports entre les fonctions et les organes. « Si l'organe se modifie quand la fonction change, c'est que la fonction est mouvement : elle est l'organe même se modifiant sans cesse. On comprend donc que les changements les plus rapides doivent s'effectuer dans les muscles et dans les os, puisque ceux-ci ne sont en dernière analyse que le coefficient de stabilité de ceux-là. Aussi, tout ce qui, dans le maxillaire, est en rapport étroit avec les muscles, diminue aussi rapidement qu'eux, c'est-à-dire dès que la fonction est moins active. Les dents, au contraire, ont dans la mastication un rôle plutôt passif ; elles ne meuvent pas, elles sont mues ; aussi leur adaptation est-elle très lente. Elles diminuent peu à peu et par répercussion, mais elles sont toujours en retard sur la portion squelettique. »

La conséquence de cette évolution inégale est que la dent de sagesse ne trouve plus sur le bord de l'os la place nécessaire à son éruption. Aussi voyons-nous la portion alvéolaire, trop grande pour la portion squelettique de l'os, ne pouvant s'étendre en arrière, arrêtée par le bord antérieur de la branche montante, s'infléchir de plus en plus en dedans dans sa portion postérieure ; la troisième molaire vient alors occuper, à la face interne de la branche montante, la place où nous la rencontrons régulièrement, quand elle a effectué son éruption, dans les races européennes ; cette particularité tendrait à corriger l'anomalie créée par ces divergences d'évolution, et, grâce à cette inflexion exagérée de la ligne des dents, à supprimer toute cause de compression et de gêne d'éruption.

Mais il ne faut pas oublier que nous sommes en pleine évolution, que le type ainsi créé n'est point encore définitivement fixé, et les exceptions à la règle sont nombreuses. L'inflexion compensatrice en dedans de la courbe alvéolaire peut ne point se présenter. Dès lors, si la dent de sagesse doit faire son éruption, il ne lui reste plus que l'espace restreint auquel manquent les quatre millimètres dont elle doit empiéter sur la branche montante. Elle bute contre la deuxième molaire, tend à la repousser en avant, amenant même quelquefois ainsi des anomalies de position des dents antérieures ; mais cette poussée brutale ne peut se faire sans attrition des tissus voisins et dès lors nous avons là un lieu de moindre résistance sur lequel peut facilement se localiser toute inflammation d'ordre général ou local. Et c'est ainsi que cette irritation peut amener la prolifération des débris épithéliaux qui avoisinent les racines de la dent de sagesse. Peut-être, à cause de la régression particulière à cette dent, ces débris sont-ils en plus grande quantité à son niveau qu'à celui des dents des autres séries ; peut-être les causes d'irritation, que nous avons indiquées, favorisent-elles plus particulièrement le réveil histogénétique de ces cellules, étant donnée leur situation spéciale ; et ainsi pourrait-on expliquer la fréquence d'accidents de cet ordre observés par Moty au niveau des dents de sagesse.

Et, en clinique, les faits se déroulent bien suivant cette pathogénie. Depuis plusieurs années nous avons eu l'occasion d'observer un grand nombre d'accidents de la dent de sagesse et il n'est pas un cas où nous n'ayons constaté, en même temps que l'accident, que la dent tendait à faire son éruption en dehors de l'axe des autres dents, nettement en avant de la branche montante. Par contre, on ne nous a jamais signalé d'accidents appréciables, dans les cas où nous rencontrions cette dent à la place que lui ont assignée les conditions d'évolution de la mandibule, à la face interne de la branche montante, sur le prolongement de la ligne des couronnes des autres dents, et même un peu en dedans de cette ligne.

Il est vraisemblable que, l'évolution se continuant

toujours dans le même sens, dans un certain nombre de générations, la dent de sagesse aura à peu près disparu; d'autre part, la courbure de la portion alvéolaire se sera définitivement fixée et, si la troisième molaire se présente encore quelquefois, elle prendra naturellement la place qui permet son éruption sans amener de complications. Peut-être alors retrouvera-t-on, chez les Nègres et les Néo-calédoniens, les accidents qui auront disparu dans les races européennes. Et cette apparition sera encore une démonstration plus éclatante de l'origine évolutive des accidents de la dent de sagesse.

ACTUALITÉS

LES CARDIOPATHIES DES ENFANTS

Dans le service du professeur Hutinel (Clinique des maladies infantiles), le professeur agrégé Nobécourt a fait une série de leçons sur les « Maladies de l'appareil circulatoire chez les enfants » (1). On y retrouve les qualités habituelles de l'auteur, une grande précision de l'exposé didactique et une documentation abondante, toujours complétée par des recherches personnelles. L'ensemble de ces leçons constitue une mise au point parfaite de tout ce qu'il faut connaître au sujet de la clinique thérapeutique des cardiopathies infantiles, des particularités que présentent les affections du cœur dans le jeune âge.

Ces particularités sont nombreuses, parce que les cardiopathies des enfants atteignent un organe en voie de développement, touchent un appareil circulatoire dont l'anatomie et la physiologie ne sont pas les mêmes que chez l'adulte; aussi les maladies du cœur ont-elles, pour la plupart, pendant les premières années de la vie, une évolution et un pronostic différents de ceux qu'elles ont à un âge plus avancé.

La physiologie des enfants et, dans une certaine mesure, leur pathologie, sont dominées par les phénomènes de la croissance. Sans entrer dans le détail des études anatomiques faites sur le poids et le volume du cœur pendant la période qui s'étend de la naissance à la puberté, il faut retenir quelques conclusions pratiques. Le poids et le volume du cœur augmentent avec l'âge, avec la longueur et le poids du corps; mais l'accroissement du cœur n'est pas proportionné à ces divers facteurs. L'accroissement du cœur ne marche pas parallèlement pour le volume et pour le poids; le cœur est relativement plus pesant et moins volumineux chez les petits enfants que chez les grands; il a, par suite, une énergie plus grande chez les premiers que chez les seconds. Si l'on compare entre eux les deux ventricules, on constate que, plus l'enfant est jeune, plus l'activité du ventricule droit est grande; ainsi s'explique la rareté de l'asystolie pulmonaire dans les premières années de la vie.

De douze à quatorze ans, l'appareil cardio-vasculaire se modifie profondément : avant douze ans, le cœur possède une grande masse et un petit volume, les orifices du cœur et les artères sont larges, la circulation facile; à la puberté et dans l'adolescence, le cœur possède une masse moindre et est plus volumineux, les orifices du cœur et les artères deviennent relativement étroits, la circulation moins aisée (Beneke). Chez les enfants sains et soumis à une bonne hygiène, la transformation du type cardio-vasculaire s'accomplit sans incidents, parce que les fibres musculaires du cœur et des vaisseaux sont des éléments jeunes, doués d'une grande énergie et d'une grande élasticité; mais chez les débiles et les malades, cette transformation amène souvent des troubles plus ou moins graves.

(1) Leçons publiées par le *Journal de médecine de Paris*, 1912, n° 50; 1913, n°s 4, 7, 13, 19, 23, 28, 37, 41, 47, 51; 1914, n° 3.

L'examen méthodique du cœur utilise, chez les enfants, les mêmes procédés que chez les adultes; pour délimiter la surface de matité précordiale, Nobécourt conseille d'employer le procédé de Potain : on multiplie le diamètre vertical par le diamètre transversal évalués en centimètres, et le produit par une constante (0,83); on obtient ainsi la surface en centimètres carrés. Potain et Vaquez indiquent les chiffres suisuivants :

A six ans...........	40	centimètres carrés.
A douze ans.........	52	—
A dix-sept ans.......	78	—

D'après Nobécourt, ces chiffres sont trop faibles :

A sept ans..........	53	centimètres carrés.
A treize ans.........	59	—
A quatorze ans......	66	—

Pour l'exploration du pouls et des artères, on retiendra la tachycardie physiologique de l'enfance, la fréquence des variations du rythme sous diverses influences, la faiblesse de la pression artérielle.

Les affections congénitales du cœur tiennent naturellement une place importante dans l'étude des cardiopathies infantiles; Nobécourt leur consacre deux leçons. On sait que ces affections se constituent pendant la vie intra-utérine, avec une pathogénie certainement complexe et variable suivant les cas; la théorie de l'endocardite fœtale ne doit être acceptée que pour quelques cas particuliers, tandis que la théorie tératologique donne une explication satisfaisante de la plupart des faits. L'étiologie en est le plus souvent obscure; on a signalé l'alcoolisme, le saturnisme, la goutte chez les parents, une maladie infectieuse de la mère pendant la grossesse; l'hérédo-tuberculose peut parfois être invoquée, puisque Landouzy et Laederich, ayant inoculé une chienne avec des bacilles de la tuberculose bovine, ont trouvé, chez un de ses petits mort-né, un rétrécissement de l'artère pulmonaire; mais, à propos du rôle étiologique de la tuberculose Nobécourt fait remarquer le contraste entre la banalité de cette infection et la rareté des cardiopathies congénitales. Dans quelques observations, l'hérédo-syphilis est indiscutable, mais il ne faut pas trop généraliser le rôle de la syphilis, sur 19 observations personnelles, Nobécourt n'a retrouvé que deux fois la syphilis héréditaire.

Cliniquement, l'existence d'une affection congénitale du cœur est parfois évidente, l'enfant a une teinte bleuâtre des téguments (cyanose congénitale, maladie bleue) et à l'examen du cœur on trouve des signes physiques anormaux, par exemple le souffle systolique de la communication interventriculaire (maladie de Roger), ou le souffle systolique du rétrécissement de l'artère pulmonaire. Mais, à côté des cas où l'on constate cette symptomatologie complète, il en existe d'autres où manquent soit la cyanose, soit les signes physiques.

Ainsi Nobécourt relate quelques faits observés par lui : dans 7 cas de cyanose, 5 fois il existait un souffle de rétrécissement de l'artère pulmonaire et de communication interventriculaire, 2 fois il n'existait aucun souffle (on trouva à l'autopsie d'un des malades une transposition des artères); dans 7 autres cas de malformations congénitales, la cyanose faisait défaut (3 cas de rétrécissement de l'artère pulmonaire avec communication interventriculaire, 2 cas de maladie de Roger, 1 cas de perforations interauriculaires multiples, 1 cas de sténose de l'isthme aortique).

A propos de la cyanose, Nobécourt rappelle les quatre théories sur sa pathogénie : mélange du sang artériel et du sang veineux, insuffisance de l'hématose, stase veineuse périphérique, polyglobulie et surcharge des globules en hémoglo-

bine. « Aucune des quatre théories précédentes ne donne, à elle seule, une explication satisfaisante de la cyanose congénitale. » Il faut surtout retenir qu'on observe plus habituellement la maladie bleue avec des malformations complexes du cœur qu'avec des malformations isolées.

Dans les cyanoses sans signes d'auscultation, sans aucun symptôme anormal à la palpation, la percussion et l'orthodiagraphie du cœur peuvent révéler une augmentation de volume des cavités droites et faire conclure à une malformation du cœur ou des gros vaisseaux, sans indiquer d'ailleurs sa nature et sa localisation.

Une des questions les plus difficiles qui se posent à propos des affections congénitales du cœur, c'est celle de la survie possible et on trouve dans la littérature médicale des observations montrant combien il est délicat de porter un pronostic. En règle générale, les malformations complexes ne permettent guère une longue survie et les enfants succombent presque tous dans les deux premières années; on trouve à l'autopsie des malformations importantes des cloisons, l'oblitération d'un orifice, l'inversion des gros vaisseaux, un seul tronc aortico-pulmonaire. Cependant Babonneix et Paisseau ont examiné un enfant de huit ans, ayant une inversion des vaisseaux; Mme Wilbouschevitch a vu vivre jusqu'à neuf ans, Collet et Bériel jusqu'à vingt-huit ans, des sujets n'ayant qu'un seul ventricule ou une seule oreillette. Le rétrécissement de l'artère pulmonaire, généralement associé aux autres malformations qui constituent la trilogie et la tétralogie de Fallot, a généralement un pronostic grave et, le plus souvent, la mort survient dans l'enfance; toutefois, dans des cas relativement nombreux, les malades peuvent atteindre l'âge adulte et même la vieillesse. Quant aux communications interauriculaires et interventriculaires, si elles sont isolées, elles ne constituent pour ainsi dire pas une maladie, la cyanose est exceptionnelle; on rencontre de temps en temps des adultes porteurs d'une maladie de Roger qui ne les gêne en rien.

Après avoir étudié ensuite les endocardites aiguës et les péricardites aiguës, Nobécourt arrive à l'exposé des syndromes myocarditiques au cours des infections aiguës chez l'enfant. L'expression de syndrome myocarditique doit être préférée à celle de myocardite aiguë, car il s'agit de phénomènes cardio-vasculaires qui ne sont pas toujours imputables à une altération du myocarde et qui peuvent reconnaître des causes extracardiaques, lésions du système nerveux (névrites du plexus cardiaque et du pneumogastrique, lésions bulbaires) ou plus souvent encore altérations des glandes vasculaires sanguines (capsules surrénales, hypophyse).

Le syndrome myocarditique s'observe dans le rhumatisme articulaire aigu et la chorée, la scarlatine, la fièvre typhoïde, la diphtérie, la pneumonie; il se présente sous deux formes, la forme atténuée ou latente, la forme cardiaque proprement dite. Dans leur forme atténuée ou latente, les troubles cardio-vasculaires ne donnent lieu à aucun phénomène subjectif ou fonctionnel important; mais, à l'examen de l'appareil circulatoire, on constate des modifications du volume et du rythme du cœur, un abaissement de la pression artérielle. En percutant le cœur, on trouve une augmentation de la matité précordiale par dilatation cardiaque; quand la dilatation du cœur est suffisamment accentuée, elle détermine un affaiblissement des bruits, surtout du premier, parfois une accentuation du deuxième bruit pulmonaire, indice de la gêne dans la petite circulation, parfois encore un bruit de galop dont le maximum est, suivant les cas, dans la région préventriculaire gauche ou dans la région préventriculaire droite; il peut apparaître enfin un souffle systolique de la pointe, souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle, ou plus rarement un souffle systolique d'insuffisance tricuspidienne fonctionnelle. Avec la dilatation du cœur ou indépendamment d'elle, se montrent parfois des troubles du rythme cardiaque, tachycardie, bradycardie, arythmie. Toutes ces modifications du cœur sont habituellement passagères.

La forme cardiaque proprement dite du syndrome myocarditique a une allure bien spéciale dans le rhumatisme articulaire aigu; c'est la pancardite rhumatismale, la forme maligne du rhumatisme cardiaque, la myocardite rhumatismale aiguë. Douleur précordiale, dyspnée, cyanose attirent l'attention. Le cœur est très dilaté et l'augmentation de la matité précordiale s'accompagne de celle de la matité hépatique. Les bruits du cœur sont faibles, sauf le second bruit pulmonaire qui peut être accentué; il y a de l'embryocardie tachycardique, mais pas d'arythmie (Weill). On trouve souvent aussi des souffles orificiels et des frottements puisque l'endocarde et le péricarde sont atteints en même temps. L'affection évolue en quelques semaines, trois ou quatre mois au plus, et se termine presque toujours par la mort; quelquefois la mort est rapide ou subite.

Dans les autres maladies infectieuses (scarlatine, fièvre typhoïde, diphtérie), le syndrome myocarditique diffère du précédent par l'absence habituelle d'endocardite et de péricardite et par son apparition au milieu de symptômes généraux graves. Dans la scarlatine, les troubles cardiaques peuvent être précoces (forme myo-paralytique de la scarlatine maligne) ou tardifs, et alors ils apparaissent avec le syndrome infectieux tardif, mais n'en constituent pas un élément constant.

Il en est de même dans la diphtérie. Au cours de la fièvre typhoïde, les troubles cardiaques se montrent pendant l'évolution de la maladie d'une façon plus ou moins précoce. Quand apparaît le syndrome myocarditique on constate, à l'examen du cœur, les mêmes symptômes que dans la forme latente, mais beaucoup plus manifestes; la tachycardie est très marquée, le pouls petit, mou, dépressible, souvent irrégulier; il y a de l'hypotension. Le malade est pâle, dyspnéique, les extrémités refroidies et cyanosées. Au bout de quelques jours, tous ces symptômes peuvent s'atténuer, mais, dans beaucoup de cas, la mort survient au milieu de phénomènes de collapsus ou brusquement par syncope.

Aux autopsies, les lésions que l'on rencontre peuvent être assez différentes; dans certains cas l'origine cardiaque des accidents est indiscutable puisqu'on trouve la myocardite aiguë parenchymateuse du rhumatisme articulaire aigu (Weill et Barjon), la myocardite parenchymateuse ou diffuse de la fièvre typhoïde, la myocardite parenchymateuse (Mollard et Regaud) ou interstitielle (Rabot et Philippe) de la diphtérie, la myocardite interstitielle de la scarlatine (Weill et Mouriquand, Montagnon). C'est surtout dans le rhumatisme articulaire aigu que la myocardite explique bien le syndrome myocarditique. Mais dans la scarlatine, la diphtérie, la fièvre typhoïde, les lésions du myocarde font souvent défaut et le syndrome doit être rattaché à la névrite du plexus cardiaque ou à l'insuffisance surrénale.

En cas d'insuffisance surrénale, ce qui domine c'est l'abattement et l'asthénie; puis on note la raie blanche de Sergent, des vomissements, de la diarrhée, des douleurs abdominales; le pouls est petit, la pression artérielle faible; quelquefois la mort survient subitement par syncope, mais le syndrome d'insuffisance surrénale peut être souvent combattu avec succès par l'opothérapie.

Je laisse de côté, à regret, les leçons suivantes de Nobécourt sur les endocardites et péricardites chroniques, sur l'asystolie chez les enfants, pour en arriver à l'étude des dilatations et des hypertrophies du cœur. Dans beaucoup de cas, l'augmentation de volume du cœur reconnaît des causes faciles à trouver; au cours des cardiopathies congénitales ou acquises, au cours des néphrites, dans les affections aiguës ou chroniques des poumons, des plèvres et du médiastin, chez les enfants présentant des déformations thoraciques dues au mal de Pott ou au rachitisme, les dilatations et les hypertrophies du cœur sont habituelles ou fréquentes.

Mais il est d'autres cas, particuliers aux enfants et aux

adolescents, qui méritent une discussion approfondie. On rencontre des enfants, surtout au moment des périodes prépubère et pubère, dont le cœur est volumineux; la pointe est déviée en dehors, la matité allongée transversalement, le bord droit déborde davantage le bord sternal correspondant. Les cavités droites sont donc augmentées de volume ; les bruits du cœur sont normaux, mais on entend souvent des souffles extracardiaques. Avec ces signes physiques peuvent exister quelques symptômes fonctionnels; les enfants s'essoufflent facilement, ont des palpitations, des troubles de la circulation périphérique avec tendance à la cyanose et au refroidissement des extrémités. Ces cas avaient été décrits par G. Sée sous le nom d'hypertrophie cardiaque de croissance; comme Potain et Vaquez, Nobécourt déclare que cette hypertrophie du cœur n'existe pas. Quand le cœur augmente de volume et dépasse la moyenne au moment de la croissance, il ne s'agit pas d'une hypertrophie mais d'une dilatation portant, en général, surtout sur les cavités droites, et toujours, en pareil cas, il existe des causes d'affaiblissement du myocarde ou du surmenage du cœur.

Quelquefois ces enfants ont des végétations adénoïdes qui, par l'obstruction du naso-pharynx, entravent le développement du thorax et troublent le fonctionnement du cœur; pour Gallois et Faitout le cœur atteint d'hypertrophie cardiaque de croissance est un cœur adénoïdien. Nobécourt admet que l'obstruction nasale peut entraîner la dilatation du cœur, mais d'après lui cette dilatation n'est pas habituelle chez les adénoïdiens. Plus souvent il s'agit d'enfants dyspeptiques dont l'estomac est dilaté, d'enfants constipés ou souffrant d'entérocolite, les troubles digestifs sont une cause de dilatation du cœur chez l'enfant comme chez l'adulte. Parfois, ce sont des enfants ayant une nutrition défectueuse, présentant de l'albuminurie orthostatique, ou encore des fillettes chlorotiques. Dans tous ces cas, la poussée de croissance amène dans le système cardio-vasculaire des modifications qui sont mal supportées, et le cœur ayant une fibre musculaire moins résistante se laisse dilater.

Il faut aussi tenir grand compte, dans la pathogénie de ces dilatations du cœur à la puberté, du surmenage et de l'abus des exercices physiques ; on observe le syndrome chez les apprentis auxquels on impose un travail au-dessus de leurs forces, chez les jeunes gens qui font avec exagération de la bicyclette, du canotage, de la gymnastique. C'est une notion très importante à retenir en pratique car on doit toujours surveiller le cœur des enfants qui se livrent aux exercices physiques et recommander un entraînement méthodique, grâce auquel le cœur n'arrivera pas à se dilater.

Les enfants présentent souvent des troubles du rythme cardiaque, la tachycardie, la bradycardie, l'arythmie peuvent se rencontrer en dehors de tout état pathologique. Beaucoup de jeunes sujets ont de la tachycardie émotive, de la tachycardie orthostatique; ce sont surtout des asthéniques, déprimés, fils de nerveux et d'arthritiques. D'autres ont de l'arythmie respiratoire, c'est-à-dire que le pouls se ralentit et s'élève dans l'expiration, s'accélère et s'abaisse dans l'inspiration. Tous ces troubles sont physiologiques et leur pronostic n'a aucune gravité. Les extrasystoles sont plus rares chez l'enfant que chez l'adulte; on peut leur reconnaître quatre groupes de causes : l'augmentation de l'excitabilité cardiaque, les influences toxiques et réflexes, les troubles de circulation, les cardiopathies; il importe de bien distinguer ces divers ordres de faits pour le pronostic.

Le traitement des cardiopathies de l'enfance variera selon qu'il s'agit d'une cardiopathie organique ou fonctionnelle. Dans celle-ci, les médicaments cardiaques, loin d'être indiqués, sont le plus souvent inutiles; on préconisera d'abord une bonne hygiène, une vie calme et régulière, avec un travail cérébral limité, puis l'hydrothérapie, le massage, la gymnastique rationnelle; les exercices plus violents, la course, la bicyclette, ne seront autorisés que peu à peu, à mesure que la circulation s'améliorera; leur progression sera réglée en tenant compte de l'essoufflement, des palpitations, de la fréquence du pouls. Une cure thermale donne parfois de bons résultats, les enfants anémiques et déprimés sont envoyés à Royat, les sujets excitables à Bourbon-Lancy ou à Néris, les dyspeptiques et les intestinaux à Pougues, Vals, Vichy, Plombières ou Châtel-Guyon. Les palpitations sont calmées par la valériane et par l'application de compresses chaudes sur la région précordiale; en cas d'arythmie extrasystolique liée à une excitabilité anormale du cœur, Vaquez conseille l'usage alternatif de la belladone et de la valériane.

Dans les cardiopathies organiques de l'enfance, les règles du traitement sont les mêmes que chez les adultes. A propos de la digitale, Nobécourt recommande la solution de digitaline cristallisée à 1 p. 1000; pendant longtemps, dit-il, on n'osait guère prescrire la digitaline chez les enfants et beaucoup de thérapeutes en défendaient l'emploi au-dessous de cinq et même de dix ans ; en réalité on peut l'utiliser chez les enfants de tous âges, en donnant de petites doses, poursuivies pendant un temps suffisant. Nobécourt prescrit soit I goutte pendant dix jours, soit II gouttes pendant cinq jours, quel que soit l'âge de l'enfant; en général, les effets de la digitaline commencent à se manifester après l'ingestion de IV ou VI gouttes de la solution. M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 20 MARS 1914)

Un cas de kyste hydatique du foie, sans éosinophilie, avec réaction de Weinberg et examen radioscopique négatifs. — MM. P.-Emile Weill et Pruvost rapportent l'histoire d'une fillette atteinte de kyste hydatique du foie. Le foie se présentait comme une tumeur lisse, extrêmement dure; il y avait du subictère et une circulation collatérale marquée, pas de rate. On pensa d'abord à l'échinococcose, mais l'absence d'éosinophilie, de réaction de Weinberg, d'ombre hépatique à la radioscopie, fit abandonner cette hypothèse, en faveur d'une syphilis héréditaire possible, puis d'une tumeur maligne. Cependant, comme l'enfant maintenait son poids, et que le foie n'augmentait pas de volume, on se décida à tenter une laparotomie exploratrice, qui montra l'existence d'un kyste hydatique non suppuré.

A ce propos, les auteurs discutent la valeur sémiologique des signes de laboratoire, qui permettent de diagnostiquer l'échinococcose.

Effet de l'opothérapie hypophysaire sur la polyurie du diabète insipide. — MM. Lereboullet et Faure-Beaulieu exposent les résultats que leur a donnés l'opothérapie hypophysaire dans le traitement d'un cas de diabète insipide. Le malade qui a fait l'objet de leurs recherches est un infantile de vingt-quatre ans, dont ils ont antérieurement publié l'observation, et qui depuis dix ans présente une polyurie et une polydipsie permanentes de 6 à 8 litres par jour, ainsi que certains accidents, chute des dents, éruptions cutanées, rappelant ceux du diabète sucré vulgaire. Les auteurs, voyant dans cet ensemble symptomatique un syndrome d'insuffisance hypophysaire, ont tenté de le modifier par l'opothérapie hypophysaire, sons forme d'injections sous-cutanées d'extrait correspondant à un demi-lobe postérieur d'hypophyse de bœuf. Ils montrent la courbe urinaire, poursuivie près de deux mois, de leur malade. On voit que chaque injection fait baisser la diurèse, dans les vingt-quatre heures suivantes, à 1500-2000 centimètres cubes; dès le lendemain, un crochet brusque

la fait rebondir à son niveau primitif. Tant que le malade est sous l'influence de l'extrait hypophysaire, il rend des urines rares, foncées et concentrées; dès que cette action s'épuise c'est-à-dire vingt-deux heures en moyenne après l'injection, les urines récupèrent leur abondance ainsi que leur aspect pâle et presque incolore; la soif, apaisée jusqu'alors, réapparaît aussi, mais quelques heures après la reprise de la diurèse. Outre cette précession de la polyurie sur la polydipsie, l'état psychique du malade empêche d'en faire un potomane névropathe. Mais surtout toute idée de simulation ou d'autosuggestion doit être écartée de ce fait qu'à plusieurs reprises l'injection habituelle ayant été remplacée à l'insu du malade par celle d'un extrait de lobe antérieur de l'hypophyse, la polyurie est restée telle quelle, sans aucun fléchissement de la courbe urinaire; de même après deux injections d'extrait de lipoïdes de la glande totale. Ce résultat, remarquablement précis et constant mais fugace, est à rapprocher de celui que dans des cas analogues ont obtenu Farini, von den Velden, Römer, et fournit un nouvel argument en faveur du rôle de l'insuffisance hypophysaire dans la genèse du diabète insipide.

Lésions oculaires au cours de l'érythème polymorphe. — MM. P.-E. WEIL, Paul CHEVALLIER et TOULANT présentent une malade atteinte de lésions oculaires au cours de l'érythème polymorphe. L'an dernier ils avaient montré un cas d'épisclérite bilatérale et symétrique au cours d'un érythème polymorphe interne. Chez la malade d'aujourd'hui il s'agit de papules conjonctivales au cours d'un érythème polymorphe. Les lésions évoluent parallèlement à l'érythème cutané.

Les auteurs ont recherché systématiquement ces lésions oculaires de l'érythème polymorphe et ont vu qu'elles sont relativement fréquentes, mais qu'elles sont souvent très peu marquées.

Syndrome de l'hypertension gazeuse de l'estomac. — M. COUTO (de Rio de Janeiro) attire l'attention sur certaines particularités de ce syndrome qui accompagnent si souvent l'aérophagie, surtout dans sa forme non éructante.

Par suite d'un tic ou d'une lésion nasale, certains individus respirent largement par la bouche; l'air aspiré pénètre dans les voies digestives et augmente la tension de l'estomac. Le surcroît de la tension gastrique provoque une sensation de manque d'air et, dorénavant, le malade fera des inspirations profondes pour soulager l'oppression thoracique et, sans le vouloir, remplit d'air son estomac qui, à son tour, surchargé d'air, provoque l'oppression respiratoire.

L'auteur a relevé chez certains malades les particularités suivantes :

1° Une voussure de la fosse sus-claviculaire gauche;

2° Une sensation de distension et de tiraillement, surtout gênante quand le malade incline la tête du côté droit;

3° Des parasthésies diverses au niveau du trigone carotidien qui paraissent être en rapport avec l'éclatement, dans la cavité pharyngo-œsophagienne, de bulles gazeuses provenant de l'estomac;

4° Une légère dilatation des veines de la face antérieure du thorax, surtout à gauche;

5° A ces symptômes peuvent s'ajouter la diminution de la tonalité, à la percussion, du côté gauche du thorax, l'ampliation de l'espace de Traube, l'accentuation du deuxième bruit pulmonaire, et quelquefois des extrasystoles.

Les malades, impressionnés par ces symptômes, ne tardent pas à consulter leur médecin, qui doit les tranquilliser et leur conseiller le traitement des lésions naso-pharyngiennes et autres s'il y en a, et surtout la rééducation des mouvements respiratoires.

Radiumthérapie de la leucémie myéloïde. Essai de comparaison entre la radiothérapie et la radiumthérapie de cette affection. — MM. L. RÉNON, DEGRAIS et TOURNEMELLE rapportent un sixième cas de leucémie myéloïde traitée par l'application de 25 centigrammes de sulfate de radium sur la région splénique. L'action extraordinairement rapide de la médication s'est manifestée, comme dans les cas antérieurs, par une diminution de volume de la rate revenue à la normale et par un abaissement du nombre des globules blancs de 264 000 à 3 600.

Les auteurs relatent un cas de Schüller identique à ceux observés par eux. Ils ont actuellement six nouveaux malades en traitement, ce qui porte à douze le nombre des cas traités en France jusqu'à ce jour. Sur ces douze cas, huit avaient été antérieurement soumis aux rayons X et le radium n'avait été utilisé que comme dernière ressource. Aussi les auteurs se croient-ils en droit de penser que la radiumthérapie de la leucémie myéloïde est un des meilleurs traitements, sinon le meilleur, de cette affection à l'heure actuelle. Bien que l'action biochimique du rayonnement X ou du rayonnement radique semble être la même sur le tissu splénique, la radiumthérapie permet cependant une application plus intense et plus prolongée du rayonnement puisque les appareils peuvent rester de vingt-quatre à quarante-huit heures en place. C'est probablement à cette application plus prolongée de radium sur la rate et sur les leucocytes circulants qu'il faut attribuer la différence d'action légère entre ces deux médications sur la la leucémie myéloïde.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 18 MARS 1914)

Péricolites membraneuses. — M. MAUCLAIRE, à propos de la communication de M. Duval sur l'intervention chirurgicale dans les affections du gros intestin, rapporte plusieurs faits de sa pratique personnelle. Il a obtenu des succès dans les cas de ptose cæcale par la cæcopexie, dans les cas de dilatation du cæcum par la cæcoplicature. Dans un cas, cette opération fut insuffisante et il fallut recourir à une cæco-sigmoïdostomie secondaire. Cette opération lui paraît préférable à toute autre dans ces cas.

Dans les cas de cæcum mobile ou de brides partant de l'angle colique et allant à la vésicule biliaire ou à l'appendice, en un mot dans toutes les péricolites membraneuses du côté droit, la radiographie a montré à M. Mauclaire une diminution de hauteur du cæcum et du côlon ascendant. Beaucoup de péricolites pseudo-membraneuses simulent l'appendicite. Dans les cas légers, la simple section des brides peut suffire pour faire cesser les douleurs. Mais dans bon nombre de cas, elle se montre insuffisante. C'est alors à l'anastomose iléo-sigmoïde qu'il faut avoir recours ou à une anastomose de l'iléon avec le milieu du côlon transverse. Enfin, dans les cas de péricolite membraneuse graves, il vaut encore mieux recourir à la résection plus ou moins large.

On observe souvent des dilatations cæcales, par suite du voisinage du foie ou de la vésicule biliaire. La cæcoplicature, qui a été proposée dans ces cas, peut être insuffisante. La cæco-sigmoïdostomie semble préférable. Enfin, on constate souvent ces altérations du cæcum avec l'appendicite. Dans ces cas, les deux lésions sont connexes; l'une peut entraîner l'autre. Les deux lésions ne s'excluent pas.

Dans certains cas de ptose du cæcum avec constipation très opiniâtre, M. Mauclaire a eu recours à une anastomose iléo-sigmoïdienne double. On a prétendu que, à la suite de cette opération, il pouvait y avoir reflux des matières dans le cæcum. C'est, croit M. Mauclaire, une erreur. Il a obtenu de très bons résultats de cette opération.

M. SOULIGOUX fait remarquer que chez beaucoup de femmes on trouve le cæcum et l'appendice dans le petit bassin, sans que ces femmes souffrent de cette disposition. Ces cas ne sont plus du ressort de la chirurgie.

Blessure de la sous-clavière par balle de revolver. — M. Jacob fait un rapport sur une observation adressée par un confrère de l'armée : un soldat, dans une rixe, reçoit un coup de revolver dans la région sus-clavière droite; il en résulte une hémorragie grave et le blessé est aussitôt transporté à l'hôpital, pâle, exsangue; il y a au creux sus-claviculaire une tuméfaction animée de battements. Une intervention immédiate s'impose : incision le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien; une blessure d'une des branches de la sous-clavière saigne; elle est pincée, avivée sur la sous-clavière; on y trouve la balle et une perforation de l'artère elle-même. Ligature. Guérison. L'auteur de l'observation insiste sur les services que lui a rendus, dans ce cas, l'incision faite le long du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Tuberculose osseuse. — M. Chaput analyse deux observations adressées par M. de Vaucresson; il s'agissait d'un soldat atteint de tumeur blanche du cou-de-pied : incision médiane, dorsale, ablation du scaphoïde, du cuboïde et du cunéiforme; thermo-cautérisation, curettage, appareil plâtré; guérison avec 2 centimètres de raccourcissement.

Tumeur cancéreuse secondaire du foie. — M. Mauclaire fait un rapport sur une observation de M. Baudet : ablation d'une tumeur cancéreuse secondaire du bord antérieur du foie, large excision avec une notable partie de tissu hépatique sain; hémostase obtenue par une série de points en U, passés alternativement de haut en bas et de bas en haut et fixation du moignon hépatique à la paroi abdominale antérieure. Résultat parfait au point de vue de l'hémostase.

Insufflation d'air intratrachéale, adjonction d'éther à cet air pour anesthésie générale. — M. Tuffier fait une communication sur cette méthode qu'il a vu expérimenter en Amérique et dont il a déjà parlé dans la conférence qu'il a faite à la Société de l'internat (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 25, p. 403). Melzer, le physiologiste américain, a démontré par des expériences sur les animaux qu'on pouvait vivre sans respiration pulmonaire. En introduisant de l'air par la trachée dans le poumon, il met les animaux en état d'apnée absolue et ces animaux continuent à vivre, l'hématose continue à se faire très régulièrement. Melzer, d'accord avec Auer, a eu l'idée d'employer cette méthode pour obtenir l'anesthésie générale en insufflant un mélange d'air et d'éther. Le tube introduit dans la trachée doit avoir un calibre très inférieur à celui de la trachée elle-même, afin de permettre à l'air introduit de ressortir. Si l'on veut distendre le poumon pour faciliter une intervention chirurgicale sur lui, il suffit de presser sur le cou au niveau de l'épiglotte.

La méthode de Melzer présente, au point de vue de l'anesthésie générale, les plus grands avantages en chirurgie thoracique. Mais est-elle applicable à tous les cas? M. Tuffier ne le pense pas à cause de l'extrême difficulté qu'il y a à introduire la canule dans le larynx. Il faudrait trouver un moyen de faciliter cette introduction.

M. Sebileau, dont nous attendions la réponse à cet appel de M. Tuffier, affirme qu'à l'aide de l'éclairage frontal, d'une part, et du tube de Brunig, d'autre part, il devient aisé d'introduire une canule dans le larynx.

Tuberculose des ganglions mésentériques prise pour une appendicite. — M. Savariaud croit qu'on donne bien souvent l'étiquette d'appendicite chronique à des affections qui n'ont rien à voir avec l'appendice, et il estime qu'on opère beaucoup trop de malades soi-disant atteints d'appendicite chronique. Récemment encore, il s'est laissé aller à opérer un enfant qui semblait atteint de cette affection; il a trouvé une tuberculose des ganglions mésentériques. Il a trouvé un peu d'ascite et a pu retirer plusieurs ganglions. Il ne faudrait donc pas trop se hâter, selon M. Savariaud, de diagnostiquer une appendicite chronique sur quelques troubles et une sensibilité du ventre, avec ou sans défense musculaire.

Fibro-lipome d'origine périostique. — M. Walther présente un gros fibro-lipome, pesant 580 grammes, qui adhérait au périoste de la cage thoracique, chez une femme de trente-trois ans.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(séance du 13 mars 1914)

Traitement de la furonculose. — M. Houlié préconise dans le traitement de la furonculose l'ignipuncture des follicules atteints; la pointe de feu doit être portée exactement sur le follicule malade et profondément. Ce traitement, appliqué au début du furoncle, amène sa disparition; à un stade plus avancé de celui-ci, il détermine la cessation de la douleur et hâte la guérison; dans tous les cas, les résultats esthétiques obtenus sont excellents.

M. Gallois a eu l'occasion de présenter une malade, atteinte de furonculose et complètement guérie en neuf jours par l'emploi de l'iodacétone et du glycérolé d'amidon boriqué. Si l'ignipuncture détruit les furoncles naissants, le traitement par l'iodacétone les fait avorter.

Les bossus célèbres. — M. Lucien Nass, dans un travail original, précise les caractères et les causes de la mentalité des bossus, à l'esprit primesautier et souvent acerbe. Dans une revue des contrefaits célèbres, l'auteur montre la place que ceux-ci occupaient dans la littérature mondiale et rappelle que cette infirmité n'a pas empêché certains hommes de devenir de grands capitaines.

Nouveaux cas de guérison de goitre exophtalmique par l'emploi des sels de quinine à hautes doses longtemps prolongés. — M. René Gaultier, rappelant les anciens cas de Lancereaux et les siens propres, rapporte de nouveaux cas personnels où il a obtenu l'amélioration définitive des syndromes basedowiens par l'emploi de la quinine donnée à raison de 1 gramme, 2 grammes, 3 grammes par jour, prise par cachet de 50 centigrammes, 75 centigrammes, 1 gramme, 1g50 (2 cachets administrés aux repas du soir à une demi-heure d'intervalle) et cela pendant quinze à vingt jours par mois pendant plusieurs mois, sans intolérance d'aucune sorte.

Il en conclut que, en l'absence de médication spécifique du goitre exophtalmique, une thérapeutique médicale, basée sur la régulation du système sympathique déréglé, par l'emploi de la quinine, doit être traitée dans un grand nombre de cas, car elle est d'une efficacité fréquente, facile d'application et remarquablement bien tolérée.

M. Alquier rappelle que les médicaments qui agissent réellement sur le basedowisme sont ceux qui régularisent les troubles vaso-moteurs; il existe un tempérament spécial prédisposant à ces troubles et qui se retrouve après leur disparition. Quant au goitre conjugal, l'auteur a constaté un cas de syndrome fruste, il paraissait s'agir d'une simple coïncidence.

Mal de Pott cervical. — MM. Albert Weil et C. Rœderer présentent des radiographies qui se rapportent à des maux de Pott cervicaux et qui ont permis de surprendre le mécanisme de la désorganisation de la vertèbre puis de sa consolidation.

Du diagnostic et du traitement de l'arriération infantile. — M. Raoul Dupuy, dans un travail de candidature, étudie toute une série de troubles des fonctions végétatives présentées par les enfants arriérés intellectuels et en déduit que leur traitement, avant d'être pédagogique, doit surtout être physiologique. Car on ne doit pas perdre de vue que l'enfant est sous l'influence des phénomènes de la croissance et que son

état est susceptible d'amélioration si l'on veut aider la nature en favorisant les fonctions circulatoires, respiratoires, digestives et excrétrices.

JURISPRUDENCE

L'EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE DES ANGINES A FAUSSES MEMBRANES ET LA RESPONSABILITÉ DU MÉDECIN

La 7e Chambre du Tribunal civil de la Seine a rendu, le 23 février 1914, un jugement intéressant sur un point particulier de responsabilité médicale.

Un médecin, appelé auprès d'un enfant de trois ans atteint d'une angine à fausses membranes, n'avait pas recouru à l'examen bactériologique. Le père, à la suite du décès de son enfant, prétendait que le médecin, en ne procédant pas à cet examen, avait commis une faute lourde, cause du décès, et par suite avait engagé gravement sa responsabilité.

Le médecin déclara que la nécessité de l'examen bactériologique étant, dans l'état actuel de la science, une question encore discutée, devait par suite, aux termes de la jurisprudence, échapper à l'appréciation des tribunaux. Et le tribunal de lui donner raison par un jugement dont voici les principaux attendus.

« Attendu que le principe général inscrit dans les articles 1382 et 1383 du Code civil rend les médecins responsables des fautes qu'ils commettent dans l'exercice de leur profession ; que cette responsabilité s'applique d'une part aux circonstances dans lesquelles les imprudences ou les négligences d'un homme privé viennent se mêler aux actes de l'homme de l'art, et d'autre part aux faits d'ordre purement médical ; mais que, dans ce dernier cas, le médecin ne peut être tenu que d'une faute lourde, s'accusant par des faits palpables et évidents...

... Attendu, en l'espèce, que le docteur Balthazard, commis pour procéder à l'autopsie de l'enfant, a confirmé que celui-ci avait succombé aux suites d'une angine diphtérique ; qu'examinant ensuite le degré de responsabilité que le défendeur avait pu encourir, à l'occasion de ce décès, l'expert a exprimé l'avis que si, en présence d'une angine à fausses membranes, il est toujours sage de recourir à l'examen bactériologique, et s'il convient de procéder à une injection de sérum antidiphtérique, chaque fois qu'il existe un doute sur la nature de l'angine, cet examen et ce traitement ne sauraient être imposés aux médecins ; « que beaucoup d'entre eux, en effet, pensent encore que la clinique doit avoir le pas sur le laboratoire pour le diagnostic de la nature d'une angine, et qu'il suffit qu'une opinion n'ait pas encore réussi à s'implanter, d'une façon unanime, dans le monde médical, pour qu'on ne puisse imputer comme faute lourde à un médecin une pratique en désaccord avec cette opinion » ;

Attendu que de cette appréciation de l'expert il convient de retenir que, dans le cas d'angine à fausses membranes, l'examen bactériologique et l'injection de sérum antidiphtérique ne constituent point, en l'état actuel de la science, une pratique hors de discussion ; qu'il s'ensuit qu'en s'abstenant de recourir, dans le cas actuel, à cette pratique, le défendeur n'a point commis une faute professionnelle dont il puisse être tenu pour responsable. »

Le Tribunal a, dans ce jugement, fait application de principes que nous avons ici même souvent discutés. Le médecin est libre de recourir, sans engager sa responsabilité, à la méthode de traitement qu'il juge être la meilleure, et que personne ne peut lui imposer une manière déterminée de soigner une maladie. Dès qu'il y a possibilité de discuter la valeur et l'efficacité du traitement employé, de trancher des questions d'ordre purement technique et scientifique, les tribunaux reconnaissent d'eux-mêmes que la responsabilité du médecin ne peut être engagée. Ne point posséder les notions scientifiques dont l'importance est encore controversée n'est point une faute pour un médecin. Les tribunaux ne peuvent décider si le traitement institué était celui qui convenait au genre de maladie soignée (Trib. Seine, 5 janv. 1901, *Pand. franç.*, 1902, 2, 216 ; Trib. Le Havre, 5 déc. 1889, *Gaz. Pal.*, 1889, 2, 680 ; Trib. Seine, s. d., *Concours médical*, 1894, p. 129 ; Trib. Seine, 20 juillet 1907, *Gaz. trib.*, 23 juillet 1907).

Le jugement que nous rapportons était une question d'espèce qui a été tranchée, on le voit, dans le sens d'une jurisprudence constante.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 2, fév. 1914.) Arnault TZANCK et E. PELBOIS : A propos du traitement des tuberculoses cutanées et des tuberculides par le néosalvarsan. — MORIN et JOULIA : Le néosalvarsan à la clinique dermatologique de Bordeaux (1913). Incidents et accidents. — Ch. AUDRY : Sur une dent d'Hutchinson unilatérale.

Annales médico-psychologiques. — (N° 2, fév. 1914.) ARSIMOLES et LEGRAND : Troubles mentaux et maladie de Basedow. — Victor PARANT père : Les moyens d'investigation de l'autorité judiciaire sur l'état et l'internement des aliénés. Les nouveaux projets de loi sur le régime des aliénés (*fin*).

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 2, fév. 1914.) GLÉNARD : Les mouvements de l'intestin en circulation artificielle. — A. MATHIEU : Note sur un cas de sténose néoplasique du pylore remarquable par sa symptomatologie exceptionnelle. — DUBUS : Dispositif pour l'insufflation gastrique et intestinale.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 8, 28 fév. 1914.) Pierre BARBET : Les greffes osseuses dans le traitement des pseudarthroses diaphysaires acquises (*suite*).

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 4, 25 fév. 1914.) ARDIN-DELTEIL : L'antigénothérapie de la fièvre typhoïde (vaccinothérapie). — L. ROUSSEL : Six cas de fièvre typhoïde traités par le vaccin bacillaire du professeur Vincent. — CRESPIN et POUGET : Autolysat de Vincent et traitement de fièvre typhoïde.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXX, n° 3, 15 janv. 1914.) Seelye W. LITTLE : L'étude du cancer. — Wm B. P. EMERSON : Les mesures alimentaires pour les enfants plus âgés. — James A. HONEIG : Lèpre. Quelques notes sur les symptômes. — Frederick A. KEYES : Institution dentaire : méthodes, résultats. Rapport n° 2. — Harold W. BAKER : Un nouveau rapport sur l'opération de Mayo-Gilliam pour rétroversion utérine. — (N° 4, 22 janv.) Abner POST : Mortalité de la syphilis héréditaire. — J. W. COURTNEY : Un cas de myatonia congenita (Oppenheim). — Howard LILIENTHAL : Le soupçon de malignité. — Albert E. STEELE : Le corynebacterium Hodgkini dans la leucémie lymphatique et la maladie de Hodgkin. — W. T. PORTER et L. H. NEWBURGH : L'état du centre vasomoteur dans la pneumonie. — Seelye W. LITLLE : Une étude du cancer (*suite*). — (N° 5, 29 janv.) William J. MAYO : Récidives d'ulcères du duodénum après l'opération. — John H. CUNNINGHAM : Les progrès dans le diagnostic et le traitement de la syphilis. — Samuel DELANO : La question de la radiumthérapie. — Seelye W. LITTLE : Une étude du cancer (*suite*).

Tunisie médicale. — (N° 2, fév. 1914.) BRUNSWIC-LE-BIHAN : La prostatectomie. — CONSEIL : Etudes sur le Galyl et le Ludyl.

ANALYSES

MÉDECINE

La lipémie digestive dans les affections du foie et des voies biliaires. (A. Lemierre, M. Brulé et André Weill. *Arch. des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, déc. 1913.) — Au cours de recherches entreprises sur les ictères, les auteurs ont été amenés à étudier les rapports qui existent entre les troubles de la sécrétion biliaire et la digestion des graisses. Ces recherches ont porté sur les modifications du sang pendant la période digestive, et ont permis d'établir qu'il existe un parallélisme parfait entre la présence des hémoconies dans le plasma et l'augmentation des graisses du sang sous l'influence de la digestion. De l'absence d'hémoconies, on peut conclure à coup sûr au défaut d'absorption des graisses.

L'utilisation de cette épreuve des hémoconies a permis aux auteurs d'élucider quelques points curieux de physiologie pathologique de la sécrétion biliaire et de distinguer plusieurs variétés d'ictères. D'abord l'ictère complet, dans lequel concurremment à la décoloration des matières fécales avec présence d'une masse de pigments et de sels biliaires dans l'urine, on constate l'absence d'absorption des graisses, révélée par l'absence d'hémoconies après le repas d'épreuve; ce défaut d'absorption des graisses est dû à la rétention des sels biliaires.

Dans les ictères dissociés que les auteurs opposent à l'ictère complet, ce sont tantôt les pigments, tantôt les sels biliaires qui sont, d'une façon élective, retenus dans l'économie.

La rétention porte-t-elle seulement sur les pigments? On constate la teinte jaune des téguments, la décoloration des selles, la réaction de Gmelin dans l'urine; mais les réactions de Hay et de Pettenkofer y font défaut. Enfin les hémoconies se montrent dans le sang aussi nombreuses que normalement après ingestion de beurre, indiquant que les sels biliaires passent toujours dans l'intestin. Cet ictère purement pigmentaire peut persister pendant toute la durée de quelques ictères catarrhaux et infectieux bénins, ou bien au bout de quelques jours faire place à une rétention globale de la bile, et même parfois réapparaître au moment de la convalescence.

La rétention isolée des sels biliaires se présente surtout pendant la convalescence d'ictères complets; aussi doit-elle être assez souvent méconnue. Car, les pigments ayant repris leur cours vers l'intestin, la coloration des téguments, des urines et des matières redevient normale. C'est la recherche des réactions de Hay et de Pettenkofer dans l'urine, et celle des hémoconies dans le sang qui permettent de la dépister.

Les ictères dissociés ne peuvent trouver leur raison pathogénique dans une atteinte des voies biliaires, car, en pareil cas, la rétention de la bile serait globale, comme dans l'ictère par lithiase, ou par cancer du cholédoque. La rétention isolée soit des pigments, soit des sels biliaires semble impliquer une intervention de la cellule hépatique qui seule est capable d'une telle sélection parmi les éléments constitutifs de la bile. D'ailleurs, en lésant d'une façon élective le parenchyme hépatique au moyen des cytotoxines spécifiques, les auteurs sont arrivés à reproduire expérimentalement chez l'animal le type des ictères dissociés.

Il n'est donc pas surprenant de voir les ictères dissociés au cours de certaines cirrhoses du foie, la cellule hépatique étant, dans ces affections, toujours plus ou moins altérée. La dissociation n'est pas rare non plus dans l'ictère catarrhal, et cette notion s'accorde très bien avec la conception défendue par M. Abrami qui localise les lésions de tous les ictères infectieux au niveau du parenchyme hépatique.

Ces faits montrent que l'étude de la lipémie digestive constitue un moyen d'exploration précieux, susceptible de fournir aux cliniciens des renseignements intéressant aussi bien le diagnostic que la physiologie pathologique des maladies du foie et des voies biliaires. L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Etat actuel de la question du diagnostic et du traitement des tumeurs vésicales. (Hugh Hampton-Young. *Journ. Amer. med. Assoc.*, vol. LXI, n° 21, 22 nov. 1913, pp. 1857-1862.) — Cette étude est basée sur 117 cas, 15 seulement furent observés sur des sujets au-dessous de quarante ans (vingt-cinq à quarante), 85 entre quarante et un et soixante-dix ans, 16 entre soixante-dix et quatre-vingts ans : 21 étaient des papillomes bénins, 96 du carcinome, 1 du sarcome, ce qui donne une proportion globale de *83 p. 100* de tumeurs malignes ; 7 des 21 tumeurs bénignes furent observées au-dessous de quarante ans. Le papillome bénin de la vessie est *comparativement rare* et la très grande majorité des cas qui récidivent après opération récidivent finalement comme cancer. Les tumeurs vésicales malignes ne sont *pas* une extension d'une tumeur prostatique primitive. Young n'a pas vu plus de 10 cas de cancers prostato-vésicaux et ils ne sont point inclus dans cette statistique.

47 cas furent traités par ablation hypogastrique, 19 par fulguration, 22 par drainage sus-pubien, 5 par excision partielle après taille hypogastrique suivie de destruction de la base d'implantation au moyen du thermocautère ou de la fulguration ; enfin 28 cas ne reçurent aucun traitement.

1° Sur les 47 cas traités par *résection*, 80 p. 100 étaient de nature évidemment maligne au microscope ; sur les 12 cliniquement « bénins », 5 ont eu des récidives malignes, ce qui abaisse la proportion des tumeurs véritablement bénignes à 7 sur 47 soit 15 p. 100. Dans 23 cas la tumeur pédiculée fut réséquée après pinçage du pédicule, de telle sorte que l'on enlevait en même temps une collerette de muqueuse saine, toutes précautions (cautère, résorcine, etc.) étant prises pour éviter une greffe de tumeur : 9 cas étaient de nature bénigne ; les résultats furent très mauvais ; 2 cas seulement restent guéris après plus de quatre ans. Deux guérisons aussi sont le bilan des 14 cas de tumeurs malignes traités de cette façon. Dans 4 cas, la résection de la muqueuse fut plus étendue : une seule guérison. Dans 20 cas, on réséqua la totalité de l'épaisseur de la paroi vésicale : trois tumeurs bénignes, trois guérisons ; dix-sept tumeurs malignes, 7 cas en très mauvais état au moment de l'opération, 10 en bon état, *tous guéris* depuis un laps de temps variant de un à dix ans.

2° Sur les 19 cas traités par *fulguration*, 12 étaient bénins : 11 guérisons, 1 cas trop récent ; 7 cas de cancer, résultats mauvais ou nuls, quoiqu'il semble établi par ces cas que la fulguration puisse faire disparaître le tissu cancéreux, si le courant est assez fort et la vessie remplie d'air.

Dans trois cas, des résultats splendides ont été obtenus par l'emploi combiné de l'excision sus-pubienne, la cautérisation au thermocautère et la fulguration. Les points essentiels sont la destruction complète de la base et l'absence d'inoculations opératoires.

En résumé, l'excision ordinaire est totalement insuffisante. Il faut enlever toute l'épaisseur de la paroi vésicale. Le thermocautère est le meilleur agent d'exérèse. Il faut cautériser vigoureusement la tumeur avant de l'enlever. Les tumeurs bénignes se traitent fort bien à la haute fréquence.

Un diagnostic précoce est nécessaire. On peut prélever un fragment pour examen histologique à la pince-gouge cystoscopique, mais il faut avoir soin de prendre un fragment sérieux et non point une simple petite tranche superficielle. C'est la région de la base qu'il faut examiner, car c'est là que commencent les dégénérescences. F. GARDNER.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 36. — JEUDI 26 MARS 1914. 87e ANNÉE. JEUDI 26 MARS 1914. — N° 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 10 francs par an. Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

Ministère de l'intérieur. — Concours de l'adjuvat. — Le concours annuel pour l'emploi de médecin adjoint des asiles d'aliénés, qui s'est ouvert au ministère de l'intérieur le 9 mars 1914, s'est terminé le 20 mars 1914.

Vingt-cinq candidats s'étaient fait inscrire. Vingt-trois se sont présentés aux épreuves.

Ont été reconnus aptes, par ordre de mérite, à l'emploi de médecin adjoint :

Des asiles publics. — MM. les docteurs Logre, Demay, Libert (Faculté de Paris), Petit (Faculté de Bordeaux), Vinchon, Usse, Le Savoureux, Salomon (Faculté de Paris), Rochaix (Faculté de Lyon), Bessière (Faculté de Paris).

Des asiles privés. — M. le docteur Marmier (Faculté de Paris).

Concours de l'internat en médecine des asiles publics d'aliénés de la Seine. — Première épreuve. — *Médecine.* — Colique hépatique et ses complications (symptômes, diagnostic et traitement).

Chirurgie. — Fractures du rachis au niveau de la région dorso-lombaire.

Première séance de lecture. — Ont obtenu : MM. Baron, 21 points; Borel, 22 points; Toutey, 27 points; Kahn, 28 points; Lucchini, 22 points.

Guerre. — Service de santé. — Par décret en date du 18 mars 1914, a été promu dans le cadre des officiers de réserve du service de santé :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. le médecin aide-major de deuxième classe de réserve Forgues, en service au Maroc occidental.

L'enquête sur l'état sanitaire de l'armée. — Le docteur Lachaud, président et rapporteur de la commission d'enquête parlementaire sur l'état sanitaire de l'armée, a déposé le rapport qu'il vient de terminer sur l'enquête ordonnée par la Chambre, à la suite des interpellations de fin février dernier.

Le rapporteur conclut que l'augmentation de la morbidité et de la mortalité dans l'armée doit être principalement attribuée à l'incorporation simultanée de deux classes de recrues, à l'agglomération beaucoup trop considérable des troupes dans des casernes dont l'état hygiénique doit être amélioré d'urgence, et aussi à la mauvaise chaussure distribuée aux soldats.

Il rattache, en outre, l'éclosion de certaines maladies à l'ignorance et à l'inexpérience du soldat qui devrait être mieux surveillé par ses chefs.

Il incrimine aussi certains hôpitaux mixtes d'avoir été la cause de maladies contagieuses contractées par des soldats entrés en traitement pour des affections légères.

Enfin, il insiste tout particulièrement sur l'insuffisance numérique des médecins, et termine en souhaitant que le Parlement vote, dans le plus bref délai, les fonds nécessaires pour que les casernes et hôpitaux soient réparés dans le plus bref délai.

Au cours de son rapport, M. le docteur Lachaud rendant hommage, au nom de la commission, au dévouement du personnel médical et hospitalier, demande au ministre de la guerre, d'accorder des récompenses à tous ceux, médecins, infirmiers, sœurs des hôpitaux, dames de la Croix-Rouge, qui ont si vaillamment fait leur devoir.

Association générale des médecins de France. — Société centrale. — *Assemblée générale du 8 mars 1914.* — Après une allocution de M. Butte, président, résumant les travaux de la Commission administrative pendant l'année écoulée et énumérant le programme de l'année qui commence, M. Abel Watelet, secrétaire, lit le compte rendu moral de la Société. Dix-sept décès; quarante adhésions nouvelles. La Caisse d'allocations d'ancienneté a normalement fonctionné, et la Société de secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins recrute sans cesse de nouveaux adhérents.

M. Darras, trésorier, expose la situation financière de la

Société. Pendant l'année 1913, la Société centrale a distribué 14001 francs en secours.

L'Assemblée vote quatre allocations d'ancienneté de 360 francs pour cette année et décide qu'une Assemblée générale extraordinaire aura lieu le 5 avril prochain, pour discuter la proposition d'augmenter de 8 francs la cotisation, pour la porter à 20 francs.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'ASYSTOLIE

Quatre granules à 1/4 de milligramme de digitaline Nativelle ou L gouttes de la solution au millième — ce qui représente 1 milligramme de digitaline — en une ou deux fois pendant un seul jour (1).

Ou : XX gouttes le 1er jour et X gouttes les 3 jours suivants.

Ensuite, on laisse reposer le malade quinze jours ou même moins lorsque le cœur est fortement touché. Après ce délai, la digitaline est donnée aux doses de 2 granules à 1/10 de milligramme de digitaline Nativelle ou X gouttes de solution au millième 4 jours de suite, de façon à maintenir l'action cardio-tonique.

COURS ET CONFÉRENCES

LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET DE BACTÉRIOLOGIE. (Professeur : M. Pierre MARIE.) — LES MÉTHODES DE DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE APPLIQUÉES A LA CLINIQUE. — MM. Gougerot, agrégé, et P. Abrami commenceront une série de quinze démonstrations et exercices pratiques, le lundi 20 avril 1914, à trois heures trente, au laboratoire d'anatomie pathologique et de bactériologie de l'Ecole pratique (premier étage, porte à gauche), et les continueront aux mêmes heures, les lundis, mercredis, jeudis, vendredis et samedis suivants.

Programme. — Les sérodiagnostics : agglutination de Widal. — Les réactions de fixation : réaction de Wassermann. — Diagnostic biologique des pleurésies et des ascites, des méningites (cytodiagnostic). — Sang. — Ictères hémolytiques et hémolysines. — Insuffisance hépatique. — Examen des crachats. — Examen du suc gastrique. — Vaccins de Wright et opsonines. — Fonctions rénales : cytodiagnostic, urémie, chlorurémie, cryoscopie, perméabilité rénale, albumines, peptones, hématurie. — Azotémie. — Glycosurie et coma diabétique.

Le droit à verser pour cette série est de 60 francs.

Sont admis tous les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés. Des certificats seront délivrés à la fin des exercices.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) de midi à trois heures.

Deux séries de démonstrations sont faites chaque année : l'une en octobre-novembre, l'autre en mai-juin, soit avant, soit après les démonstrations de diagnostic bactériologique. Ces dernières commenceront le vendredi 15 mai 1914.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Mars 1914.) BOURNEVILLE : Du vagabondage. — H. ZANGGER : Un cas rare d'intoxication oxycarbonée par chauffage central à eau chaude. — RICHAUD : Mesures prophylactiques applicables à l'exhumation des corps des personnes décédées soit sur le territoire français, soit en pays étrangers en vue de leur transport en France, lorsque le décès est dû à une maladie transmissible ou contagieuse.

Archives d'électricité médicale, expérimentales et cliniques. — (N° 377, 10 mars 1914.) BABONNEIX : Le syndrome électrique de la réaction myotonique. — J. BERGONIÉ : Nouveaux tableaux des points moteurs. — G. FEDOR HAENISCH : La radiographie des os et des articulations. Sa valeur en chirurgie orthopédique.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 3, mars 1914.) DEJOUANY : La transfusion du sang. — JOB : La dysenterie bacillaire dans l'armée (*fin*).

Beiträge zur Klinik des Infektionskrankeiten im zür Immunitätsforschung. — (Vol. I, 3e fasc. 1913.) LINDEMANN : Le tableau de l'infection dans l'avortement criminel. — LÜDKE et KÖRBER : Recherche sur la genèse des anticorps. — GEBB : Sérothérapie de l'ulcère de la cornée. — BRUCK : L'anaphylaxie en dermatologie et vénéréologie. — FEJES : Sur la septicémie colibacillaire. — (Vol. II, 1er fasc.) DEUSSEN : Sur l'épidémiologie de la paralysie infantile. — SCHOTTMÜLLER et BARFURTH : Etiologie des affections annexielles suppurées. — RÖMER et VIEREK : Traitement et nature des paralysies diphtériques. — GAUPP : Expériences avec le sérum antityphique de Gaupp. — STADLER : Le rôle des vaisseaux dans les infections aiguës et chroniques. — SOWADE : Méthode de recherche et de culture des spirochètes.

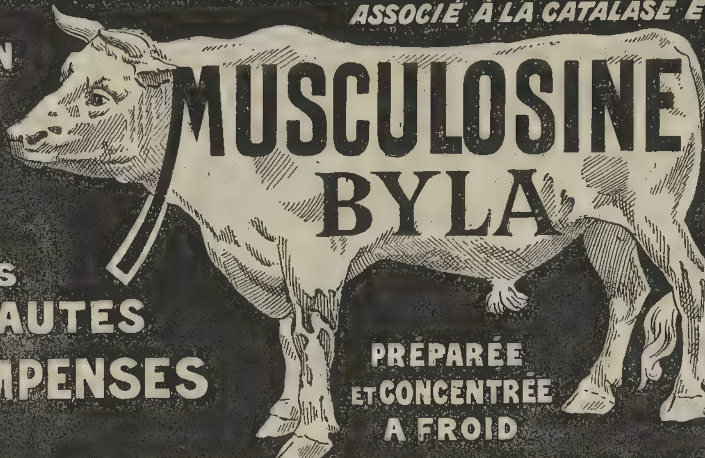
Lyon chirurgical. — (N° 3, 1er mars 1914.) X. DELORE et P. SAUTY : Gastrectomie dans l'ulcère de l'estomac (statistique personnelle) [3 fig.]. — G. AIGROT : De la résection du nerf auriculo-temporal et de ses effets sur la sécrétion parotidienne (2 fig.). — R. LERICHE : Les aspects chirurgicaux de l'aérophagie.

Lyon médical. — (N° 9, 1er mars 1914.) J. BRET : L'hypertrophie du cœur droit d'après les données numériques fournies par la méthode de W. Muller. — (N° 10, 8 mars.) CARLE : Erythème noueux et tuberculose.

Marseille médical. — (N° 5, 1er mars 1914.) Ch. ROCHE : Dans quelles conditions Daviel fit-il sa première extraction de cataracte. — RANQUE et SÉNEZ : La vaccination antityphoïdique (*fin*). — V. AUDIBERT : La maladie de Basedow et l'hystérie sont fonction de tuberculose. — V. AUBERT : Pince pour tenir l'intestin.

Medical Record. — (Vol. LXXXV, n° 6, 7 fév. 1914.) W. M. POLK : Traitement des rétrodéplacements de l'utérus. — L. Pierce CLARK : Quelques observations sur l'étiologie du torticolis mental. — William Wesley CARTER : Opérations pour la correction des difformités du nez. — David B. JEWETT : Maladie de l'hypophyse en rapport avec le diabète insipide; avec l'exposé de deux cas. — A. J. GILMOUR : Un cas de sclérodermie. — Edward Huntington WILLIAMS : L'ivrognerie menaçante dans le Sud. — E. P. BERNSTEIN : Abcès du cerveau dû au bacille coli communis. — (N° 7, 14 fév.) Adolf SCHMIDT : Quelques remarques au sujet de la diarrhée chronique et de la constipation. — H. W. MARSHALL : Les épaules raides et douloureuses. — John Benjamin NICHOLS : Métabolisme et vitalité. — W. C. K. BERLIN : Bactériémie, infections et maladie de Bright. — Henry G. BUGBEE : Nouvelles observations sur l'usage de l'étincelle de haute fréquence pour la guérison de l'obstruction prostatique dans des cas choisis. — J. A. HAGEMANN : Les muqueuses des voies respiratoires supérieures envisagées comme émunctoires. — Benjamin F. OCHS : Dermatoses dues à une toxémie.

(1) Si le myocarde est très altéré, il y a intérêt à donner des doses plus faibles.


TRAITEMENT DE L'ANÉMIE, NEURASTHÉNIE
ET DE TOUS LES ETATS CONSOMPTIFS
SUC PUR INALTÉRABLE DE VIANDE DE BŒUF CRUE
ASSOCIÉ A LA CATALASE ET AUX OXYDASES OXYHÉMOGLOBINIQUES
LE FLACON ENTIER 8 FRANCS
MUSCULOSINE
BYLA
LE DEMI-FLACON
4 Fr 50
LES PLUS HAUTES RÉCOMPENSES
PRÉPARÉE ET CONCENTRÉE A FROID
DOSE MOYENNE
4 Cuillerées à bouche par Jour pour Adultes,
4 Cuillerées à dessert pour les enfants.
ABSENCE TOTALE DE TOUS GERMES NOCIFS
LES ETABLISSEMENTS BYLA
GENTILLY (SEINE)

CLINIQUE MÉDICALE

ÉTUDES SUR LA PATHOLOGIE DE L'ULCUS

V

LE SYNDROME ULCÉRO-PYLORIQUE

(Suite)

Par M. ALBERT MATHIEU (*),
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

REMARQUES PRATIQUES SUR LA RECHERCHE DE L'HYPERSÉCRÉTION. — Avant d'exposer le diagnostic différentiel des douleurs tardives, je désire présenter quelques remarques relatives à la valeur de la recherche de l'hypersécrétion par l'exploration extérieure de l'abdomen. Dans l'étude précédente (**) ont été mentionnées les nombreuses méthodes proposées pour déterminer l'existence et l'importance de l'hypersécrétion gastrique.

Un procédé couramment employé par les cliniciens est l'évacuation par la sonde, le matin à jeun, du liquide contenu dans l'estomac. Le plus souvent, dans la pratique courante, nous n'introduisons pas la sonde, du moins d'une façon répétée, et, assez souvent même, nous ne la passons pas du tout lorsqu'il s'agit de malades pour lesquels il pourrait y avoir quelque danger à le faire. Chez quelques malades, la recherche par la sonde est faite simplement une fois et, ultérieurement, nous nous contentons de l'exploration extérieure pour constater la présence du liquide le matin à jeun et apprécier sa quantité. Dans la clinique habituelle, du reste, dans le plus grand nombre de cas, il suffit de cette exploration du matin pour avoir un renseignement suffisant sur ce que sont la stase et l'hypersécrétion. Cependant, il est bon de savoir qu'on peut se tromper, qu'il peut y avoir des erreurs, qu'on peut trouver du liquide le matin à jeun dans une assez grande proportion sans qu'il s'agisse de liquide d'origine gastrique. On peut (et j'ai, pour ma part, commis cette erreur), on peut penser qu'il existe du liquide d'hypersécrétion alors qu'il s'agit en réalité de liquide salivaire ingurgité par un malade atteint de *sialorrhée*. Dans un cas de tabes avec crises gastriques méconnues, je pensais que le malade était atteint d'ulcère de l'estomac parce que je trouvais chaque matin par la succussion un bruit de flot assez marqué. En réalité, c'était un sialorrhéique qui déglutissait une assez grande quantité de salive vers le matin, et chez lequel il n'y avait pas d'hypersécrétion gastrique et pas d'ulcère.

On signale également comme cause d'erreur la présence de la *bile dans l'estomac*. Il y a une vingtaine d'années, on a décrit, comme une variété particulière, la dyspepsie par reflux et accumulation de la bile dans l'estomac. Cette variété de dyspepsie est très contestable. Il est difficile en effet de démontrer que la présence de la bile dans l'estomac est antérieure au passage de la sonde et que son reflux du duodénum à travers le pylore ne s'est pas fait sous l'influence des efforts de vomissements.

Je ne parle pas de la *gastromyxorrhée de Kuttner*. Cet auteur a décrit, sous ce nom, un état gastrique au cours duquel on trouve, le matin à jeun, dans l'estomac, une grande quantité de liquide muqueux. J'avoue n'avoir aucune idée personnelle sur la gastromyxorrhée et sur sa valeur séméiologique.

HYPERSÉCRÉTION ET STASE. — Revenons encore sur les rapports de l'hypersécrétion et de la stase. Il est bien évident qu'on ne pourrait guère juger la réalité de l'hypersécrétion s'il n'y avait pas en même temps un certain degré de rétention, quand même le liquide sécrété par l'estomac serait en quantité exagérée. Il serait difficile de démontrer cette exagération si son évacuation se faisait d'une façon continue par le pylore. On s'explique donc que certains auteurs, en particulier Rubow, aient pu juger que, en cas semblable, la rétention avait une importance prépondérante. Albu, de son côté, prétend que la rétention est la véritable cause des apparences de l'hypersécrétion chlorhydrique et de l'hyperchlorhydrie.

Quoi qu'il en soit de cette discussion sur laquelle je ne veux pas insister, nous sommes actuellement amenés à penser, lorsqu'il y a hypersécrétion avec un certain degré de rétention, qu'il existe un ulcus gastrique, et, plus particulièrement encore, un ulcus pylorique ou juxtapylorique. C'est là une conception française à laquelle je suis heureux de voir aboutir de leur côté des cliniciens étrangers et en particulier Knud Faber (de Copenhague) [1] et son élève Kemp (2).

Mais, l'hypersécrétion est-elle un signe certain d'ulcus pylorique ou juxtapylorique? Je n'oserais pas l'affirmer, et je songe à ce propos à une observation un peu trop brièvement rapportée par MM. Hayem et Lion dans leur *Traité des maladies de l'estomac*. Une jeune fille était atteinte d'anorexie nerveuse. Elle présentait tous les signes de l'hypersécrétion ; elle avait le matin à jeun du liquide résiduel franchement acide dans l'estomac. Or, après sa mort survenue à la suite d'accidents de tuberculose pulmonaire, on trouva à l'autopsie un estomac moyennement dilaté avec des parois amincies. A l'examen histologique, une gastrite mixte, mais aucune espèce de lésion ulcéreuse pylorique ou prépylorique.

Voilà donc un cas dans lequel l'examen anatomo-pathologique a été fait avec toute la rigueur voulue, dans lequel, malgré l'hypersécrétion constatée le matin à jeun, il n'y avait pas d'ulcus, et particulièrement pas d'ulcus pylorique ou juxtapylorique. Pour ma part, je ne répugne nullement à admettre

(*) Conférence faite le 12 février 1914 à l'hôpital Saint-Antoine. (Compte rendu sténographique revu par l'auteur.)

(**) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 8, p. 117; n° 14, p. 213; n° 21, p. 325, et n° 29, p. 464.

(1) Knud FABER. Das chronische juxtapylorische Magengeschwür, *Medizin. Klinik.*, 1913, n° 34.

(2) Sk. KEMP. Ulcus chron. juxtapyloricum, dessen Diagnose u. Behandlung, *Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Mediz. u. Chirurg.*, 1914, Bd. XXVII, Hft. 3.

que l'hypersécrétion avec un certain degré de rétention puisse exister en dehors de l'ulcus ou, tout au moins, précéder l'ulcus.

M. Frémont (de Vichy), comme vous le savez, pratique couramment l'exclusion de l'estomac chez le chien en anastomosant le cardia avec le duodénum et en conservant l'innervation de l'estomac. Il établit un abouchement artificiel de l'estomac à la paroi abdominale, une véritable gastrostomie, grâce à laquelle on peut récolter le suc gastrique pur matin et soir. M. Frémont indique un moyen extrêmement simple de déterminer à coup sûr la production de l'ulcus chez les chiens ainsi opérés : c'est de provoquer la rétention du suc gastrique dans l'estomac isolé et fermé de toutes parts sauf au niveau de la bouche artificielle de la paroi abdominale. Lorsqu'au lieu de le vider matin et soir, comme il le fait en temps ordinaire, il laisse le suc gastrique s'accumuler, il se produit à coup sûr un ulcus typique.

Le chien relativement à l'homme est en état constant d'hyperchlorhydrie et d'hypersécrétion. En provoquant la rétention du suc gastrique dans son estomac isolé, on provoque l'apparition de l'ulcus. Eh bien ! la même chose ne peut-elle pas se produire chez l'homme ? Est-ce que, chez des malades chez lesquels il y a, en même temps que de l'hypersécrétion, un certain degré de ptose et d'atonie, la lenteur d'évacuation ne peut pas devenir une cause d'ulcération ? Dans la plupart des cas, nous constatons l'hypersécrétion alors qu'il existe déjà un ulcus pylorique ou juxtapylorique caractérisé cliniquement par des crises douloureuses avec rétention. Dans le mécanisme complexe et variable de la pathogénie de l'ulcus, ne peut-on laisser une place à l'ulcus par rétention, à l'ulcus dans lequel l'hypersécrétion a précédé la lésion ulcéreuse ? Cela n'empêcherait du reste nullement d'admettre qu'une fois constituée l'ulcération soit à son tour une cause d'hypersécrétion chlorhydro-peptique et de rétention par spasme réflexe du pylore. De là un de ces cercles vicieux si fréquents en physiologie pathologique.

Mais j'ai hâte de quitter le domaine de l'hypothèse et de revenir à la clinique.

Douleur tardive. — Passons maintenant à l'étude du second des éléments symptomatiques les plus importants dans les cas atténués de syndrome ulcéropylorique, c'est-à-dire de la douleur tardive.

Tout d'abord il me semble qu'on doit distinguer la douleur que l'on peut appeler demi-tardive de la douleur tardive proprement dite. J'appellerais volontiers douleur demi-tardive celle qui se produit moins de trois heures après l'ingestion des aliments, et douleur tardive celle qui se produit trois, quatre, cinq heures après.

Moynihan a eu parfaitement raison d'insister sur la valeur clinique de la faim douloureuse. La douleur tardive a une réelle importance pour le diagnostic de l'ulcus pylorique ou juxtapylorique ; mais cependant, il y a des cas dans lesquels le type est atténué ; il y a même des cas dans lesquels on ne trouve plus la douleur à proprement parler, mais des crises de sialorrhée ou d'aérophagie tardive qui sont, on le sait, de véritables équivalents de la douleur tardive.

La douleur tardive d'origine ulcéreuse, il faut bien le savoir, a une tendance naturelle à perdre son horaire normal lorsque les lésions ulcéreuses vieillissent et s'accentuent. Il tend à y avoir avance sur l'horaire du début, de sorte qu'une douleur à horaire primitivement tardif devient ultérieurement une douleur demi-tardive ou même précoce, lorsque l'ulcus date déjà de longtemps, surtout lorsqu'il est devenu plus grave, plus étendu, plus sténosant par exemple, qu'il ne l'était antérieurement.

Dans leur théorie célèbre, Soupault et Hartmann ont attribué la douleur tardive au spasme du pylore. Cette explication est certainement exacte pour le plus grand nombre des cas. La douleur tardive se trouve liée aussi à l'hypersécrétion et à l'hyperchlorhydrie. Le spasme douloureux du pylore semble du reste à la fois cause et effet : effet en raison de l'action irritante exercée par l'acidité gastrique, et cause parce qu'à son tour il appelle l'hypersécrétion réflexe.

Toutefois on peut se demander si la douleur tardive est toujours provoquée par le spasme pylorique, et, pour ma part, je tends à croire que non, et à penser qu'il y a d'autres éléments pathogéniques de la douleur tardive. Dans une étude ultérieure à propos de l'ulcus de la petite courbure et de la sténose méso-gastrique consécutive à l'ulcus de la petite courbure, j'aurai l'occasion de citer des cas dans lesquels il semble bien qu'il y ait eu une rétention passive, par atonie ou par inhibition sous-jacente à l'ulcus, sans qu'il fût nécessaire d'invoquer le spasme du pylore. Il me semble aussi que, dans ces cas, les contractions de la paroi de l'estomac ont déterminé de la douleur sans que le pylore intervînt, et c'est peut-être une des raisons pour lesquelles la douleur dans l'ulcus de la petite courbure est semi-tardive plus que tardive.

Hyperesthésie du plexus solaire. — Il convient du reste d'attribuer une grande importance à l'hyperesthésie du plexus solaire qui existe dans tous les cas d'ulcus et qui doit certainement jouer un rôle dans la production des douleurs et en particulier des douleurs tardives. On se représente très bien que l'irritation de l'estomac n'atteigne pas d'emblée son maximum et que la sommation des irritations gastralgiques ne se produise que vers la fin de l'acte digestif et de la journée, qu'intervienne ou que n'intervienne pas le spasme pylorique ou juxtapylorique. Ce n'est pas, je le répète, que je veuille déposséder le pylore au profit du plexus solaire.

Je crois qu'il y a place pour les deux éléments et que le spasme douloureux pylorique dû à l'ulcus pylorique ou juxtapylorique est encore l'élément séméiologique le plus caractéristique des lésions ulcéreuses du pylore et de son voisinage.

Douleur tardive et hypochlorhydrie. — La production de la douleur tardive serait, a-t-on cru pendant longtemps, liée intimement à l'existence de l'hyperchlorhydrie. Nous connaissons cependant toute une série de cas, indépendamment du cancer

de l'estomac, où il y avait nettement une douleur tardive, quelquefois même calmée par les alcalins, et dans lesquels l'analyse du suc gastrique a démontré une hypochlorhydrie marquée. Il y a une quinzaine d'années, avec Laboulais, nous avons communiqué à la Société médicale des hôpitaux une série d'observations de malades qui, ayant des douleurs tardives, à type nettement tardif, étaient des hypochlorhydriques, à hypochlorhydrie nettement accentuée et dont les douleurs ont été calmées par la prise d'acide chlorhydrique ou de suc gastrique naturel.

Il ne faut donc pas considérer la douleur tardive comme l'indice certain de l'hyperchlorhydrie.

La douleur tardive, qui n'est pas toujours en rapport avec l'hyperchlorhydrie, n'est pas toujours explicable par conséquent par l'accumulation dans l'estomac d'un liquide trop riche en acide chlorhydrique ou par l'excitation produite par ce liquide au niveau de l'ulcus lui-même ou au niveau de la muqueuse du duodénum. Elle ne dépend pas toujours d'un ulcus pylorique ou juxtapylorique, surtout dans ses formes atténuées ou dans ses formes demi-tardives. Elle peut n'être pas d'origine gastrique, et j'y reviendrai tout à l'heure; mais, avant de parler des cas dans lesquels la douleur n'est pas d'origine gastrique, il convient de signaler sa fréquence relative dans le cancer de l'estomac, même s'il ne s'agit pas d'ulcéro-cancer et s'il y a hypochlorhydrie marquée.

Douleur tardive dans le cancer de l'estomac. — J'ai demandé à M. Moutier de relever dans les observations du service la proportion des faits dans lesquels la douleur tardive avait été signalée dans le cancer de l'estomac. Voici le tableau qu'il m'a remis : sur 442 malades atteints de cette maladie, 33 hommes, c'est-à-dire 7,66 p. 100, ont nettement présenté de la douleur tardive. Sur 222 femmes, la douleur tardive a été signalée 20 fois ; proportion, 9 p. 100. Au total, sur 664 malades, 53 cas de douleur tardive, soit une proportion de 8 p. 100 environ.

Les douleurs tardives du cancer de l'estomac ont souvent quelque caractéristique qui peut permettre d'en faire connaître, ou tout au moins d'en faire soupçonner la nature : ce sont d'abord, d'une façon générale, des douleurs d'une violence extrême qui ne sont pas calmées par les alcalins. Ordinairement, elles sont plutôt exaspérées que calmées par l'alimentation. Il y a cependant quelques cas exceptionnels dans lesquels la douleur, même avec un cancer de l'estomac, a pu être calmée par les alcalins et par l'ingestion des aliments, momentanément tout au moins. Je ferai remarquer au surplus que, dans la statistique que je viens de citer, il n'a été tenu compte que des cas dans lesquels le cancer était évident, dans lesquels les douleurs tardives ne remontaient pas à plus d'une année, et ceci pour éviter l'hypothèse d'une néoplasie greffée sur un ulcus de vieille date. On sait en effet que, lorsque le néoplasme se greffe sur un ulcus préalable, la séméiologie ulcéreuse se maintient souvent pendant très longtemps, et quelquefois même jusqu'au terme de la vie du malade. Nous avons laissé, M. Moutier et moi, ces cas de côté ; nous n'avons retenu que le cancer de l'estomac proprement dit et d'emblée.

Il semble que ce soit dans les cas où la petite courbure est atteinte par la lésion néoplasique que ces douleurs tardives du cancer de l'estomac paraissent surtout se produire, et, dans un certain nombre de cas, elles prennent alors une intensité très grande. Des crises se produisent sous la forme de paroxysmes extrêmement intenses qui ressemblent soit à une crise gastrique tabétique, soit plutôt aux crises observées dans le cancer du corps du pancréas.

Ceci dit, je vais envisager maintenant une série de conditions dans lesquelles la douleur tardive est due à des lésions situées en dehors de l'estomac. Il est opportun de faire cette revue ; c'est ce qu'a pensé déjà avec raison M. Lœper qui a publié récemment une bonne étude sur cette question.

Je laisserai de côté les douleurs tardives que l'on pourrait attribuer à des réflexes lointains tels que l'*appendicite* ; j'y reviendrai du reste, car je me propose d'étudier ultérieurement les rapports de l'ulcus et de l'appendicite. Je laisserai aussi de côté les douleurs attribuées *au rein mobile* et aux *lésions utéro-annexielles*. Je les laisserai de côté parce qu'il est souvent très difficile en cas semblable de savoir si les malades dont les observations peuvent être considérées comme les plus typiques étaient ou non atteints d'un ulcus pylorique ou juxtapylorique. Nous savons combien grande est l'extension du domaine de l'ulcus, surtout dans ses formes atténuées que l'on ne diagnostiquait pas autrefois, et il faut être extrêmement prudent avant de déclarer qu'un malade qui présente des symptômes analogues à ceux de l'ulcus n'est pas en réalité atteint d'ulcération gastrique. En tout cas, je pense que les lésions précédentes ne peuvent qu'exceptionnellement simuler l'ulcus douloureux. Je me contenterai donc d'insister sur les douleurs tardives d'origine biliaire, d'origine pancréatique et d'origine colique.

Douleurs tardives d'origine biliaire. — On peut en distinguer trois types, d'abord un type correspondant à la *colique hépatique*, surtout à la colique vésiculaire, à la colique hépatique à type gastralgique, puis un type correspondant aux *cholécystites chroniques* et enfin un type en rapport avec l'existence d'*adhérences duodénales ou duodénopyloriques* dont la sémiologie est tout à fait semblable à celle que l'on rencontre toutes les fois qu'il existe des adhérences semblables dans la région duodénopylorique. Je laisserai pour le moment de côté cette dernière catégorie de faits sur lesquels j'aurai l'occasion de revenir en étudiant l'ulcère duodénal.

La *crise de colique hépatique à forme gastralgique* est d'une observation fréquente, plus fréquente certainement que ne le croient la plupart des médecins, si j'en juge par le nombre de malades qui se présentent à mon observation, surtout à ma consultation particulière, sous prétexte de lésions gastriques, alors qu'en réalité il s'agit de la forme gastralgique de la colique hépatique. En général, il

n'y a pas de difficulté à reconnaître les faits de ce genre; les malades qui accusent ces douleurs commencent par vous parler de douleurs extrêmement intenses survenant au creux de l'estomac, et assez souvent tardivement, trois, quatre, cinq heures après le repas. Fréquemment, pendant la nuit, les douleurs surviennent brusquement, elles sont extrêmement intenses, durent plus ou moins longtemps, quelquefois une demi-heure, une, deux, trois heures, davantage même. Elles sont tellement violentes dans un bon nombre de cas qu'il n'y a qu'un moyen de les calmer, c'est de pratiquer une injection hypodermique de morphine.

Dans des cas semblables, on est presque tout de suite fixé parce que le malade, soit spontanément, soit la plupart du temps après qu'on l'a interrogé à ce sujet, déclare que ses crises douloureuses sont très espacées les unes des autres, qu'il souffre un jour donné à des intervalles plus ou moins éloignés, souvent à l'époque des règles chez les femmes, mais qu'en dehors de ces crises espacées il ne souffre pas de l'estomac ou ne présente que des phénomènes de dyspepsie banale. Le fait de l'éloignement de ces crises est très important et doit retenir l'attention; il suffit la plupart du temps pour orienter le diagnostic vers la crise de colique hépatique, crise vésiculaire, crise hépatique à forme gastralgique.

Il arrive du reste que, à la suite d'une crise de ce genre, il se présente de l'ictère très net avec coloration exagérée des urines due à la présence de pigments biliaires et décoloration des matières fécales. Quelquefois c'est simplement une ébauche d'ictère et surtout d'ictère conjonctival. Cet ictère léger échappe du reste facilement à l'attention d'un malade non prévenu. En tout cas, quand elle se montre, la jaunisse vient certifier nettement la nature des accidents préalablement observés.

On peut rapprocher de cette catégorie de faits ceux dans lesquels il y a des douleurs tardives d'origine biliaire, d'origine lithiasique biliaire, en rapport avec des lésions chroniques de la tête du pancréas. Ici les crises tendent à se rapprocher davantage de celles qui s'observent dans la cholécystite chronique.

Douleur d'aspect gastralgique de la cholécystite chronique. — Dans un certain nombre de cas, les douleurs bien que d'origine biliaire tendent à se présenter par périodes de plusieurs jours, plus ou moins prolongées, et à ne pas être isolées un seul jour comme les coliques typiques vésiculaires. Leur horaire est souvent peu irrégulier, tantôt avancé, tantôt retardé. Elles ne sont pas calmées par l'alimentation ou elles ne le sont que d'une façon incomplète et momentanée. Surtout elles ne sont pas calmées par l'ingestion des alcalins, et c'est là un signe important de différenciation d'avec les douleurs ulcéro-pyloriques.

Dans ces cas, on trouve parfois une vésicule rendue appréciable par la présence de calculs. Ou bien encore, à l'examen radioscopique, on constate que, avec un estomac dont la configuration peut être très variée, la douleur ne siège ni au pylore, ni au niveau du duodénum, ni au niveau du point épigastrique correspondant au plexus solaire. C'est plus haut et plus à droite vers la région vésiculaire qu'elle s'observe. Dans les cas de cholécystite chronique, on prétend que la douleur est due surtout à ce que la vésicule biliaire commence à se vider trois ou quatre heures après l'ingestion des aliments, l'évacuation de son contenu se poursuivant pendant des heures. De là des crises d'horaires irréguliers et prolongés.

Si cette explication n'est pas exacte, elle peut tout au moins servir de moyen mnémotechnique pour retenir quelle est la valeur du fait séméiologique pris en lui-même.

Il peut y avoir, dans un certain nombre de cas, une difficulté très grande à reconnaître de quoi il s'agit dans des circonstances semblables. Si, comme cela se rencontre parfois, il se produit à la suite de crises de ce genre des adhérences prenant leur point de départ sur les voies biliaires, se portant vers la région duodénale et vers la région pylorique, on peut voir apparaître des accidents douloureux, continus, paroxystiques, des phénomènes de rétention gastrique. Les lésions sténosantes étaient-elles d'origine biliaire ou d'origine duodéno-pylorique. Il est souvent bien difficile de le décider. Il n'y a alors qu'un moyen de faire ce diagnostic différentiel, c'est de pratiquer la laparotomie exploratrice. Et encore!

Douleurs tardives d'origine pancréatique. — Prenons maintenant la douleur d'origine pancréatique. M. Lœper distingue deux types : d'abord des crises analogues à celles de la lithiase biliaire, en rapport très vraisemblablement avec la lithiase pancréatique. Seulement, nous savons que la lithiase pancréatique est assez rare et il est très difficile d'en établir le diagnostic, à moins qu'il ne se présente en même temps des phénomènes de nature à attirer l'attention sur une lésion chronique du pancréas et en particulier de la glycosurie. C'était le cas dans une observation très intéressante rapportée par M. Lœper. Il s'agit d'un homme de trente-six ans qu'on avait soigné pour de l'hyperchlorhydrie parce qu'il avait de la douleur trois heures après le repas, douleur durant une heure et même davantage, extrêmement intense, provoquant quelquefois des crises lipothymiques et même syncopales. L'examen de l'urine montra une forte quantité de sucre et la mort se produisit dans le coma diabétique. On trouva à l'autopsie un pancréas scléreux avec dilatation marquée des canaux pancréatiques. C'est là un cas très intéressant mais aussi exceptionnel.

J'ai parlé plus haut de la douleur en rapport avec des lésions de la tête du pancréas d'origine biliaire. Ce sont des faits d'un diagnostic assez difficile dont l'histoire clinique se rapproche assez souvent de celle du cancer de la tête du pancréas.

Les douleurs liées à l'existence d'un cancer du corps du pancréas méritent une mention particulière.

M. Chauffard, il y a quelques années, a insisté avec raison sur l'intensité, la violence de ces dou-

leurs qui ont tout à fait le type de douleurs d'origine solaire. Il a cité l'observation d'un de nos amis communs qui a succombé à des accidents de cancer du corps du pancréas longtemps méconnu. Chez ce malade, il y avait eu au début une phase précoce dans laquelle les douleurs étaient nettement à type tardif, de telle sorte que ma première impression en le voyant avait été qu'il s'agissait d'un ulcus. Toutefois, ces douleurs résistèrent au bicarbonate de soude et l'analyse du suc gastrique montra un degré marqué d'hypochlorhydrie. Je fus ainsi amené à penser qu'il existait un néoplasme de la petite courbure de l'estomac, alors qu'en réalité il s'agissait d'un néoplasme du corps du pancréas comme la suite de l'observation et surtout la nécropsie pratiquée par Cornil l'ont démontré. Dans ce cas particulier, indépendamment du néoplasme du pancréas, il y avait de petits ganglions néoplasiques secondaires au contact direct du plexus solaire.

Douleur tardive et colite chronique. — La douleur tardive se montre souvent au cours de la colite chronique. Elle se produit au moment où les aliments arrivent dans le cæcum, c'est-à-dire quatre heures après leur ingestion. Leur arrivée provoque la mise en mouvement du cæcum et du côlon transverse et l'apparition de douleurs qui sont assez souvent confondues avec des douleurs d'origine gastrique. Cependant les malades accusent plutôt une sensation de colique qu'une sensation de crampe, plutôt une barre transversale qu'une douleur, et, en cas semblable, la coexistence de signes de colite, de mucosités dans les selles aura une importance très grande. Souvent aussi la douleur colique est suivie d'une selle, ce qui ne se voit jamais après une crise gastralgique. Dans d'autres cas il y a coexistence et le jugement peut être quelquefois extrêmement difficile sur le rôle de l'ulcus et de la colite. Il peut se faire soit que la colite se soit développée en même temps que l'ulcus, soit comme il est fréquent qu'elle lui ait succédé. J'ai l'intention, du reste, d'étudier plus tard les rapports de l'ulcus, de la colite et de l'appendicite.

Crises pseudo-tabétiques. — Pour terminer l'exposé actuel, je parlerai d'une série de cas rapportés récemment par Babinski, G. Durand et Chauvet, dans lesquels les douleurs d'origine ulcéreuse ont fait penser à tort pendant longtemps à l'existence du tabès, alors qu'il s'agissait d'un ulcus pylorique ou juxtapylorique.

J'ai écrit, il y a cinq ans, que j'avais la conviction d'avoir autrefois considéré comme tabétiques des malades en réalité atteints d'ulcus. Je connaissais l'existence de formes cliniques d'un diagnostic particulièrement délicat. Les faits récemment publiés montrent combien l'analogie peut être étroite et l'embarras du clinicien justifié.

Voici le résumé d'une observation rapportée à la Société de neurologie, en mars 1913, par Babinski, Chauvet et Gaston Durand. Un homme de trente-huit ans présentait des crises brusques de douleurs gastriques d'une durée de huit à dix jours, violentes, atroces, s'accompagnant bientôt de vomissements incessants. On n'avait relevé ni hématémèse ni mélæna. Aucune espèce de douleur d'estomac dans l'intervalle des crises paroxystiques. Babinski pensa tout d'abord à l'existence du tabes et il fut très surpris de n'en trouver aucune espèce de signe. A l'examen radioscopique, on constata la présence d'une certaine quantité de liquide à jeun et l'estomac était un peu dilaté. Il y avait un peu de sensibilité dans la région pylorique. Remarquez ici la présence du liquide le matin à jeun ; je ne crois pas pour ma part que, chez un tabétique vrai en période de crise, on puisse trouver du liquide le matin à jeun. On pensa, malgré les apparences, qu'il s'agissait d'un ulcus ; la gastro-entérostomie fut pratiquée par le docteur Martel qui trouva un pylore induré avec un estomac dilaté et il ne lui parut pas douteux qu'il y eût un ulcus. Après la gastro-entérostomie, les crises disparurent; mais ce malade mourut de granulite quelque temps après. A l'autopsie, on constata nettement un petit ulcus prépylorique.

Voilà un autre fait rapporté par Durand et Chauvet (1). Un malade, chez lequel il n'y avait pas de liquide à jeun, présentait des crises douloureuses extrêmement violentes comme celles du malade précédent. A la radioscopie, on avait constaté un petit estomac en état de spasme total, particularité plusieurs fois signalée chez les tabétiques ; aucune espèce de signe de tabes. Toutefois, il y avait eu une petite hématémèse. L'opération fut pratiquée par le docteur Baumgartner qui constata des adhérences de la région pylorique et une induration prépylorique au niveau de la petite courbure. Il fit la résection, on constata sur la pièce enlevée l'existence d'un ulcus.

Voilà des faits extrêmement intéressants qui démontrent de combien près des accidents d'ulcus pylorique ou juxtapylorique sont susceptibles de ressembler à des crises tabétiques, et surtout d'y ressembler par cette particularité que, en dehors des crises, le malade n'éprouve aucune espèce de douleur, et que, lorsque la période paroxystique douloureuse a pris fin, que les vomissements ont cessé, le malade peut immédiatement se mettre à manger sans souffrir.

Il faut surtout retenir de ces observations cette notion importante que l'absence de douleur dans l'intervalle de ces crises paroxystiques, leur terminaison brusque, la possibilité de s'alimenter immédiatement après sans souffrir ne sont pas une raison suffisante pour éliminer l'idée d'un ulcus pylorique ou juxtapylorique.

Il faut savoir aussi que, dans certains cas d'ulcus chronique de la petite courbure, il peut y avoir des crises extrêmement violentes avec intolérance gastrique qui simulent, elles aussi, complètement des crises gastriques tabétiques avec vomissements. Dans un travail tout récent, Leriche signalait des faits de ce genre dans le *Lyon chirurgical*.

Le hasard fait que j'ai en ce moment dans mon

(1) G. Durand et Stephen Chauvet. Crises gastriques tabétiformes dans les gastropathies organiques, *L'Hôpital*, 1913, n° 1, p. 14.

service un malade atteint d'un ulcus à rechutes datant déjà de dix ou douze ans, peut-être davantage, qui me paraît présenter deux catégories de crises très différentes les unes des autres : d'une part, des crises ulcéro-pyloriques habituelles telles que nous les connaissons, crises durant pendant dix jours, quinze jours par exemple, pendant lesquelles il souffre beaucoup, vomit de temps en temps, a des douleurs tardives calmées par l'ingestion des aliments, mais n'a pas une intolérance absolue comme celle que l'on rencontre dans les crises gastriques tabétiques. D'autre part, il a de temps en temps des crises d'évolution beaucoup plus courte ne durant que deux ou trois jours, qui débutent brusquement, pendant lesquelles le malade présente une intolérance gastrique complète et des vomissements que rien ne peut arrêter. Ces crises cessent brusquement. Nous avons assisté ces jours-ci à l'évolution de l'une d'elles. Le malade vomissait des quantités considérables de liquide riche en acide chlorhydrique. Cette crise s'est terminée brusquement et dès le lendemain le malade pouvait s'alimenter.

Voilà donc un sujet qui présente les deux variétés de crises séparées les unes des autres. Son observation peut être utilement rapprochée de celles qu'ont publiées Babinski, Chauvet et Durand.

MÉDECINE PRATIQUE

LE TRAITEMENT DU DIABÈTE

D'après le professeur ROBIN.

La bonne fortune nous a conduits récemment à l'hôpital Beaujon où nous avons entendu une leçon magistrale du professeur Albert Robin sur le traitement du diabète. Nous devons être reconnaissant à M. Robin d'avoir apporté un peu de précision et de logique dans le traitement si complexe, si varié, souvent aussi si décevant de cette maladie, et nous ne doutons pas d'être utiles à nos lecteurs en leur faisant connaître l'opinion d'un maître aussi qualifié.

On ne compte pas moins de 17 théories applicables à la thérapeutique du diabète. M. Albert Robin n'en retient que deux : celle de Pavy ou théorie anglaise, qui admet l'existence d'un ferment pathologique ayant pour effet de stimuler la production du sucre. L'idée de recourir aux antiseptiques pour combattre ce ferment devait venir à l'esprit, et l'on a eu recours à la créosote, à l'acide phénique, à l'iodoforme. La créosote augmente la dyspepsie, l'acide phénique diminue le sucre, mais il détruit aussi les globules rouges dans le sang. L'iodoforme de même. Le traitement antiseptique du diabète a donc dû être abandonné.

L'autre grande théorie est celle qui est basée sur l'absence des ferments destinés à détruire le sucre. On a proposé alors la présure, le thymus, la sérothérapie, la levure de bière, les diastases. Ces divers moyens n'ont pas donné de résultats bien concluants. Toutefois 20 grammes de levure de bière, donnés à un malade qui avait 86 grammes de sucre, ont fait baisser celui-ci à 60 grammes, puis à 57 grammes. De même la diastase a donné un peu de diminution du sucre. Mais il n'y a pas eu de modifications dans l'état général : ces moyens ne pourront donc être employés que comme adjuvants.

Revenant aux principes directeurs qui l'ont toujours guidé dans les applications thérapeutiques, M. Albert Robin s'en tient à l'étude des faits. Dans le diabète, tous les actes chimiques du métabolisme sont augmentés, la glycogénie comme les autres. Il faut donc s'appliquer à régulariser les fonctions du foie. Il faut, pour cela, supprimer tous les aliments sucrés, prescrire une hygiène alimentaire appropriée. Le traitement doit s'inspirer de tout ce qui diminue la suractivité du foie. Il faut que le diabétique se restreigne à un exercice modéré, n'aille jamais jusqu'à la fatigue. Il ne faut surmener d'aucune façon le diabétique.

L'hygiène de la peau, chez lui, a une grande importance. Il doit être d'une propreté méticuleuse et éviter surtout tout ce qui peut amener la moindre excoriation à la peau. De même, l'hygiène morale doit être très surveillée. Il faut éviter toute excitation du système nerveux.

Au point de vue de l'alimentation, nous sommes en présence de quatre écoles : celle de Bouchardat qui part de ce principe que le diabétique a beaucoup de déperditions, et qu'il doit réparer, manger beaucoup. Il faut, dit Bouchardat, le laisser manger à sa faim et boire à sa soif. Cette règle n'est pas sans inconvénients. On sait aujourd'hui que la suralimentation a pour effet de donner naissance à des produits toxiques. C'est pourquoi M. Robin repousse l'alimentation abondante.

Une seconde école préconise les régimes absolus ; elle comprend trois sous-écoles : 1° le régime lacté absolu ; 2° le régime carné absolu ; 3° le régime d'avoine de Noorden. Le régime lacté absolu augmente le sucre. Le régime carné absolu a donné de très bons résultats et même des guérisons. Mais il expose beaucoup plus les malades au coma diabétique, M. Robin le rejette.

Quant au régime d'avoine de Noorden, il a l'avantage d'engraisser les malades, mais il a parfois l'inconvénient d'amener des œdèmes de la face, des œdèmes malléolaires. Ce traitement est utile, mais il n'est applicable qu'à certains cas de diabète avec amaigrissement rapide et menaces d'acétonurie. Dans ces cas, M. Robin y a parfois recours deux ou trois jours par semaine.

Vient ensuite le traitement de M. Guelpa basé sur la diète hydrique pendant quelques jours. Sous l'influence de ce traitement, on voit le sucre diminuer progressivement et même disparaître. On est véritablement impressionné par ces résultats. Voici un exemple. Une femme de vingt-sept ans entre dans le service avec 348 grammes de sucre en vingt-quatre heures ; on la soumet à la diète hydrique, le second jour elle tombe à 22g50, puis à 8 grammes, puis à 0. C'est là un résultat très frappant. On reprend le régime ordinaire, le sucre reparaît et augmente. On revient à la diète hydrique, il disparaît de nouveau. Mais, en même temps que la disparition totale du sucre, on a constaté 20 grammes de corps acétoniques. Chez la malade en question, avec le régime ordinaire, on voit le sucre remonter à 43 grammes, à 224 grammes, mais les produits acétoniques disparaissent.

Ce régime est intéressant, à la condition qu'on l'emploie pendant un temps très court ; on peut l'accepter comme traitement d'exception ou de début, mais M. Robin ne saurait l'accepter comme un traitement définitif, applicable à tous les cas.

Il est une école, dite scientifique, qui est basée sur des régimes alimentaires réduits en quantités adaptées aux malades suivant leur critérium urinaire. Mais pratiquement ce traitement est inapplicable, parce qu'il exige des analyses très fréquentes, des pesées très exactes des aliments. Il a aussi un inconvénient : il oblige les malades à s'occuper constamment d'eux-mêmes et ils deviennent rapidement, par ce fait, des phobiques et des névropathes. Si l'on a affaire à des individus bien équilibrés, peu impressionnables et pouvant disposer de tout le temps nécessaire, le traitement des régimes scientifiques réduits peut donner de très bons résultats.

Il y a un moyen de tourner les difficultés de ce traitement, en ce qui concerne l'alimentation azotée, et voici comment procède M. Albert Robin : le diabétique doit consommer 30 calories par kilogramme de poids, en vingt-quatre heu-

res. Le diabétique est soumis au régime lacté pendant trois jours. On dose l'azote total. Supposons un diabétique pesant 95 kilogrammes, ayant 1m72 de hauteur. Il ne devrait peser que 72 kilogrammes, ce qui représente 2 160 calories. Il a rendu 16g5 d'azote. Avec 360 grammes de viande et 60 grammes de fromage, on doit répondre à ces besoins azotés.

Donc, faites-lui prendre un litre et demi de lait par jour, pendant trois jours, et soumettez-le alors au régime suivant : suppression de tous les aliments sucrés, pas ou très peu de pain, et seulement la mie, 250 à 300 grammes de pommes de terre en vingt-quatre heures, tous les aliments animaux sans sauce, viande, poissons, œufs sont permis ; tous les végétaux verts, les corps gras, le beurre frais, même l'huile de foie de morue chez les déprimés ou fatigués ; deux seuls fruits permis, la pomme et la pêche ; le fromage et le bouillon. Comme boissons, du vin et de la macération de quinquina, des infusions de feuilles de géranium.

Dans le traitement du diabète, il faut agir par insinuation, sans à-coups violents, sans chercher le remède héroïque qui n'existe pas.

Prenons un exemple, voici un gros diabétique ; mettez-le à la cure d'apaisement fonctionnel, c'est-à-dire à la diète pendant quarante-huit heures ; puis donnez-lui un demi-litre de lait le premier jour, un litre le second, un litre et demi le troisième ; mettez-le ensuite au régime ci-dessus et vous obtiendrez de très bons résultats.

Voici un diabétique gras qui perd 25 à 35 grammes de sucre ; mettons-le à la cure d'apaisement ; le sucre tombe à 0. Soumettons-le au régime lacté de trois jours ; le premier jour, le sucre monte à 1g13, le second à 2g13, le troisième jour à 20 grammes. On laisse alors le régime lacté et on reprend le régime antidiabétique ordinaire, le sucre retombe à 0. On voit donc le sucre augmenter pendant le régime lacté, puis diminuer et disparaître après, au cours du régime d'alimentation exposé plus haut. Si le sucre reparaît, donnez pendant trois jours matin et soir 1 gramme d'antipyrine mélangé à 1 gramme de bicarbonate de soude dans de l'eau de Seltz et vous voyez le sucre diminuer de 50 p. 100.

Voici un autre exemple : Un diabétique rend 5 840 grammes d'urine avec une densité de 1041 et 376 grammes de sucre. Après le traitement par l'antipyrine, la quantité d'urine tombe à 1 750 grammes, la densité à 1031 ; le second jour, quantité d'urine 1 710, densité 1030 ; le sucre est tombé successivement à 114, 109 et 104. Si vous obtenez ces résultats, vous pouvez instituer le traitement ci-dessus presque à coup sûr. Si, au contraire, vous constatez que la densité augmente, il ne faut pas aller plus loin. Toutefois l'antipyrine peut être employée chez tous les diabétiques, sauf quand le diabète se complique d'albuminurie ou entraîne une grande dépression avec amaigrissement. S'il survient de l'oppression, de la pâleur de la face, une sensation de tension, ne continuez pas l'antipyrine. Autrement vous pouvez donner 2 grammes par jour, pendant trois jours seulement. Après ce laps de temps, suspendez et, le quatrième jour, donnez 0g40 de bichlorhydrate de quinine. Faites prendre ensuite chaque jour, à chacun des deux principaux repas, un des cachets suivants :

Arséniate de soude	0g0025
Carbonate de lithine	0g10
Codéine	0g01
Thériaque	0g25
Extrait de quinquina	0g25

Donner ces cachets pendant dix-huit jours.

Voilà un diabétique qui émet 313 grammes de sucre. Après l'antipyrine, le sucre tombe à 114 grammes et le troisième jour à 100 grammes. Vous cessez l'antipyrine et pouvez alors donner, deux fois par jour, 4 grammes de sel de Seignette dans de l'eau de Seltz, ou de la levure de bière, ou de la diastase.

En présence de diabétiques névropathes, on peut recourir au bromure de potassium à la dose de 3 grammes par jour, ou au traitement de Villemin basé sur l'extrait de belladone et l'extrait thébaïque :

Extrait thébaïque	0g01
Extrait de belladone	0g005
Extrait de valériane	0g10

Pour une pilule. Quatre pilules le premier jour, puis six pilules, puis huit pour redescendre ensuite à quatre et à deux pilules. Il peut y avoir des cas d'intolérance, c'est à surveiller. Examinez les urines ; si le sucre a disparu n'allez pas plus loin et revenez aux arsenicaux et au carbonate de lithine, traitement de consolidation qui doit durer quinze à dix-huit jours.

Voyons maintenant ce qu'on peut obtenir de la physiothérapie et de l'hydrothérapie. Les courants de haute fréquence ne donnent rien. Il n'y aurait lieu d'y recourir que dans les cas où la tension artérielle est très augmentée. L'hydrothérapie n'a pas d'action directe sur le diabète, mais elle peut être utile à certains diabétiques, grands nerveux, fatigués ou surmenés par les affaires. Il faut, chez ces malades, ainsi que l'a conseillé Beni Barde, recourir à la douche sédative de 33 à 37 degrés et favoriser la réaction. Pour le diabétique gras, floride, même douche tempérée. Pour le diabétique déprimé, fatigué, douche froide très courte, suivie de friction. Chez le diabétique excité et déprimé, douche tempérée.

M. Albert Robin termine par le traitement hydrominéral Beaucoup de stations sont préconisées contre le diabète. Le diabétique moyen, vulgaire, floride, gros mangeur, doit aller à Vichy. Le diabétique arthritique, rendant de grandes quantités d'acide urique, doit aller aux eaux des Vosges, Vittel, Martigny, Contrexéville. Le diabétique anémié, menacé de tuberculose, doit choisir la Bourboule ; le pléthorique, Brides-les-Bains ; le fatigué, le surmené, Pougues ou Royat. Le diabétique épuisé, très fatigué, sera envoyé à Salies, à Biarritz ou à Reifelden ; l'albuminurique, à Saint-Nectaire.

Quant aux cures climatiques, le diabétique se trouvera bien à de petites altitudes, de 600 à 1000 mètres, sur les bords du lac de Genève. Si l'état général fléchit, le bord de la mer sera très favorable. Mais il faudra s'en méfier pour les diabétiques névropathes.

Si nous voulons résumer en quelques mots l'opinion de M. le professeur Albert Robin relativement à la thérapeutique du diabète, nous dirons qu'il n'y a pas de traitement spécifique du diabète, mais bien divers traitements applicables aux divers diabétiques. Le premier soin du praticien sera donc de se bien fixer sur le genre de diabétique auquel il aura affaire et d'appliquer, suivant les cas, tel ou tel des traitements que M. Robin vient de passer en revue. A. BROCHIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 16 MARS 1914)

L'accoutumance héréditaire aux toxiques dans les organismes inférieurs (ferment lactique). — M. Charles RICHET.

Infection de la souris au moyen des flagellés de la puce du rat par la voie digestive. — MM. A. LAVERAN et G. FRANCHINI.

Les lois de la croissance physique pendant l'enfance et l'adolescence. — M. G. KIMPFLIN.

Changement d'excitabilité des nerfs conditionné par une altération de leur gaine de myéline. — MM. L. et M. LAPICQUE et R. LEGENDRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 24 MARS 1914)

La vaccination antityphoïdique. — M. CHANTEMESSE revient sur cette question qui est pour lui une question de justice et de vérité. Il rappelle, à l'aide de documents irréfutables, que c'est lui avec M. Widal qui, en 1887, eut le premier l'idée de cette vaccination; il termine en disant qu'il a été soutenu par des concours fidèles, et, pour ne citer que des morts, par celui de Lucas-Championnière qui écrivait peu de jours avant de mourir : « Contester que Chantemesse et Widal ont été les initiateurs de la méthode c'est commettre l'injustice qui est habituelle en notre pays. »

M. VINCENT ne veut pas entrer dans des polémiques personnelles, il ne veut s'en tenir qu'aux faits; or, il a maintes fois exposé les bons résultats obtenus par le vaccin polyvalent qui, non seulement en France et dans les colonies, mais aussi en Italie, en Belgique et ailleurs, a toujours montré la même efficacité et la même innocuité.

Les « porteurs de germes » importateurs de maladies exotiques, particulièrement de la dysenterie amibienne. — « Peu de questions, disent MM. L. LANDOUZY et Robert DEBRÉ, parmi celles qui regardent l'hygiène familiale et publique sont plus intéressantes que la question des porteurs de germes.

Il serait aujourd'hui superflu d'insister sur le rôle qu'ils jouent dans la diffusion de la fièvre typhoïde éberthienne, de la dysenterie bacillaire, du choléra, de la diphtérie, de la méningite cérébro-spinale, de la melitococcie, etc.

Par contre, il est de pleine actualité d'évoquer la part leur incombant dans l'éclosion d'accidents toxi-infectieux semblables à ceux qui, récemment, à Cholet, coûtaient la vie à dix personnes, ayant mangé de la crème préparée par une cuisinière dont les fèces contenaient, en abondance, le même bacille (du groupe Gærtner) que celui de la crème de Cholet et que celui du sang de plusieurs infortunés convives.

De même, et surtout, il nous apparaît urgent d'appeler l'attention des épidémiologistes sur l'importation en Europe, notamment en France, de la dysenterie amibienne.

De maladie exotique qu'on la considérait avec raison hier, l'amibiase intestinale va demain devenir maladie autochtone.

A ne s'en tenir qu'aux cas avérés de dysenterie amibienne publiés, ces années dernières, en France, chez des individus n'ayant jamais quitté la métropole, la question apparaît grave.

Une observation suivie, complète, à la clinique médicale Laënnec, nous incite à signaler le danger.

L'histoire de notre malade n'importe pas seulement à l'épidémiologie, à la pathologie descriptive et à l'anatomie pathologique générale, mais encore au diagnostic toujours délicat des formes frustes de la dysenterie amibienne, comme au diagnostic non moins difficile de certains abcès hépatiques dont l'évolution reste sourde et latente.

Pour ces raisons nous rapportons, en leurs éléments principaux, les épisodes par lesquels notre malade s'est acheminé à un gros abcès du foie consécutif à une dysenterie amibienne, celle-ci et celui-là révélés à l'autopsie.

A aucun moment, en l'absence d'une symptomatologie intestinale vraie, l'idée ne nous vint que notre marinier, dont l'existence professionnelle s'est passée sur les canaux du nord de la France, pouvait être en mal dysentérique. C'est cela même qui fait l'intérêt de l'observation.

Evidemment, nous avons eu le tort de ne pas nous souvenir que, d'une part, la dysenterie amibienne, plus souvent qu'on ne l'imagine, peut éclore et demeurer larvée; a de la tendance à la chronicité; est d'ordinaire bien moins bruyante en sa symptomatologie que la dysenterie bacillaire; que, d'autre part, la dysenterie pouvant, elle aussi, nous être apportée du Tonkin, de Cochinchine, de Tunisie et du Maroc par des porteurs de germes, sa pathogénie exotique, au point de vue de l'anamnèse, perd quelque peu de son importance. »

Suit une observation très détaillée d'un malade atteint de dysenterie latente, d'abcès du foie latents à l'autopsie duquel on trouve de l'ascite, un gros foie, des abcès hépatiques avec pus épais, verdâtre, des ulcérations du gros intestin, des amibes dans la muqueuse intestinale et des kystes amibiens dans le pus des abcès hépatiques.

Ces lésions sont caractéristiques de la dysenterie amibienne chronique. L'examen direct du pus des abcès hépatiques a permis de reconnaître des kystes amibiens.

L'ensemble de ces constatations anatomo-pathologiques et parasitologiques permet d'affirmer que ce malade a succombé à une suppuration hépatique consécutive à une dysenterie amibienne. Or, le malade dont il s'agit est un marinier qui a toujours navigué sur les canaux du nord de la France et qui n'a jamais quitté la France. L'intérêt de cette observation réside dans ce fait que, de porteurs de germes en porteurs de germes exotiques, la dysenterie amibienne paraît en train de venir, par petits paquets, s'installer chez nous.

M. Landouzy fait suivre cette observation et les réflexions qui l'accompagnent de quatorze observations de malades atteints de dysenterie amibienne n'étant pas sortis de France.

Le moment est donc venu d'insister sur les dangers que présente cette affection, « apanage des pays chauds », pour les habitants des pays tempérés.

M. Landouzy termine sa très intéressante communication par les conclusions suivantes :

« Deux enseignements majeurs se dégagent de tout ce qui précède : le premier intéressant les cliniciens; le second les hygiénistes.

I. Les cliniciens, en face d'un gros foie — et cela, qu'ils observent en France ou dans les colonies — élargiront, de parti pris, le cercle coutumier de leurs hypothèses diagnostiques, et prendront l'habitude de songer à la possibilité de l'amibiase hépatique :

Quand bien même le malade ne serait pas sorti de France;

Quand bien même le malade, notoirement, n'aurait pas fréquenté chez les coloniaux;

Quand bien même son passé ne serait entaché ni d'affection hépatique, ni d'affection entéritique, dysentériforme ou autre.

Suspecter un gros foie de recéler un abcès larvé invitera, d'une part, à tâter le malade par l'émétine; incitera, d'autre part, à l'examen des fèces qui, complet (étude bactériologique, inoculation du chat par voie rectale), pourra fournir une démonstration, là où continuerait à planer le doute, autant préjudiciable au porteur de germes qu'à son entourage familial.

II. Les médecins des colonies auront le devoir : d'exercer longue surveillance sur les selles des convalescents d'amibiase intestinale et hépatique; d'avertir leurs clients que la dysenterie et diarrhée terminées, tout risque n'est pas forcément éteint, ni pour l'ex-dysentérique, ni pour autrui.

A ce point de vue, il serait bon que, lors de leur rentrée dans des casernes de la métropole, les coloniaux fussent, à plusieurs reprises, examinés, afin que des porteurs de germes non avertis ne soient pas exposés à créer autour d'eux un foyer de dysenterie amibienne, nostras.

Nous en dirons autant de la suspicion de contagiosité qui pourrait planer sur les coloniaux qu'on envoie en convalescence dans nos stations climatiques, telles le Mont-des-Oiseaux, Salins, Brides, etc., ou dans nos stations thermales. Ici encore les examens réguliers des fèces seraient à double portée; leurs résultats positifs mèneraient : d'une part, à renforcer autour du colonial les mesures prophylactiques; d'autre part, à le faire bénéficier, tuto et cito, de la médication spécifique par l'émétine associée aux pratiques thermales de Vichy, de Vals, de Châtel-Guyon, de Plombières, du Boulou, de

Saint-Gervais, etc., destinées à libérer nos coloniaux des séquelles : anémie, dyspepsie gastro-intestinale, diarrhée chronique, engorgements du foie, etc., etc., risquant de faire un invalide, d'un dysentérique guéri. »

M. Vaillard rappelle que la dysenterie amibienne passait autrefois pour sévir exclusivement dans les pays tropicaux. Le fait très important et très intéressant de M. Landouzy vient nous prouver que cette affection peut atteindre des gens qui n'ont jamais quitté la France. C'est avec raison que M. Landouzy a insisté sur les dangers que présentent les porteurs de germes, contre lesquels il y a évidemment des précautions à prendre. Faut-il conclure de ce fait et d'autres analogues qui ont été observés que la dysenterie amibienne s'étendra en France? M. Vaillard ne le pense pas.

M. Bertrand rappelle à cette occasion les merveilleux effets qui ont été observés à Toulon par l'emploi du chlorhydrate d'émétine dans la dysenterie amibienne.

Éliminations urinaires chez les cancéreux. — M. Albert Robin fait une communication ayant pour titre : « Les éliminations globales, l'azote total, l'urée et le rapport azoturique dans l'urine des cancéreux; l'acide urique et les corps puriques; leurs rapports à l'acide phosphorique urinaire. » Il montre que le taux des éliminations urinaires globales, de l'urée et de l'azote total, n'a rien qui soit spécial aux cancéreux, et qu'il est surtout en relation avec les variations alimentaires.

De la congestion péritonéale d'origine appendiculaire. — M. Mignon (du Val-de-Grâce) décrit une complication dramatique de l'appendicite, qu'il a observée trois fois, chez des malades ayant eu déjà de petites attaques d'appendicite, et chez qui l'appendice altéré influence tout d'un coup l'ensemble de la séreuse péritonéale par exsudation de son contenu septique. Après des signes ordinaires d'appendicite, cette complication se traduit par un syndrome péritonéal bruyant, mais avec peu de fièvre et un pouls bon. Tout rétrocède en deux ou trois jours, sans intervention chirurgicale. L'ouverture de l'abdomen peut même déterminer une issue fatale, que la temporisation aurait épargnée. Mais l'intervention est commandée quelques semaines après la disparition des accidents.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 21 mars 1914)

Le réflexe oculo-cardiaque dans le pouls alternant. — M. A. Mougeot (de Royat-les-Bains). L'alternance ventriculaire n'abolit pas le réflexe oculo-cardiaque, elle indique la digitale.

L'excitation du nerf pneumogastrique par compression oculaire atténue souvent l'alternance, elle ne l'exagère qu'en favorisant l'apparition d'une extrasystole et pour un petit nombre des pulsations consécutives à l'extrasystole.

Le réflexe oculo-cardiaque peut être, chez les malades présentant de l'alternance, aboli en raison de l'imprégnation toxique du bulbe, et la réapparition du réflexe oculo-cardiaque marque une amélioration dans l'état du malade au point de vue de l'auto-intoxication urémique, obtenue grâce à la digitale et à la diète appropriée.

Recherche des antigènes et des anticorps dans l'urine des tuberculeux. — MM. Fernand Arloing et René Biot. Par la réaction de fixation, on a jusqu'à présent mis en évidence dans l'urine seulement l'antigène tuberculeux. Les auteurs préconisent la recherche simultanée des antigènes et des anticorps de l'urine, en même temps que celles de ces substances dans le sérum. A l'aide de la technique modifiée par R. Biot pour la réaction de fixation, ils ont vu que l'urine peut contenir simultanément ou séparément les antigènes et les anticorps ou tel ou tel de ces antigènes ou de ces anticorps. La fixation cherchée, comparativement avec le sérum et l'urine, montre qu'il y a tantôt concordance parfaite, tantôt discordance partielle ou discordance totale entre les antigènes et les anticorps du sérum et de l'urine. Au point de vue diagnostique, la réaction ne peut être utilisée pour affirmer une localisation sur l'arbre urinaire, en vue d'une intervention chirurgicale. Elle est positive chez les sujets atteints de tuberculose viscérale et n'a, par conséquent, qu'une valeur limitée pour le diagnostic de la nature tuberculeuse d'une néphropathie.

Recherches histochimiques sur les substances grasses absorbées au niveau de la vésicule biliaire. — M. Policard montre que les cellules de la vésicule biliaire renferment, sous le plateau strié, des granulations qui présentent les réactions des acides gras. Ces granulations grossissent ultérieurement en se chargeant de graisses neutres.

Les cellules de la vésicule biliaire ne renferment jamais de granulations biréfringentes d'éthers de la cholestérine. De la cholestérine à l'état diffus imprègne seulement le protoplasma de la base de la cellule. Il n'y a pas sécrétion de cholestérine au niveau de l'épithélium vésiculaire.

Arriération mentale et opothérapie pinéale. — M. Léopold-Lévi a utilisé l'opothérapie pinéale chez les enfants arriérés. Il choisit comme exemple le cas d'une fillette de cinq ans, offrant un grand retard intellectuel, et capable à peine de dire « papa et maman ». Le traitement épiphysaire produisit une transformation rapide, puis continue. Après six injections, l'enfant devint vive, joueuse, affectueuse, tint à peu près le langage de son âge. La médication agit parallèlement sur l'ensemble de l'organisme.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

du 30 mars au 4 avril 1914

THÈSES

Jeudi, 2 avril à une heure. — M. Grisoni. Etude critique du signe de Charles Bell dans la paralysie faciale périphérique. (MM. Debove, président; Alb. Robin, Richaud et Rathery.) — M. Cheronnet. Les secousses nystagmiques dans le syndrome de Basedow. (MM. Debove, président; Alb. Robin, Richaud et Rathery.) — M. Sartre. Ussat-les-Bains et le traitement du goitre exophtalmique. (MM. Alb. Robin, président; Debove, Richaud et Rathery.) — Mlle Lifschitz. Tétanie chez l'adulte et son origine paratyphoïdienne. (MM. Chantemesse, président; Widal, Tanon et Lereboullet.) — M. Gauchery. La vaccinothérapie typhique. (MM. Widal, président; Chantemesse, Tanon et Lereboullet.) — M. Bertrand. De la facilité d'opérer sous anesthésie générale par la rachicocaïnisation lombo-sacrée les sujets très épuisés ou cachectiques. (MM. Pozzi, président; de Lapersonne, Quénu et Terrien.) — M. Heurtel. Contribution à l'étude des tumeurs des muscles extrinsèques de l'œil. (MM. de Lapersonne, président; Pozzi, Quénu et Terrien.) — Mlle Schapira. Contribution à l'étude de la cataracte diabétique chez l'enfant. (MM. de Lapersonne, président; Pozzi, Quénu et Terrien.) — M. Bonnal. De la rareté de la fracture intracapsulaire du col du fémur chez l'adulte et le vieillard. (MM. Quénu, président; Pozzi, de Lapersonne et Terrien.)

ANALYSES

MÉDECINE

Influence des médicaments sur les voies biliaires. (*Wiener klin. Woch.*, 22 janv. 1914, n° 4, p. 72.) — Depuis longtemps on a cherché à agir sur les voies biliaires pour favoriser le flux biliaire vers l'intestin. Au cours de ces recherches, on s'est assez peu préoccupé de la contractilité des voies biliaires et notamment du sphincter qui se trouve à l'extrémité du canal cholédoque, au niveau de l'ampoule de Vater. Pourtant, l'importance de ce sphincter est considérable, car de sa contraction ou de son relâchement dépendent la stase ou l'afflux biliaire.

Pour explorer le fonctionnement de ce sphincter, le meilleur procédé consiste à faire couler, sous une pression constante, du liquide à travers le cholédoque et de mesurer la vitesse d'écoulement de ce liquide.

Un seul expérimentateur a jusqu'à présent tenté cette recherche ; c'est Doyon qui, en 1893, a réalisé un dispositif ingénieux pour cela.

Reach a repris les expériences de Doyon en modifiant ce dispositif, et il a exploré le fonctionnement du sphincter valérien chez le cobaye ainsi que les variations de la contraction de ce sphincter sous l'influence de certains médicaments.

La morphine à la dose de 1 milligramme chez un cobaye de 500 grammes produit un ralentissement de l'écoulement du liquide, et par conséquent un spasme du sphincter. Il en est de même du pantopon, de l'adrénaline, du citrate de caféine, de l'atropine, de la pilocarpine.

Bien moins nombreuses sont les substances qui provoquent le relâchement du sphincter. Une seule a donné jusqu'à maintenant un résultat notable et rapide. Immédiatement après l'injection d'un milligramme de chlorhydrate de papaverine, il se fait un écoulement rapide du liquide. Si l'on injecte alors un quart de milligramme de chlorydrate de pilocarpine l'écoulement s'arrête. Il reprend à nouveau si l'on fait une seconde injection de chlorhydrate de papaverine.

Cette propriété rend plus intéressante encore la papaverine dont les recherches de Pal ont montré aussi l'action abaissante sur la tension artérielle.

Pourtant on ne peut dire que l'action abaissante de la tension sanguine va nécessairement de pair, en pharmacodynamie, avec l'action relâchante sur le sphincter cholédocien. Reach a vu que la tetrahydro-papaveroline, l'yohimbine, le nitrite d'amyle qui abaissent la tension artérielle ne relâchent pas ce sphincter. A. LEMIERRE.

Les dissociations albumino-cytologiques du liquide céphalo-rachidien. (DERRIEN, EUZIÈRE et ROGER. *L'Encéphale*, 10 oct. 1913.) — Il n'y a pas toujours concordance entre la quantité des éléments figurés et celle de l'albumine dans le liquide céphalo-rachidien.

Les auteurs distinguent deux types de dissociations. L'une, déjà classique, consiste dans l'hyperalbuminose seule, sans leucocytose; elle est un signe de compression nerveuse extraméningée.

L'autre se traduit par de l'hypercytose, sans hyperalbuminose. Elle peut dériver de deux processus principaux : soit d'une intoxication méningée fugace et brusque, il y a alors surtout des polynucléaires intacts; soit se montrer comme reliquat d'une atteinte méningée ancienne ou latente et la formule est alors surtout lymphocytaire. P. CAMUS.

CHIRURGIE

De l'obstruction urétérale causant de la stase urinaire, envisagée comme facteur de production des calculs rénaux. (O. S. FOWLER. *Journ. amer. med. Assoc.*, vol. LXII, n° 5, 31 janv. 1914, pp. 367-371.) — L'étiologie des calculs rénaux est extrêmement obscure. Toutes les théories sont insuffisantes, certaines sont si entortillées qu'elles sont absurdes. Il n'y a que la concentration de l'urine sur laquelle tous soient d'accord. Fowler constata par hasard sur des radiographies que tous ses malades qui avaient un calcul avaient aussi une obstruction de l'uretère. En cherchant systématiquement, il se convainquit qu'il y avait là une relation de cause à effet.

Chez les quadrupèdes le drainage du rein s'effectue fort bien parce que par le point déclive. Chez les bipèdes, le calice inférieur est au-dessous de l'origine de l'uretère. Il n'y a point de fibres musculaires dans le rein, ce sont là des facteurs importants de stase. C'est dans le calice inférieur et le bassinet que l'on trouve la grande majorité des calculs.

Pour remédier à cette position défectueuse du rein, Fowler a employé une méthode de néphropexie qui fixe le rein en position horizontale, le bassinet en bas. Il se sert comme fils de suture de bandelettes de fascia lata d'à peu près 12 millimètres de large et 28 centimètres de long, prélevées sur la cuisse du sujet, au moment même de l'opération. Ces bandelettes sont faufilées sous la capsule du rein. Celle qui est près du pôle supérieur est attachée dans la masse sacro-lombaire près de l'apophyse épineuse de la première vertèbre lombaire, de manière à attirer le pôle supérieur en bas et en dedans. La bandelette supérieure, attachée à la douzième côte, soulève le pôle inférieur en direction inverse. Les bandelettes continuent à vivre. Leur absence dans le fascia lata n'a aucun inconvénient. Fowler a toujours suturé, mais ne croit pas cela nécessaire. L'opération ne coude pas les vaisseaux du rein, à moins que l'on n'exagère la position couchée du rein plus qu'il n'est nécessaire. F. GARDNER.

NEUROLOGIE

Myopathie primitive progressive chez deux frères avec autopsie. (F. HAUSHALTER. *Revue neurol.*, 1913, t. I, p. 587-591.) — On se demande si les troubles cardiaques observés par certains auteurs chez les myopathiques (hyperthrophie, arythmie, bradycardie, hypotension artérielle) n'indiqueraient pas la possibilité d'une participation du myocarde au processus myopathique. Or la constatation, dans un des cas actuels, d'une plaque fibroïde intéressant une partie de l'épaisseur du myocarde et non développée autour des vaisseaux, d'après l'examen histologique, semble répondre par l'affirmative. Déjà Barting avait, en 1908, publié un fait analogue où le cœur, petit et scléreux, présentait la dégénérescence et les lésions d'atrophie et d'hypertrophie des fibres musculaires qu'on trouve habituellement dans les muscles striés des myopathiques. L. ALQUIER.

THÉRAPEUTIQUE

Iode colloïdal et pneumonie. (FONTOYNONT et ROTOU. *Médecin de Paris*, fév. 1914.) — Les docteurs Fontoynont, directeur de l'Ecole de médecine de Tananarive, et Rotou, ont publié une série d'observations présentant le plus haut intérêt. Ils ont étudié l'effet de l'iode colloïdal (iodéol) dans la pneumonie et la broncho-pneumonie chez un grand nombre de malades de leurs services à l'hôpital de l'Assistance à Tananarive.

En nous faisant remarquer que la pneumonie revêt chez les Malgaches une gravité littéralement décevante, ils se félicitent d'avoir, dans presque tous les cas, obtenu des guérisons rapides et définitives.

L'action antithermique de l'iode colloïdal est toujours la première à se manifester. Elle est bientôt suivie d'un relèvement de l'état général, d'une diminution des râles et de la toux, d'une amélioration rapide des signes objectifs et subjectifs.

Ils en concluent que l'iode colloïdal (iodéol) doit être régulièrement admis au traitement de toutes les pneumonies et broncho-pneumonies. L. GAYARD.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES ANÉMIES

SIGNES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT (1)

Diagnostic. — *A. Différentiel.* — Le diagnostic différentiel est en général facile. On ne confondra pas la décoloration des téguments des anémiques avec l'ochrodermie sans anémie véritable que l'on constate chez les brightiques et chez certains cardiaques; de même on ne prendra pas pour un symptôme d'addissonisme, la pigmentation anormale des muqueuses que présentent certains grands anémiques; en raison des formes anormales, forme œdémateuse, forme pseudo-cancéreuse, formes ictériques, il est toute une série d'affections qu'il faudra savoir différencier des anémies (œdèmes, ictères, cancer, etc.).

Le diagnostic est souvent impossible, en dehors d'un examen complet du sang, avec les formes sévères de *chlorose*, *de purpuras*, *d'hémophilie*, *de leucémies*; cette distinction est d'ailleurs d'autant plus délicate que souvent ces affections peuvent s'associer; nous ne pouvons rappeler ici les formules hématologiques qui caractérisent chacune de ces affections : insistons seulement sur la diminution considérable de la valeur globulaire dans la chlorose (voir Notes pour l'internat, *Gaz. des hôp.*, 1910, n° 131, p. 1793), sur la leucocytose très élevée dans les leucémies (voir Notes pour l'internat, *Gaz. des hôp.*, 1911, n° 1).

B. Diagnostic positif. — Le diagnostic peut être hésitant parfois entre une anémie simple et une anémie grave; nous avons au début de cette question énuméré les caractères des anémies simples, ajoutons que l'on sera en droit de penser à l'anémie grave quand on trouve, en dehors de toute hémorragie récente et à plusieurs examens espacés, un nombre d'hématies inférieur à 2500000.

Une fois posé le diagnostic d'anémie de type pernicieux, ce qu'il importera de savoir c'est s'il s'agit d'*une anémie symptomatique*, ou de l'*anémie pernicieuse essentielle*, telle que Biermer l'avait décrite; la tendance actuelle est d'étendre de plus en plus le chapitre des anémies pernicieuses symptomatiques et de n'accepter qu'avec de grandes réserves le diagnostic d'anémie pernicieuse essentielle. C'est pourquoi le diagnostic clinique de toute anémie doit, de toute nécessité, se compléter par l'étude du diagnostic étiologique.

C. *Diagnostic étiologique.* — *a.* 1° ANÉMIES LÉGÈRES DE LA PREMIÈRE ENFANCE. — Les causes qui peuvent déterminer chez un nourrisson les anémies légères peuvent être rangées sous trois chefs : les *hémorragies* (chute du cordon, opérations, hémorragies internes), les *dystrophies ou infections héréditaires* (syphilis, tuberculose, maladies infectieuses, anémie maternelle, etc.), les *fautes commises dans l'alimentation*, le *rachitisme*.

2° ANÉMIES GRAVES DE LA PREMIÈRE ENFANCE (elles réalisent en général le syndrome clinique connu sous le nom d'*anémie infantile pseudo-leucémique* ou syndrome de von Jacks-Luzet). — Les causes les plus fréquentes de ce type d'anémie sont le *rachitisme*, le *paludisme* et surtout l'*hérédo-syphilis*, d'où la nécessité chez tous ces malades de rechercher systématiquement la réaction de Wassermann; on a insisté en ces dernières années (Jemma, Nicolle), sur les anémies graves infantiles relevant des leishmanioses (*kala-azar infantile*), diagnostiquées par la ponction de la rate, permettant au microscope la recherche du parasite spécifique dans le sang retiré directement de la rate.

b. 1° ANÉMIES LÉGÈRES DE LA SECONDE ENFANCE ET DE L'ADULTE. — Les anémies légères peuvent être le reliquat des précédentes; elles succèdent souvent aux maladies infectieuses aiguës, surtout au rhumatisme articulaire aigu, à la coqueluche, à la fièvre typhoïde, à la rougeole, à la variole; il faut encore signaler les intoxications (oxycarbonée, saturnine), la mauvaise hygiène et surtout la tuberculose.

2° ANÉMIES GRAVES DE LA SECONDE ENFANCE ET DE L'ADULTE. — Nombreuses sont les causes capables de réaliser une anémie grave chez l'adulte; il faut citer tout d'abord les *hémorragies*, anémiant le malade soit par leur répétition fréquente, soit par leur abondance (ulcérations nasales, pharyngées, gastriques, duodénales, des fibromes utérins, etc.); ces hémorragies sont en général facilement découvertes; il n'en est plus de même des hémorragies qui sont dues à des *parasites du sang ou de l'intestin*, bothriocéphale et ankylostome duodénal (recherche des œufs dans les selles), hématozoaire du paludisme, douve du foie, leishmaniose, etc.

Parfois le syndrome anémie grave se réalise à la suite d'une *infection aiguë* (fièvre typhoïde, infection à tétragènes, etc.), plus souvent il s'observe au cours de *maladies chroniques* (syphilis, tuberculose, cancer). Les troubles digestifs entraînent souvent une anémie de type pernicieux; on a justement insisté sur la *forme anémique des cancers digestifs*; l'anémie grave des *entérites* est aujourd'hui bien connue; signalons encore le rôle joué par les néphrites, surtout la néphrite chronique, certaines affections hépatiques, les tumeurs primitives des os, etc.

Les intoxications par le plomb, l'oxyde de carbone, l'opium, s'accompagnent également souvent d'anémie extrême.

Parmi les causes prédisposantes il faut insister sur le rôle de *la grossesse*.

Le diagnostic d'*anémie pernicieuse essentielle* sera seulement posé lorsque toutes ces causes auront été successivement éliminées, encore faudra-t-il se garder d'affirmer d'une manière absolue l'absence de toute cause dans l'étiologie d'une anémie pernicieuse; souvent en effet l'autopsie révélera une cause méconnue, un cancer latent, une tuberculose torpide, etc.

Traitement. — Qu'il s'agisse d'anémie simple ou d'anémie grave, le premier soin du médecin est de supprimer la cause de la déglobulisation (médicaments antihelminthiques, régime alimentaire mieux compris, traitement de la syphilis, du paludisme, etc., prescription du fer et des aliments riches en fer, aération, repos). En cas d'anémie grave on a préconisé divers modes de traitement :

a. *Médicaments.* — Fer en injections sous-cutanées, cacodylate, arsenic, inhalations d'oxygène;

b. *Agents physiques.* — Applications de rayons X;

c. *Opothérapie.* — Ingestion de moelle osseuse de veau (20 à 30 grammes), injections sous-cutanées de sérum antidiphtérique, lavements, ou mieux injections sous-cutanées de *sérum hémopoïétique* de Carnot, sérum antihémolytique, *transfusion du sang* (Hausenn, Schwartz), injections intramusculaires de petites quantités de sang défibriné (Huber), ou de sang frais non défibriné (Mann).

BIBLIOGRAPHIE. — AGASSE-LAFONT. Les anémies pernicieuses, Rev. gén., *Gaz. des hôp.*, 1907, nos 26, 29. — Léon TIXIER. Les anémies graves de type pernicieux, *La Clinique*, 7 janv. 1910. — ACCOLAS. L'anémie pernicieuse aplastique, Rev. gén., *Gaz. des hôp.*, 1911, n° 26. — LEREBOULLET. Les maladies du sang, *Paris médical*, 1912. — LAGANE. Le kala-azar infantile, *Le Nourrisson*, janv. 1914. — HUTINEL. *Traité des maladies des enfants*, t. II. — BABONNEIX et PAISSEAU. *Arch. des mal. du cœur*, 1910. — L. TIXIER. Rapport sur les anémies du nourrisson, *Congrès international de pédiatrie de Paris*, 1912.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 30, p. 494, et n° 33, p. 543.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 37. — SAMEDI 28 MARS 1914. 87e ANNÉE. SAMEDI 28 MARS 1914. — N° 37.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, **10** francs par an. Étudiants étrangers, **15** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **5** fr. **50**. — 6 mois : **11** fr. — 1 an : **20** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 23 mars. — MM. Bréchot, 19; Deniker, 10; Küss, 15.

Séance du 25 mars. — MM. Picot, 14; Martin, 16; Capette, 12.

CONCOURS DE L'INTERNAT EN MÉDECINE DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Lecture de la première épreuve* (deuxième séance). — Ont obtenu : MM. Resmond, 21 points; Gilles, 23 points; Lambert, 21 points; Tiphine, 24 points.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Bourguignon, docteur en médecine, est nommé, du 16 février au 31 octobre 1914, chef des travaux d'électricité au laboratoire de la clinique des maladies du système nerveux. (Salpêtrière.)

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — M. Nègre, docteur en médecine, est chargé, du 1er mars au 31 octobre 1914, des fonctions d'agrégé (section de parasitologie et sciences naturelles).

— MONTPELLIER. — M. Grasset, professeur de pathologie et thérapeutique générales, est admis, sur sa demande et pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 1er mars 1914.

M. Grasset est nommé professeur honoraire à partir du 1er mars 1914.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — M. le médecin inspecteur Richard, directeur du service de santé du 7e corps d'armée à Besançon et membre du comité consultatif de santé, est placé, à dater du 25 mars 1914, dans la 2e section (réserve) du cadre des médecins inspecteurs.

— Par décret en date du 23 mars 1914, sont promus, et par décision ministérielle du même jour reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Rouget, professeur à l'école d'application du service de santé militaire; maintenu; — Février, de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand (médecin chef); maintenu; — Toubert, de l'hôpital militaire Desgenettes à Lyon; maintenu provisoirement; — Pailloz, des salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Mihiel (médecin chef); maintenu; — Gruet, des salles militaires de l'hospice mixte d'Angers (médecin chef); maintenu; — Batut, des salles militaires de l'hospice mixte de Besançon (médecin chef); maintenu; — Pouillaude, des salles militaires de l'hospice mixte de Châlons-sur-Marne (médecin chef); maintenu.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Viguier passe aux salles militaires de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand (service); — de Schuttelaere, des salles militaires de l'hospice mixte du Havre (médecin chef); maintenu; — Zumbiehl, des troupes d'occupation du Maroc occidental; maintenu; — Patris de Broë, des salles militaires de l'hospice mixte d'Amiens; maintenu; — Barbot, désigné pour l'Algérie (service); — Cultin, des troupes d'occupation du Maroc occidental; maintenu; — Moingeard, de l'hôpital militaire de Belfort; maintenu; — Janot, de l'hôpital militaire de Sedan; maintenu; — Millière, de l'hôpital militaire de Grenoble; maintenu; — Lenez, des salles militaires de l'hospice mixte de Commercy (médecin chef); maintenu; — Armynot du Chatelet passe aux salles militaires de l'hospice mixte de Rouen (médecin chef) (service).

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Angué, du 115e d'infanterie; maintenu; — Pigeon, du 116e d'infanterie; maintenu; — Gabrielle, du 157e d'infanterie; maintenu; — Josse, du 72e d'infanterie; maintenu; — Fischer, du 168e d'infanterie; maintenu; — Chaudoye, du 166e d'infanterie; maintenu; — Daireaux, de la Tunisie; maintenu; — Blot, de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce; maintenu; — Desse passe au 53e d'infanterie; — Hochwelker, au 120e d'infanterie; — Gaimard, du 5e d'artillerie à pied; maintenu; — Lahaussois, de l'Algérie; maintenu; — Long, du 167e d'infanterie; maintenu; — Morvan, du 60e d'infanterie et chargé du laboratoire de bactériologie du 7e corps d'armée; maintenu; — Magerand, du 32e d'artillerie; maintenu; — Poirée, du 52e d'infanterie; maintenu; — Vidal, du 165e d'infanterie; maintenu.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Claret, du 30e d'infanterie; maintenu; — Sorlat, de l'Algérie; maintenu; —

Badie, du 21e bataillon de chasseurs à pied; maintenu; — Biau, des troupes d'occupation du Maroc occidental; maintenu; — Labastie, des troupes d'occupation du Maroc oriental; maintenu; — Thurel passe au 9e bataillon de chasseurs à pied (service); Servent, des troupes d'occupation du Maroc occidental; maintenu; — Riss, du 42e d'infanterie; maintenu; — Dumas, du 26e d'infanterie; maintenu; — Durban passe au 16e escadron du train des équipages (service); — Dauvergne passe au 24e dragons (service); — Mouchard, de la Tunisie; maintenu; — Ferron passe au 6e d'infanterie; — Collignon, du 51e d'artillerie et laboratoire de bactériologie de Nantes; maintenu; — Maisonnet, du 5e escadron du train des équipages militaires; maintenu; — de Lagoanère passe au 26e d'artillerie (service); — Surin, de la Tunisie; maintenu; — Pernod, des troupes d'occupation du Maroc occidental; maintenu; — Baur, du 11e d'artillerie de campagne; maintenu; — Roudouly, du 94e d'infanterie; maintenu; — Demerliac, du 78e d'infanterie; maintenu provisoirement; — Duband passe au 20e bataillon de chasseurs à pied (service); — Abel, du 156e d'infanterie; maintenu; — Rivay, du 90e d'infanterie; maintenu provisoirement; — Hauvuy passe au 25e bataillon de chasseurs à pied (service); — Salinier, des troupes d'occupation du Maroc oriental; maintenu; — Poulhès, du 121e d'infanterie; maintenu; — Bressot, de l'infirmerie-hôpital de la Valbonne; maintenu; – Chéneby passe au 16e d'artillerie (service); — Landret, désigné pour le 93e d'infanterie (service).

— CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décret en date du 23 mars 1914, ont été nommés dans la réserve du corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin-major de première classe de réserve. — MM. les médecins-majors de première classe retraités Poumayrac et Reboul.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — M. le médecin-major de deuxième classe démissionnaire Husnot.

L'ENQUÊTE SUR L'ÉTAT SANITAIRE DE L'ARMÉE. — La commission d'hygiène s'est réunie à la Chambre pour arrêter les conclusions du rapport général de la commission d'enquête sanitaire sur les casernements.

Elle avait convoqué le sous-secrétaire d'État et le directeur du service de santé. Le président, le docteur Lachaud, a fait l'exposé et le résumé du rapport qui lui a été confié en faisant ressortir que dans les anciennes casernes il n'avait été rien fait pour loger les deux classes de recrues qui ont été agglomérées en surnombre dans la plupart des chambrées. Il a insisté notamment sur l'insuffisance des hôpitaux.

Il a demandé au ministre de la guerre de vouloir bien dresser un plan des réfections et constructions nouvelles indispensables pour loger les hommes dans les vieilles casernes. Il a déploré l'insuffisance numérique du personnel médical et a prié le ministre, pour récompenser le dévouement des médecins, sœurs, infirmières et infirmiers, de vouloir bien accorder à ceux qui se sont le plus distingués par leur dévouement les récompenses auxquelles ils ont légitimement droit.

Le directeur du service de santé a exposé ensuite les propositions qui avaient été faites avant l'incorporation, dès le mois d'août dernier.

La commission a reconnu l'opportunité des mesures proposées qui auraient pu, dans une large mesure, prévenir la mortalité et la morbidité que nous avons eu à déplorer.

Après une discussion générale, les conclusions de la commission ont été adoptées.

HOMMAGE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE A M. JULES BŒCKEL (DE STRASBOURG). — La Société de chirurgie vient de nommer par acclamation membre honoraire M. Jules Bœckel. La Société a voulu lui témoigner, au moment où il va quitter son service de l'hôpital civil de Strasbourg, la sympathie et l'admiration de ses collègues français. On sait, en effet, quelle a été la brillante carrière chirurgicale de M. Jules Bœckel et combien il est resté attaché à la patrie de sa jeunesse.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DE L'ASTHME ESSENTIEL.

Monsieur le Rédacteur,

La note suivante pourrait-elle passer dans un prochain numéro de la *Gazette des hôpitaux* ?

« Pour compléter la revue sur l'asthme parue dans le n° 31 de la *Gazette*, il convient d'ajouter un douzième caractère de similitude entre les accidents asthmatiques et ceux de l'anaphylaxie expérimentale aux onze caractères indiqués au cours de cette revue.

En effet, d'après Widal, Abrami, Brissaud et Joltrain, *la cause provocatrice des accès est suivie rapidement* (et bien avant l'apparition de la dyspnée) *d'une crise vasculo-sanguine caractérisée par de la leucopénie, de l'hypotension artérielle, de l'hypercoagulabilité du sang et de la diminution de l'index réfractométrique du sérum*, accidents prémonitoires qu'ils ont observés aussi dans l'hémoglobinurie paroxystique et dans l'urticaire alimentaire, et qu'ils attribuent à un brusque déséquilibre apporté à l'état des constituants du plasma sanguin. Or, d'après ces auteurs, cette même crise « hémoclasique », se trouverait aussi à l'origine des manifestations du choc anaphylactique expérimental. » (Widal, Abrami, Brissaud et Joltrain : « Réactions d'ordre anaphylactique dans l'urticaire. La crise hémoclasique initiale », *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, séance du 13 fév. 1914, pp. 256-271.)

Je vous prie de croire, Monsieur le Rédacteur, à mes sentiments les plus distingués.

24 mars 1914.

Dr J. GALUP.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 20 AU 25 AVRIL 1914

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 20 avril, à une heure. — 1er (oral).
3e (oral, 2e partie, 1re et 2e séries).
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 21 avril, à une heure. — 1er (oral, 1re, 2e et 3e séries).
5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 22 avril, à une heure. — 1er (oral, 1re et 2e séries).

Jeudi 23 avril, à une heure. — 1er (oral, 1re, 2e et 3e séries).
2e.
4e (1re, 2e et 3e séries).

Vendredi 24 avril, à une heure. — 1er (oral).
3e (oral, 2e partie, 1re, 2e, 3e et 4e séries).
5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 25 avril, à une heure. — 3e (oral, 1re partie).
3e (oral, 2e partie, 1re, 2e et 3e séries).
5e (2e partie), *Beaujon* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon*.

REVUE GÉNÉRALE

MÉGACOLON CONGÉNITAL

OU

MALADIE DE HIRSCHPRUNG

Par MM. Robert de VERNEJOUL et Jean SEDAN,
Internes des hôpitaux de Marseille.

I

Définition. — Le mégacôlon congénital est une affection caractérisée anatomiquement par la dilatation du côlon et l'épaississement de ses parois, lésions tantôt généralisées à tout le côlon, tantôt localisées et ne s'accompagnant d'aucun obstacle mécanique apparent au cours des matières.

Ceci élimine complètement les dilatations coliques consécutives à une sténose acquise de cet organe (cancer, tuberculose, etc.).

Synonymes. — On désigne le plus souvent cette affection sous le nom de *maladie de Hirschprung* bien que Favali et Banks aient publié avant cet auteur des cas de mégacôlon. Cependant ce nom est justifié, dit Concetti, puisque l'étude de Hirschprung est la première importante sur ce sujet. C'est aussi la *dilatation idiopathique du gros intestin* des Anglais et Américains, l'*ectacôlon ou maladie de Mya* des Italiens, la *colonectasie*, la *dilatation congénitale et hypertrophie du gros intestin, etc.*

II

Historique. — Etudiée depuis peu cette maladie n'a été en France l'objet d'études sérieuses que depuis quelques années et, en 1903, Pierre Duval écrivait qu'elle était en France une simple curiosité scientifique.

Jayle a rapporté, en 1909, dans la *Presse médicale*, un cas de Ruysh, datant du XVIIe siècle, d'« enormis intestini coli dilatatio », qui semble être un cas de mégacôlon.

Au XIXe siècle les cas sont assez rares avant Hirschprung : 2 cas de Parry et Billard, en 1825-1829 ; 1 cas d'Oulmont, en 1843, à la Société anatomique de Paris ; 2 cas avec autopsie de Banks et Favalli, en 1846 ; 1 cas de Little et Galloway, en 1850 ; puis Peacock (1871), Chapmann (1878), Gee (1884), Bristow (1885), Futterer et Middeldorpf (1886), Cheadle (1886) publièrent des observations.

Nous arrivons alors avec l'année 1888 au premier travail d'ensemble important publié par Hirschprung, dans le *Jahrbuch für Kinderheilkunde* bientôt suivi d'une seconde étude du même auteur en 1896. Entre temps, paraissaient les observations d'Osler (1893) et le travail approfondi de Mya (1894); à partir de ce moment des travaux sont publiés par Marfan (*Traité des maladies de l'enfance*, 1897), Trèves (1898), Griffiths, Concetti-Fitz (1899), Fenwick-Johannsen (1900), Tarozzi (1902).

En 1903, paraît alors, dans la *Revue de chirurgie*, une longue étude de Pierre Duval sur la « dilatation dite idiopathique du gros intestin » qui est une mise au point complète de la question à cette époque. La même année Roux de Brignoles et Le Roy des Barres, en France, Valaguna et Giordano, en Italie, publient des cas.

En 1904, Hirschprung étudie dans le *Traité des maladies de l'enfance* la maladie à laquelle il a donné son nom, puis paraissent les travaux de Cheynisse (1904) dans la *Semaine médicale*; de Pluyette (1905) dans le *Marseille médical*; de Blanc et Charlot (1907) dans la *Loire médicale*. Des communications sont faites par Guinon à la Société médicale des hôpitaux de Paris; par Tuffier, Tuffier et Schwartz, Abrand, à la Société de chirurgie; par Schukmann, Ito et Soyesima, Neter en Allemagne ; Hawkins, Fletcher et Robinson, Skelding en Angleterre.

En 1908, paraissent l'importante étude de Gaujoux dans les *Archives de médecine des enfants*, la thèse de Le Calmé, les cas de Destot, Bessel-Hagen, Feldmann, Fabre de Parrel, Allaria.

En 1909, Terrien consacre un article du *Journal de médecine des enfants* à la « constipation congénitale » ; Chassagnard en fait l'objet de sa thèse. Un important article de Pierre Duval paraît dans la *Revue de Chirurgie* ; Guinard, Okinczyc, Morestin font des communications.

En 1910, Guinard dans le *Nouveau traité de chirurgie* de Delbet et Le Dentu et Frœlich dans la *Pratique des maladies des enfants* rédigent l'article « mégacôlon ». Cette même année paraissent les thèses de Culan (Paris), Weill (Nancy) ; les observations continuent nombreuses (Gayet, Morestin, Patel, Josselin, Kausch, Aubert et Weill).

En 1911, Gayet et Patel publient, dans le *Lyon chirurgical*, une revue des plus importantes sur le traitement du mégacôlon chez l'adulte; Riche et Flèche à la Société de chirurgie; Sorel dans les *Archives provinciales de chirurgie*, Chaton, Hoffmann, Delore continuent la série des observations.

En 1912, nous retrouvons les communications de Pauchet à la Société de chirurgie; Riche et Hoffmann, au *Journal de chirurgie*.

En 1913, Porte fait sa thèse inaugurale sur ce sujet, qui fait l'objet des travaux de Pauchet, Navarro, Sorrel, Grégoire et Duval, Mauclaire.

En 1914, la question vient d'être tout récemment étudiée par Broca dans son *Traité de chirurgie infantile*.

Il y a deux mois (janv. 1914), Péhu fit paraître, dans les *Archives de médecine des enfants*, une observation de mégacôlon chez un enfant myxœdémateux présentant une inversion générale des viscères.

III

Etiologie. — 1° **Causes efficientes.** — Le nom même de « dilatation *idiopathique* » du côlon attribué à la maladie de Hirschprung devrait nous dispenser de ce chapitre d'étiologie, mais Griffith le dit : « Ce terme idiopathique appliqué à la dilatation du gros intestin ne signifie que notre ignorance. » Il existe des causes efficientes non encore clairement

identifiées, aussi les théories que nous décrirons en pathogénie sont-elles nombreuses.

2° **Causes prédisposantes.** — 1. Fréquence. — C'est une affection *rare* ; Fenwick en soixante ans n'en releva que 3 cas sur 30000 autopsies. Chassagnard (Th. Paris, 1909) en citait 89 cas seulement, mais beaucoup de cas échappent parce que non identifiés.

2. Sexe. — C'est surtout le *sexe masculin* qui est frappé. Pierre Duval cite 36 hommes et 9 femmes ; Fenwick, 13 hommes, 3 femmes. Broca confirme ces chiffres que Pfisterer explique par la différence de conformation du bassin dans les deux sexes.

3. Age. — Dans la grande majorité des cas, c'est la *première enfance* qui est frappée (4/5 des cas) dans les premiers mois surtout, il y a cependant des cas congénitaux et des cas très tardifs (soixante-huit ans, Schuckmann ; soixante-douze ans, Versé).

4. Hérédité. — L'affection *n'a pas de caractère familial* (un seul cas de Hirschprung), mais apparaît souvent dans une famille frappée de malformations congénitales et surtout chez un individu par ailleurs malformé : pouce surnuméraire (Hartmann), hernie et rétrécissement duodénal (Joukoski), inversion générale des viscères (Péhu, 1914).

5. Rôle de la naissance avant terme. — L'incomplet développement du côlon pelvien qui ne cesse de s'accroître pendant la vie intra-utérine, comme l'a montré Jonnesco, entraîne une résistance insuffisante de la paroi intestinale favorisant la distension et peut-être l'allongement du côlon.

6. Rôle de l'alimentation. — Le *sevrage* est incriminé par Weil et de fait la maladie se manifeste souvent à ce moment, souvent s'aggrave, quelquefois tue les petits malades récemment sevrés. On a aussi incriminé le *lait de vache* trop riche en caséine et calcaire, trop pauvre en sucre et graisse. L'alimentation a aussi été incriminée dans des cas d'apparition tardive.

7. Rôle de la syphilis et autres affections. — On a accusé des maladies intercurrentes : Frœlich, la *rougeole* ; Hirschprung, la *tuberculose*. Lœper incrimine les infections transmissibles de la mère au fœtus telles que la *syphilis*, et qui seraient cause des lésions d'épaississement et d'hypertrophie conjonctive évidemment dues pour lui à une véritable inflammation. Weil incrimine l'*alcoolisme*, se basant sur les observations de Groen, Favali, Mouret et Paget.

IV

Pathogénie. — L'épaississement et la dilatation ont été expliquées par de nombreuses théories. Souvent ils sont nettement secondaires à un obstacle acquis situé sur le gros intestin (rétrécissement cicatriciel postopératoire, rétrécissements d'origine cancéreuse, tuberculeuse, syphilitique, typhique). Ces cas sortent de notre plan.

Nous ne occuperons que des théories du mégacôlon vraiment congénital que nous diviserons en trois :

I. Théories qui situent la lésion initiale dans la paroi du gros intestin ;
II. Théories qui situent la lésion initiale hors de la paroi du gros intestin ;
III. Théories éclectiques.

I. **Théories qui situent la lésion initiale dans la paroi du gros intestin.** — Ce sont les tuniques du côlon qui sont les premières coupables étant, ou ectasiées dès le début, ou allongées, ou flexueuses, ou mal fixées, ou affaiblies par une mauvaise innervation.

1° *La paroi serait primitivement ectasiée.* — C'est essentiellement la théorie de Hirschprung ; l'ectasie est primitive et congénitale ; l'hypertrophie musculaire lui succède, vraie conséquence de l'effort de l'organe pour éliminer les matières accumulées, elle est secondaire comme la colite interstitielle. Sternimann va plus loin et croit l'hypertrophie primitive. Cette théorie de la colectasie primitive est celle de Mya, Escherich, Jennersich et Pierre Duval qui l'assimile aux autres malformations du gros intestin (micro-omégacôlon). Guinard admet aussi la malformation congénitale, mais admet que l'apparition de l'ectasie est progressive. « Le mégacôlon n'est pas congénital : il est d'origine congénitale. »

2° *La paroi serait primitivement allongée.* — Netter (*Arch. für Kinderh.*, 1901) et aussi Neügebaüer accusent l'exagération de longueur du côlon qui, normalement très long chez le nourrisson, garde les mêmes proportions ou les exagère chez l'adulte. Cette longueur considérable du côlon explique, d'autre part, le volvulus (Thèse de Saïas, élève de d'Astros [1903-1904]).

3° *La paroi est primitivement flexueuse.* — Marfan attribue la dilatation à la constipation liée à la multiplicité et à l'exagération des inflexions de l'S iliaque. Les gaz dus à la stase fécale dilatent la paroi, et l'hypertrophie est une hypertrophie de compensation, comme celle de la vessie chez le prostatique. Jacobi, Broadbent, Johannsen, Fenton et Ibrahim adoptent cette théorie.

4° *La paroi serait mal fixée par un méso trop long.* — Ce méso trop long cause des coudures (Gourevitch et Barth).

5° *La paroi serait mal innervée.* — Ce qui détermine pour les uns une *aplasie*, la lésion nerveuse étant tout à fait primitive et congénitale (Hawkins Leinander) ou acquise (Bing et cas de Riche, 1911).

Pour les autres un *spasme colique* comparable à ceux du cardia et du pylore (Thomson, Fenwick). Venant à l'appui de cette théorie nerveuse des cas curieux ont été publiés : mégacôlon et spina bifida latent (Abrikosoff) et paralysie infantile (Baumel).

II. **Théories qui situent la lésion initiale hors de la paroi du gros intestin.** — 1. *La paroi se dilate et s'épaissit secondairement à un rétrécissement rectal ou anal congénital.* — Trèves, Blanc et Charlot et surtout Roser qui (d'après Hawkins) fut le premier, en 1875, à émettre l'idée du rétrécissement dû à une val-

vule (théorie de la valvule de Roser), la proposèrent : « Cette théorie de la valvule de Roser est basée sur ce fait indéniable que, même dans une période avancée de la maladie, lorsque depuis longtemps l'intestin ne réagit plus aux purgatifs et aux lavements, l'introduction d'un tube rigide de 8 à 10 pouces, au delà de l'anus, amène l'émission de matières et de gaz qui cesse aussitôt que le tube est enlevé. » (Hawkins, in Th. Culan.)

Trèves se rallia à la théorie en 1898, Perthes aussi qui fournit deux précieux arguments : les données d'un toucher dans un orifice de colostomie ; ce fait qu'une injection poussée de haut en bas dans l'intestin ne passe pas : si elle est dirigée par l'anus, elle ressort par l'orifice artificiel ; il s'agit donc d'un clapet véritable obstruant le gros intestin et il fit même dans un cas la section de cette valvule. Sorrel, dans son tout récent travail (*Clinique infantile*, déc. 1913), insiste sur la vérification de cette valvule à la rectoscopie.

2. *La paroi se dilate et s'épaissit secondairement à une contraction spasmodique du sphincter anal.* — Fenwick a soutenu cette hypothèse : en fait l'anus est souvent douloureux et resserré chez ces malades.

3. *La paroi se dilate et s'épaissit secondairement à un volvulus incomplet fœtal.* — Okinczyc a soutenu cette séduisante théorie où intervient encore l'hypertrophie musculaire de défense. Pour Okinczyc, « il n'y a pas d'obstacle, mais il y a eu un obstacle », qui a ultérieurement disparu laissant le mégacôlon comme conséquence définitive de son existence passagère; Okinczyc a développé cette théorie et il explique même par elle le microcôlon : le volvulus se forme à une période très peu avancée du développement et le résultat en est l'atrophie, l'atrésie du côlon et non sa dilatation hypertrophique.

III. **Théories éclectiques.** — Griffiths admet la multiplicité des origines : constipation, paralysie intestinale, rétrécissements congénitaux.

Concetti admet aussi plusieurs variétés.

Gaujoux, dans les *Archives de médecine des enfants* de novembre 1908, met même en doute l'unité et l'individualité de la maladie de Hirschprung ; il montre successivement que l'affection n'est pas purement congénitale, que la constipation apparaît en clinique avant la dilatation colique perçue par augmentation de volume de l'abdomen et il finit en se demandant si tous les cas de mégacôlon publiés ne sont pas des accidents très différents les uns des autres à rattacher tous plus ou moins à la petite occlusion, attaquant ainsi la théorie du mégacôlon entité clinique. Il admet cependant que ces différents cas sont reliés ensemble par un groupe de symptômes à peu près constants, le « syndrome de Hirschprung ».

L'accord n'est donc pas fait sur les causes du mégacôlon qui n'en reste pas moins une entité clinique constante pour la plupart des auteurs.

V

Anatomie pathologique. — La maladie de Hirschprung est caractérisée au point de vue anatomo-pathologique par une *énorme dilatation* du côlon, s'accompagnant en même temps d'un *allongement* parfois considérable du gros intestin et d'un *épaississement* de ses parois.

I. **Etude macroscopique.** — A l'ouverture de l'abdomen, on constate le plus souvent, à première vue, la présence de deux énormes masses qui, dans les formes typiques, remplissent le ventre en entier : l'une s'élève au-dessus de la fosse iliaque gauche jusque sous le diaphragme ; l'autre redescend jusqu'à la fosse iliaque droite. Ces masses représentent le gros intestin très distendu.

1° ETAT DU CÔLON. — C'est la distension énorme du gros intestin qui constitue la lésion primordiale.

A. *Siège de la dilatation.* — L'ectasie du gros intestin peut porter soit sur la totalité du côlon, soit sur un de ses segments ou plusieurs segments séparés par des portions d'intestin normal, soit enfin sur un point seulement de la circonférence intestinale, de là la division de Pierre Duval en :

a. *Ectasie totale.* Elle n'est pas très fréquente ; P. Duval l'a rencontrée 13 fois sur 40 cas ; Chassagnard 19 fois sur 59, soit environ dans 30 p. 100 des cas.

b. *Ectasie segmentaire.* Beaucoup plus fréquente, elle représente la forme classique du mégacôlon. On la rencontre dans 65 p. 100 des cas environ. Le plus souvent elle porte sur le côlon pelvien, puis, par ordre de fréquence, sur le côlon transverse, le côlon descendant, le côlon ascendant. Pour P. Duval, la distension porterait sur le côlon pelvien dans 43,4 p. 100 des cas.

L'ectasie peut d'ailleurs siéger soit sur un seul segment du gros intestin, soit sur plusieurs segments à la fois. Cette association de plusieurs segments ectasiés se rencontrerait pour P. Duval dans un tiers des cas.

Il est enfin des observations très rares où le gros intestin est le siège de nombreuses dilatations se succédant comme les grains d'un chapelet, séparés par des portions rétrécies : c'est l'intestin en chapelet.

c. *Ectasie diverticulaire.* C'est une dilatation portant sur une partie seulement de la circonférence du gros intestin, revêtant parfois la forme d'un « anévrisme sacciforme » (Fütterer et Middeldorpf). Très rares, ces formes diverticulaires n'ont été rencontrées que dans 5 p. 100 des cas.

B. *Forme et volume du côlon.* — Le gros intestin peut présenter la forme de grosses masses uniques ou multiples, remplissant à elles seules toute la cavité abdominale. Cette ectasie atteint parfois des dimensions considérables, elle a été comparée à un estomac d'adulte dilaté par Trèves, à une cuisse d'adulte fléchie sur la jambe par Walker, à une énorme cornemuse par Roux de Brignoles, à un intestin de cheval, un intestin de bœuf, etc. *A l'état normal*, le côlon mesure en moyenne de 17 à 28 centimètres de circonférence et de 25 à 70 millimètres de diamètre. *Dans le mégacôlon*, la circonférence atteignait 57cm5 (Walker), 66 centimètres (Futterer et Banks). Son diamètre était de 10 centimètres dans

le cas de Gee, de 13 centimètres dans l'observation de Tordeus.

C. *Contenu du côlon.* — Il est formé en grande partie par l'agglomération de matières fécales constituant d'énormes tumeurs décrites sous le nom de fécalomes ou stercoromes. Ces tumeurs fécales sont formées, d'après Fenwick, par une accumulation de matières fécales dures et sèches, infiltrées de sels phosphatiques. Elles atteignent parfois des dimensions considérables et pesaient 3 kilogrammes chez le malade de Fabre de Parrel, 10 kilogrammes dans l'observation de Riche et Chevassu. Formade retira 47 livres de matières et Cadet en extirpa un premier jour 3kg500 et le lendemain 6 kilogrammes chez une jeune fille de dix-sept ans. Dans le cas de Fütterer, il y avait 16 litres de matières. Ces chiffres donneront une idée de l'énorme dilatation du côlon si l'on songe qu'à *l'état normal* la capacité du gros intestin est de 2 à 3 litres chez l'adulte.

D. *Allongement du côlon.* — Il est dû à l'élongation de la tunique intestinale, conséquence de la dilatation, et à la longueur anormale des mésos. Rappelons tout d'abord la *longueur normale* des différentes portions du côlon :

Côlon ascendant, 12 à 17 centimètres; côlon transverse, 50 à 60 centimètres ; côlon descendant, 14 à 20 centimètres; côlon ilio-pelvien, 45 à 51 centimètres. Ce sont là les dimensions du côlon chez l'adulte. La longueur totale ne dépasse pas 50 à 60 centimètres chez le nouveau-né, 80 centimètres dans le cours de la deuxième année, 90 dans le cours de la troisième année.

Hirschprung cite le cas d'un jeune enfant dont le côlon transverse mesurait 17 centimètres; dans un cas de Walther, le côlon ilio-pelvien atteignait 70 centimètres.

E. *Epaississement des parois coliques.* — *Normalement* les parois du côlon présentent une épaisseur de 1mm50 chez l'adulte, de 1mm20 chez l'enfant. *Dans le mégacôlon*, l'hypertrophie de ces parois atteignait une épaisseur de 2cm695 chez un malade de Mya, de 2cm521 dans un cas de Concetti. Chez une femme de vingt ans, la paroi colique présentait « l'épaisseur de la main ».

Parfois au contraire ces parois présentent une très grande minceur, comme dans un cas rapporté par Ebers où cet auteur compare la tunique de l'intestin à un « pétale de pavot ». (Okinczic en donne l'explication suivante : il s'agirait de mégacôlons), qui primitivement seraient des microcôlons progressivement et passivement forcés et dilatés.)

Signalons enfin qu'il n'est pas rare de rencontrer, au-dessous de la région distendue et hypertrophiée, une portion d'intestin lui faisant suite et présentant une minceur anormale.

F. *Etat de la muqueuse.* — A l'ouverture du gros intestin, la muqueuse intestinale apparaît hyperémiée, rouge, distendue ; les plis en sont effacés. Elle est pigmentée, quelquefois ecchymotique.

A une période plus avancée de la maladie, il n'est pas rare de trouver des ulcérations sur la muqueuse. La muqueuse semble « rongée aux vers » (Fenwick). Elles sont parfois nombreuses : une douzaine (Bristowe), irrégulières ; le plus souvent limitées à la muqueuse, elles peuvent cependant atteindre la tunique musculaire et dans certains cas même devenir perforantes, entraînant la mort par péritonite. Entre les ulcérations, la muqueuse peut paraître saine.

2° Passage de l'intestin normal au segment colique ectasié. — Ce passage se fait en général d'une façon progressive, peu nette, quelquefois au contraire, brusquement « en diaphragme d'instrument d'optique ». Le plus souvent la portion terminale du segment ectasié diminue peu à peu de volume, s'effilant vers la portion saine de l'intestin, revêtant ainsi l'aspect d'un entonnoir.

Dans d'autres cas le côlon ectasié se coude sur l'intestin normal et produit ainsi dans la cavité intestinale une *valvule semi-lunaire*. La présence de cette valvule est souvent notée dans les observations. Sa nature est très discutée : Perthes et plus récemment Josselin, de Jong et Muskens soutiennent qu'il s'agit d'une « valvule vraie, membraniforme, faisant saillie dans la lumière de l'intestin, analogue aux valvules en forme de diaphragme ou de nid de pigeon dont on admet l'existence au niveau du rectum et que l'embryologie permet de comprendre » (Sorrel). Ce serait donc une valvule formée par un des plis transversaux de l'intestin anormalement développé.

Pour Sorrel au contraire et pour la plupart des auteurs, il s'agirait d'une saillie de la muqueuse produite par coudure de l'intestin.

3° Etat des annexes du côlon. — *a.* Les *mésocôlons* sont souvent hypertrophiés, très allongés ; le mésocôlon sigmoïde atteignait 20 centimètres dans une observation de Le Roy des Barres.

b. Les *appendices épiploïques* sont souvent volumineux : 4 ou 5 fois plus gros que d'habitude (Favalli).

c. Les *artères et les veines du côlon* sont souvent très dilatées.

d. Les *ganglions mésentériques* sont tantôt normaux, tantôt très hypertrophiés.

4° Etat du tube digestif au-dessus du côlon. — *a.* L'*estomac* est parfois notablement dilaté (Oulmont, Brook, Hue).

b. La dilatation du *duodénum* a été rapportée par Hue.

c. L'*intestin grêle* est lui aussi quelquefois dilaté ; Hirschprung a noté l'hypertrophie des plaques de Peyer. Dans certains cas, comme dans l'autopsie d'Alezais et Pluyette (*Mars. méd.*, 1904), la portion terminale de l'intestin grêle était comprise dans l'ectasie intestinale.

d. La dilatation du *cæcum* a été très souvent rapportée chez l'enfant.

e. L'*appendice iléo-cæcal* présente dans quelques cas une longueur anormale : 13 centimètres dans un cas de Walker et Griffiths ; dans l'observation de Nulbergel, il participait au processus d'ectasie intestinale.

5° Etat du tube digestif au-dessous du côlon. — « Il existe souvent une plicature en forme de bourse

produite par la rotation de l'intestin sur la *portion fixe de la sigmoïde*; là la paroi intestinale est indurée, augmentée de volume et donne la sensation d'un anneau fibreux. » (Roux de Brignoles.)

Le *rectum* est tantôt dilaté, tantôt au contraire rétréci, comparable à la grosseur d'un index. Ce rétrécissement, congénital pour Trèves, serait dû pour P. Duval à une contraction permanente du rectum.

L'*anus* est souvent contracturé, empêchant l'émission des gaz.

II. Examen histologique. — Nous emprunterons la plupart des documents de cette étude au remarquable travail de Concetti.

1° ETAT DE LA MUQUEUSE. — Les cellules épithéliales ont en général disparu, sauf dans les premiers temps de la maladie. Il en est de même pour les cryptes glandulaires. On rencontre des amas de leucocytes et par places des amas de détritus sans organisation.

Nous ne reviendrons pas sur les ulcérations déjà décrites et qui mettent souvent à nu la muscularis mucosæ ; dans leur fond se voient souvent des capillaires gonflés de sang. Très hypertrophiée, cette tunique présente une épaisseur d'environ 5 millimètres.

2° ETAT DE LA MUSCULARIS MUCOSÆ. — Traversée par de nombreux faisceaux conjonctifs et par des vaisseaux sanguins très dilatés. On y rencontre des leucocytes en grande abondance. Très hypertrophiée, cette tunique a une épaisseur de $0^{mm}24$ à $1^{mm}05$.

3° ETAT DE LA SOUS-MUQUEUSE. — Cette tunique est épaissie par places. On y rencontre des faisccaux conjonctifs épais, des lymphocytes, des vaisseaux dont les parois sont infiltrées et épaissies.

Elle présente de 7 à 9 millimètres, constituant à elle seule le tiers et même dans certains cas la moitié de l'épaisseur totale des tuniques hypertrophiées (nous savons déjà que cette hypertrophie totale des parois coliques peut atteindre 3 centimètres).

On rencontre dans cette courbe des vaisseaux sanguins nombreux, les uns pleins de sang et contenant des globules normaux, les autres thrombosés et entièrement oblitérés.

4° ETAT DE LA MUSCULEUSE. — *a*. La *couche interne ou circulaire* est très épaisse. Les fibres musculaires sont bien conservées et leurs noyaux sont nets; les faisceaux sont séparés par des travées conjonctives qui font suite aux vaisseaux de la sous-muqueuse. Sur toute cette couche se voit une infiltration leucocytaire surtout marquée entre les travées conjonctives et aux limites de la couche musculaire.

b. La *couche externe ou longitudinale*, un peu plus épaisse que normalement, est beaucoup moins hypertrophiée que la précédente. Elle présente une épaisseur de $0^{mm}024$. Cette couche peut être tellement étalée par suite de l'aplatissement de ses trois bandes qu'elle paraît envelopper d'un véritable manchon toute la circonférence intestinale (Weil, Th. de Nancy).

5° ETAT DE LA SÉREUSE. — Elle prend peu de part à l'hypertrophie générale. Tandis que normalement son épaisseur est de $0^{mm}10$, elle atteint dans le mégacôlon de $0^{mm}50$ à $1^{mm}57$.

EN RÉSUMÉ :

« 1° Hypertrophie totale de la paroi intestinale dans toutes ses couches;

2° Modifications profondes ou disparition totale de l'épithélium;

3° Infiltration diffuse inflammatoire de la sous-muqueuse et de la couche musculaire;

4° Hypertrophie musculaire considérable localisée surtout aux fibres circulaires;

5° Artérite chronique. » (Concetti.)

VI

Symptomatologie. — « La symptomatologie du mégacôlon est des plus simples; elle se résume en ces deux mots : *constipation*, *distension abdominale*; les autres symptômes sont secondaires, ils sont dus soit à des modifications de ces premiers, soit à toute une série de complications fréquentes. » (P. Duval.)

A ces deux symptômes cardinaux nous ajouterons un troisième signe : la *reptation des anses sous-péritonéales*, et, à l'exemple des médecins américains et anglais, nous décrirons ces trois symptômes sous le nom de trépied symptomatique.

DÉBUT. — Chez le nouveau-né, la maladie se manifeste immédiatement par la rétention méconiale; dans les autres cas elle débute presque toujours par une constipation parfois opiniâtre et par le volume quelquefois très exagéré du ventre.

Mais de nombreuses observations nous montrent que souvent le début de la maladie est tout à fait insidieux n'empêchant en rien le malade de vaquer à ses occupations s'il s'agit d'un adulte, n'attirant même pas l'attention des parents si le malade est un jeune enfant, et c'est parfois d'une façon tout à fait indirecte, au cours de soins donnés pour une toute autre affection que le médecin découvre par hasard le mégacôlon : chez des enfants ayant une fracture de côte (Hirschprung), une fracture de la rotule (Hawkins), chez deux malades internés pour des troubles mentaux (Schukmann), à l'occasion d'une attaque de tétanie (Langmead), chez un enfant très dyspnéique (Middeldorpf). On peut toutefois remarquer que le plus souvent le diagnostic, quoique tardif, a été porté à l'occasion d'un accident auquel la maladie de Hirschprung n'était pas étrangère : dyspnée, troubles mentaux, tétanie, etc.

I. Trépied symptomatique. — 1° CONSTIPATION. — La constipation est l'élément capital de la maladie de Hirschprung, constante, particulièrement opiniâtre et très tenace. Les malades sont « constipés du jour de leur naissance au jour de leur mort » (Hischens).

Chez le nouveau-né l'expulsion du méconium ne

se fait que très tardivement : le troisième jour (Hirschprung), le quatrième jour (Kœppe), le dix-septième jour (Perthes).

Chez l'enfant ou chez l'adulte, les évacuations spontanées sont des plus rares. En moyenne, les malades restent quatre à six jours sans aller à la selle; dans un cas de Roux de Brignoles la dernière évacuation remontait à un mois; un malade d'Osler, âgé de sept ans, n'aurait eu que cinq ou six évacuations spontanées depuis sa naissance.

Puis, après ces crises de constipation, se produisent des *débâcles diarrhéiques* assez abondantes, horriblement fétides et n'amenant le plus souvent aucune diminution de volume de l'abdomen. Ce sont de véritables défécations par regorgement analogues aux mictions par regorgement des rétentions d'urine.

Mais si les évacuations des matières fécales sont très rares, il en est tout autrement de l'*évacuation des gaz intestinaux* dont la sortie impérieuse est souvent involontaire. Ces gaz sont caractérisés par leur fétidité, leur abondance et la violence de leur émission. Dans une observation de Concetti, chez un enfant de huit ans, « les gaz fétides empestaient toute la maison ». Walker signale l'impétuosité de la sortie des vents en disant que « de temps en temps ils s'échappent de l'anus avec un bruit semblable à un rugissement ».

La constipation augmente souvent au moment du sevrage et son caractère opiniâtre ne fera le plus souvent que s'accentuer avec l'âge. Plus tard, si des lésions de colite aiguë surviennent, cette constipation fera place à des alternatives de diarrhée profuse et de constipation.

2° Distension abdominale. — Elle atteint presque toujours des dimensions considérables. Le ventre est ballonné, globuleux, et la distension porte tantôt sur tout l'abdomen, tantôt, au contraire, se localise à l'un des flancs, à la région sous-diaphragmatique, au pourtour de l'ombilic, suivant que telle ou telle partie du côlon est dilatée. Lorsque la distension est généralisée à tout l'abdomen, et c'est ce qui se produit dans la très grande majorité des cas, le maximum de distension siège entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde.

Le ventre ainsi surdistendu affecte la *forme* d'un tonneau suivant Fütterer, d'un ballon d'après Trèves, un véritable ventre de femme enceinte d'après Bristowe. Un malade de Formade était surnommé le « sac plein d'air » et exhibait son ventre à travers les foires. Dans un cas de Griffiths « les parents avaient peur que le ventre crevât ». Et, en effet, le ventre présente parfois des *dimensions* énormes à tel point que la circonférence abdominale au niveau de l'ombilic atteignait 77cm5 chez un malade de Fitz, 80 centimètres dans deux observations d'Osler et de Concetti sur des enfants de moins de dix ans.

Plusieurs fois l'état de surdistension abdominale était si accentué qu'il faisait redouter la suffocation, entraînait une cyanose menaçante et nécessitait une ponction intestinale qui dans un cas ramena trois litres de gaz.

A quel moment apparaît cette distension de l'abdomen? — Marfan prétend qu'elle n'a jamais été observée chez le nouveau-né ; mais on sait aujourd'hui que ce signe existe parfois au moment de la naissance, à tel point que dans un cas de Hobbs et de Richemond elle constituait une véritable cause de dystocie lors de l'accouchement. Quoi qu'il en soit, elle apparaît dans la très grande majorité des cas quelque temps après la naissance, paraissant être consécutive à l'état de constipation dont souffre déjà le petit malade.

3° Reptation des anses sous-péritonéales. — Ce signe est dû à l'exagération des mouvements péristaltiques; on voit souvent les anses intestinales se dessiner sous la paroi abdominale de même que l'on voit parfois les contractions de l'estomac dans les sténoses pyloriques.

Ces contractions intestinales sont le plus souvent spontanées; quelquefois une légère palpation de l'abdomen est nécessaire pour les provoquer; toujours elles sont augmentées par cette excitation et exagérées par le massage.

Lorsqu'elles sont localisées, il arrive qu'une anse fasse une saillie plus apparente et puisse même être saisie entre deux doigts (Concetti).

Cette reptation des anses se produit tantôt dans tous les sens de l'abdomen, tantôt au contraire toujours à la même place, permettant parfois de dessiner le contour des anses et d'en faire le diagnostic topographique précis.

Parfois indolores, ces contractions intestinales provoquent souvent des douleurs spasmodiques quelquefois très violentes, surtout marquées à l'époque des crises prolongées de constipation, laissant quelque temps le malade au repos lors des évacuations spontanées ou provoquées.

II. **Signes physiques.** — 1° Inspection. — A l'inspection de l'abdomen, on constate la distension abdominale, les caractères de la paroi abdominale dont la peau amincie est tendue, luisante, de couleur nacrée, présentant souvent une circulation collatérale très prononcée. Fütterer a remarqué la formation d'une tête de méduse dans la région hépatique.

On note quelquefois, à l'inspection, un œdème plus ou moins marqué de la paroi. Enfin, l'inspection révélera parfois des déformations du thorax : évasement, éversion des fausses côtes, refoulement des côtes, rétrécissement des espaces intercostaux.

2° Palpation. — Elle permettra de reconnaître le siège des douleurs lorsqu'elles existent et renseignera le médecin sur les signes suivants :

a. La *consistance de l'abdomen* est celle de toute distension gazeuse. Elle est « dépressible, rénitente, uniforme ».

b. Le *signe de la fausse ascite de Delbet, Mathieu, Ricard*, dans lequel on observe tous les signes classiques de l'ascite sans qu'il y ait une goutte de liquide dans la cavité péritonéale. Pour que ce signe se produise, il suffit que l'intestin soit très largement dilaté; les liquides, dit Delbet, se comportent alors comme dans des vases communicants.

c. Tumeurs fécales. De volume variable, elles sont constituées par l'accumulation de matières fécales dures et sèches infiltrées de sels phosphatiques. On les désigne en général sous le nom de stercoromes ou fécalomes. Leur consistance est dure, parfois considérable, et Woolmer cite le cas de tumeurs pierreuses. D'autres fois, au contraire, elles sont molles et même dépressibles; on peut alors observer le *phénomène de l'aplatissement de Gernusy* dans lequel la tumeur molle garde l'empreinte des doigts sous forme de dépression persistante.

Un des caractères les plus importants de ces tumeurs est leur *mobilité*, leur déplacement. Ce sont des tumeurs transitoires. Constatées par le malade, elles peuvent avoir disparu à l'arrivée du médecin, à tel point que Fitz et Griffiths les avaient classées parmi les tumeurs fantômes.

Leur *poids*, très variable, est parfois considérable : 3 kilogrammes dans un cas de Fabre de Parrel, 10 kilogrammes dans l'observation de Riche et Chevassu.

On compare habituellement leur *volume* à celui d'une tête de fœtus à terme.

Leur *siège* est variable, en général dans le bassin, au voisinage de la vessie.

Elles sont très rares chez les enfants, disparaissent par les évacuations et les lavages intestinaux et font complètement défaut à la période ultime de la maladie lorsque la diarrhée survient.

3° Percussion. — Elle donne un son tympanique s'étendant à toute la surface du ventre et masquant la matité hépatique. Parfois, au milieu de ce tympanisme, on rencontre une zone de matité entourée d'une zone très sonore ; on est en présence d'un fécalome.

La *percussion après injection intestinale* même très abondante n'est changée que d'une façon très légère, et encore faut-il pour amener ces modifications des quantités énormes de liquide.

On vérifiera à la percussion le signe de la *fausse ascite* de Delbet, Mathieu, Ricard, et, quand il existera, on verra le météorisme se localiser dans les parties supérieures de l'abdomen et faire place à de la matité dans les parties déclives. De plus les déplacements de la matité suivant la position du malade se feront avec beaucoup plus de lenteur que dans l'ascite vraie.

4° Auscultation. — Elle donnera peu de renseignements ; on entend de nombreux borborigmes, de « gros glou-glous », dit Trèves. Châtain compare les symptômes d'auscultation de l'abdomen dans le mégacôlon aux signes d'un hydropneumothorax et leur donne le nom d'*hydropneumocôlon*.

5° Toucher rectal. — Il sera pratiqué chez tous les malades atteints de mégacôlon, donnera de précieux renseignements sur l'existence des tumeurs fécales et, combiné à la palpation de l'abdomen, permettra de préciser le siège de ces fécalomes.

Il renseignera en outre sur l'état de l'anus et du rectum.

a. L'*anus* est souvent resserré, le sphincter contracturé et la dilatation en est parfois très douloureuse.

b. Le *rectum* souvent normal est dans quelques cas très dilaté.

Parfois au contraire il est très rétréci et le doigt explorateur ne rencontre qu'un tube étroit de la grosseur d'un index.

Tantôt rempli de gaz, ce rectum est un véritable ballon dans lequel les doigts se promènent librement et entraînent à leur sortie de nombreux gaz fétides.

Tantôt au contraire il n'est qu'une cavité remplie de matières fécales à tel point que l'on doit parfois procéder à de véritables « accouchements rectaux ».

6° Toucher vaginal. — Il sera toujours pratiqué et permettra de vérifier l'indépendance des tumeurs fécales et de l'utérus.

7° Radioscopie. — On administrera au malade, avant l'examen à l'écran, une solution de lait bismuthé. Juno et Piéri (*Paris méd.*, 1912) mettent en garde contre la toxicité du sous-nitrate de bismuth et conseillent l'emploi du carbonate de bismuth.

Kœstle (de Munich) préconise à cet usage l'oxyde de zircone.

On arrivera à rendre opaque la plus grande partie du gros intestin en faisant absorber une assez grande quantité de bismuth donnée en trois repas espacés de trois heures environ. On pourra, de cette façon, acquérir des notions précises sur la forme du gros intestin, sa situation et sa longueur.

On examinera ensuite le malade de temps en temps pour voir en combien de temps se vide l'intestin et pendant quel temps le bismuth stagne dans la région dilatée. La radioscopie permettra enfin de connaître la *durée de la traversée digestive*, sachant que *normalement*, d'après les chiffres de Hertz, le bol alimentaire commence à arriver dans le cæcum quatre heures et demie après le début du repas et doit s'y trouver entièrement au bout de neuf heures. Il atteint l'angle colique droit en six heures et demie, le milieu du côlon transverse en huit heures, l'angle colique gauche en neuf heures, le côlon iliaque en douze heures, la partie supérieure de l'ampoule rectale en dix-huit heures.

Pour reconnaître, sur l'écran, le siège de la dilatation, on peut encore employer soit la méthode d'insufflation d'air dans l'anus, soit le procédé proposé par Neügebaüer qui introduit dans le rectum une sonde de Kühn, sonde en gomme munie d'un mandrin metallique : « En cas de dilatation, la sonde pénètre facilement et permet de mesurer l'étendue et la situation de l'anse ectasiée. » (Culan.)

8° Diaphanoscopie. — C'est l'introduction dans l'anus d'une sonde de Nélaton et d'une lampe électrique. Elle a donné de bons résultats entre les mains de Neügebaüer et Schrüber.

9° Rectoscopie. — Elle donnera des renseignements sur l'orifice d'entrée de la poche ectasiée et la valvule semi-lunaire qui s'y trouve souvent, sur l'état de la muqueuse au-dessous de la valvule et, si l'on peut franchir l'orifice avec le rectoscope, sur

la vascularisation, les ulcérations de la muqueuse, le contenu de la poche.

Sorrel insiste tout spécialement sur l'importance de ces examens rectoscopiques.

10° RECTOSCOPIE SUPÉRIEURE OU RECTOMANOSCOPIE — A été quelquefois pratiquée.

11° LES LAVAGES INTESTINAUX peuvent fournir de précieux renseignements, n'étant évacués que difficilement et d'une façon incomplète.

III. **Signes généraux.** — 1° TROUBLES DIGESTIFS. — La maladie de Hirschprung s'accompagne en général de *perte de l'appétit*. Les enfants refusent le sein ou toute autre alimentation. Les adultes restreignent leur alimentation dans la crainte d'augmenter la rétention fécale (Woolner).

A la suite des débâcles, on voit pourtant l'appétit renaître ; mais ce ne sont que des périodes de rémission de courte durée.

La *langue* est saburrale ; les *vomissements* fréquents. Exceptionnellement, ils ont été notés dès la naissance. Composés de mucosités verdâtres, de débris alimentaires, ce sont très rarement des vomissements fécaloïdes. On les rencontre environ dans le tiers des cas de malades atteints de mégacôlon. Johannensen et Hirschprung les considèrent même comme très rares et presque insignifiants.

On a vu d'une façon exceptionnelle se produire des *hémorragies intestinales*. Mauclaire, à la Société de chirurgie en 1913, a rapporté un cas s'accompagnant de pertes de sang intenses par le rectum faisant croire à un néoplasme.

Le *hoquet* a été signalé exceptionnellement aussi par Hirschprung et par Roux de Brignoles.

2° ETAT GÉNÉRAL. — Parfois complètement en désaccord avec la gravité apparente des symptômes locaux, il peut demeurer excellent. Dans d'autres cas, au contraire, l'état général est mauvais, le malade est pâle, amaigri, apathique, fatigué, de plus en plus faible ; le facies est grippé ; le teint terreux ; les extrémités froides et cyanosées au moment des crises d'obstruction.

Comment expliquer cette différence de l'état général suivant les malades ? Comment se fait-il que dans certains cas, comme dans celui de Sorrel, l'état général reste absolument parfait, le développement physique et intellectuel tout à fait satisfaisant ? Cette différence paraît avoir pour cause le siège de la stase intestinale ; si cette stase siège dans la première partie du gros intestin elle s'accompagne rapidement de troubles et d'altérations de la santé ; si, au contraire, elle siège sur les voies digestives inférieures, elle peut ne pas s'accompagner d'accidents sérieux. « Dans le côlon descendant ou dans le rectum, les matières sont sèches ; la vie bactérienne y est arrêtée... C'est un véritable corps dur sans action toxique que contient l'intestin... Dans la constipation cæcale, au contraire, les matières sont maintenues dans un état semi-fluide par l'arrivée constante du liquide de l'intestin grêle, d'où une intoxication chronique qui entraîne une série de symptômes cliniques pouvant retentir par leur persistance sur l'organisme. » (Morre. Th. de Paris, 1911.)

3° TEMPÉRATURE. — Elle est en général normale, quelquefois un peu inférieure à la normale. La fièvre ne s'observe qu'à la période ultime de la maladie et encore est-il fréquent à ce moment de voir l'élévation de température due à une complication entraînant la mort du malade.

4° LE POULS. — Il est souvent en discordance avec la température. Presque toujours très rapide, atteignant 120, 130, 140 pulsations ; il affecte au contraire dans de rares cas une lenteur remarquable ne dépassant pas 42 pulsations à la minute dans un cas de Perthes.

5° DOULEUR. — Elle est en général modérée et son absence si fréquente paraît due à ce que la séreuse est respectée dans les lésions anatomiques. Lorsqu'elle existe, elle revêt plutôt la forme de pesanteur, de gêne abdominale. Les contractions intestinales sont le plus souvent indolores. Dans d'autres cas et surtout chez les enfants, les douleurs sont violentes, spasmodiques, ayant pu dans un cas de Richardson faire prendre l'affection pour une appendicite. Ce sont parfois de véritables coliques très vives et localisées apparaissant avec la constipation et augmentant avec elle. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 25 MARS 1914)

Cathétérisme de la trachée. — M. TUFFIER, revenant sur la communication qu'il a faite dans la dernière séance, dit qu'il est très facile d'introduire dans la trachée une sonde dure, mais il persiste à trouver très difficile l'introduction d'une sonde molle.

M. SEBILEAU reconnaît, en effet, qu'il est très difficile de passer une sonde molle dans le larynx en se dirigeant sur le doigt. Mais si l'on a eu soin d'introduire d'abord un tube dur, ce qui est facile ainsi que le reconnaît M. Tuffier, il devient alors très aisé d'introduire la sonde molle à travers ce tube et de cathétériser la trachée.

Nouveau procédé de radioscopie pour la recherche des corps étrangers. — M. JACOB, au nom de M. Hirtz chargé de la physiothérapie au Val-de-Grâce, fait connaître une nouvelle méthode radiographique très ingénieuse, très simple et très facilement applicable pour la recherche des corps étrangers. Cette méthode est une heureuse modification de celle de Contremoulin.

M. HARTMANN a eu recours à cette méthode qui lui a permis d'aller chercher une balle logée sur la face antérieure de la colonne vertébrale au niveau du cou. Il a trouvé l'appareil de M. Hirtz d'une précision absolue et d'une simplicité extrême. Il ne saurait trop en recommander l'emploi.

M. CHAPUT, pour la recherche des corps étrangers, a toujours obtenu de très bons résultats de la méthode de Vaillant.

M. DEMOULIN obtient également de très bons résultats à l'hôpital Saint-Antoine à l'aide de la téléradiographie d'Aubourg.

Luxation du coude en arrière. — M. ROUTIER fait un rapport sur une observation de M. Hallopeau, Il s'agit d'un cas de luxation irréductible du coude en arrière dans lequel M. Hallopeau a eu recours à la résection par la méthode sous-périostée et à deux incisions latérales.

M. Routier préfère à ces deux incisions l'incision médiane de Farabeuf qui lui a toujours donné de très bons résultats.

Affections bénignes du gros intestin. — M. DELBET, à propos de la communication qu'a faite dans la dernière séance M. Duval, estime qu'il faut tout d'abord établir une distinction entre les affections du côlon cæcal et celles des autres parties du côlon.

M. Duval a surtout insisté sur la constipation et les lésions inflammatoires. La constipation n'est qu'un symptôme. Quant aux lésions inflammatoires, M. Delbet rappelle qu'elles sont plus souvent attribuées à l'appendicite chronique. Il est bien évident que l'appendice peut aussi être enflammé dans ces cas. Son ablation seule ne suffit pas pour guérir ces malades. Il faut y ajouter une opération complémentaire, en particulier la cæco-fixation.

En général, on met trop d'affections sur le compte de l'appendicite chronique.

La dilatation cæcale, l'entéro-typhlocolite accompagnent souvent l'appendicite. Ce sont ces diverses affections que M. Duval a décrites sous le nom de péricolite membraneuse.

Quant au voile membraneux congénital, c'est-à-dire la membrane de Jackson sur laquelle a tant insisté M. Duval, elle n'est pas la cause de tous les accidents qu'il lui attribue. Avec elle et sous elle, le cæcum peut être dilaté et mobile.

M. Delbet a fait observer, avec juste raison, qu'il y a dans l'histoire de ces lésions encore bien des points obscurs, et qu'il faudrait d'abord à leur sujet adopter une nomenclature.

Il est bien entendu que les indications opératoires varieront selon les cas. A ce point de vue il faut distinguer deux variétés de cæcum mobile, le cæcum mobile simple et le cæcum ectopique. Pour le premier la fixation au péritoine pariétal de l'abdomen peut suffire. Quant au cæcum mobile ectopique il n'est pas justiciable de la cæcopexie; il faut aller jusqu'à la résection.

Angiome caverneux du mésentère. — M. JULLIARD (de Genève) communique l'observation d'un jeune garçon de quinze ans qui était atteint de douleurs vagues dans le ventre et qui présentait une tuméfaction manifeste. M. Julliard fit le diagnostic de tumeur du mésentère. Il fit la laparotomie et se trouva en présence d'un énorme néoplasme; il en fit l'extirpation avec la résection d'une certaine portion d'intestin et abouchement latéro-latéral. Il s'agissait d'un angiome caverneux, tumeur d'une extrême rareté.

Epiploïte et occlusion intestinale. — M. ARDOUIN (de Rennes) apporte deux observations. Dans la première il s'agit d'une femme de soixante-neuf ans qui, il y a dix ans, avait eu une crise d'occlusion intestinale; elle allait être opérée lorsqu'une débâcle se produisit, elle se remit rapidement. Depuis elle ne présenta ni appendicite, ni constipation, ni aucun trouble. Récemment, elle fut reprise d'une nouvelle crise d'occlusion intestinale. Après quarante-huit heures M. Ardouin crut devoir intervenir. Il trouva une épiploïte étendue; en se rétractant l'épiploon adhérent avait coudé l'intestin. Il libéra l'intestin et réséqua l'épiploon. La malade succomba quarante heures après l'opération.

Dans le second cas, il s'agissait d'un boucher, obèse, alcoolique, âgé de cinquante-deux ans, qui avait été atteint de plusieurs crises prises pour des coliques hépatiques.

M. Ardouin, appelé pour une crise plus aiguë, fait une laparotomie, trouve une barre d'épiploon coupant le côlon en deux. Il défait cet anneau, coupe une bride. Le côlon restant aplati il fait une entéro-anastomose entre une anse grêle et le côlon transverse. Le malade est mort dans la journée.

M. Ardouin insiste sur la rareté de ces épiploïtes chroniques amenant de l'obstruction intestinale. Quel peut être le diagnostic causal? On a accusé l'appendicite. Dans ces deux cas il n'y avait rien du côté de l'appendice.

M. SOULIGOUX pense que, dans ces cas, il est préférable de recourir d'abord à un anus contre nature.

Kystes hydatiques multiples. — M. WALTHER présente un malade qu'il a opéré une première fois, en 1906, de quatre kystes hydatiques du foie avec drainage. En 1910, nouvelle opération de six kystes hydatiques du foie. Fixation du complément positive. En 1911, ablation de deux kystes de la paroi abdominale. Enfin, en 1912, dyspnée, fièvre, signes de pleurésie, large pleurotomie, pneumothorax total, ablation transpleurale de kystes hydatiques de la face convexe du foie, suppression du pneumothorax, très peu de réaction pleurale, guérison. Cette fois la fixation du complément avait été négative. En somme, M. Walther a enlevé à ce malade, aujourd'hui bien portant, seize kystes hydatiques.

Sporotrichose du genou. — M. WALTHER présente un malade atteint de sporotrichose primitive du genou traitée par les injections locales iodo-iodurées.

M. DEMOULIN insiste sur la longueur de la guérison dans ces cas.

M. QUÉNU demande si l'on a inoculé des cobayes. La coïncidence de la tuberculose et de la sporotrichose s'observant souvent dans ces cas.

M. WALTHER répond que ces inoculations ont été faites et qu'elles ont été négatives.

Fractures du col fémoral chez l'enfant. — M. SAVARIAUD montre une série de radiographies relatives à ces sortes de fractures.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

UNE PROPOSITION DE LOI MODIFIANT LA LOI DE 1892 SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Un nouveau diplôme de docteur.

MM. Charles Deloncle, Abel Lefèvre et Lagrosillière, députés, ont déposé une proposition de loi tendant à reviser la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine. Ce projet de loi comprend des modifications de deux ordres :

« 1° Relèvement des peines déjà existantes, adjonction de peine de prison et, à titre d'accessoire, publicité des jugements de fermeture des officines.

Répression sévère de l'usurpation des titres, de l'exercice sous un pseudonyme, sous l'anonymat, et de l'exercice illégal sous forme de conseils par voie de presse, prospectus, etc.

2° Au point de vue des études et du titre, augmentation de la durée des études comme elles sont fixées par le décret du 11 janvier 1909, création d'un *titre de docteur en chirurgie dentaire*, et enfin obligation pour les docteurs en médecine se destinant à l'art dentaire de subir les examens de chirurgiens dentistes après deux années d'études pratiques contrôlées dans une école dentaire. »

Ce projet de loi peut paraître séduisant dans sa première partie qui semble répondre à certaines préoccupations légitimes du corps médical; mais les dispositions qui suivent présentent des tendances fâcheuses qui en diminuent singulièrement la portée et ne peuvent manquer de provoquer de vives protestations.

Il existe, en effet, déjà des dentistes patentés, des chirurgiens-dentistes ordinaires, des chirurgiens-dentistes diplômés de la Faculté de médecine, des dentistes étrangers à qualificatifs variés sans compter les médecins stomatologistes. Le besoin n'apparaît pas très nettement de créer encore des docteurs en chirurgie dentaire. Représenteraient-ils simplement une nouvelle façon de dénommer les dentistes? Cela n'appor-

terait qu'un peu plus de confusion et n'augmenterait vraisemblablement pas leur valeur personnelle. Si c'est une catégorie nouvelle que l'on veut créer, il serait indispensable de la légitimer par des études plus sérieuses et plus longues, tant et si bien qu'il deviendrait aussi simple de faire des études médicales donnant droit à un titre incontesté. Au reste, est-ce le moment, quand les élèves des écoles dentaires eux-mêmes réclament pour les futurs dentistes l'obligation des études médicales complètes, de créer un titre hybride qui serait par lui-même un obstacle à la réforme qui s'impose de plus en plus. Il y a lieu à ce sujet de faire remarquer aux auteurs du projet que cette réforme est déjà réalisée en Italie, en Belgique, en Portugal, en Autriche-Hongrie et dans une partie des Etats-Unis. Que signifierait dans ces conditions une demi-mesure qui placerait les porteurs du nouveau titre auprès des docteurs en médecine dans une situation équivalente et même inférieure à celle des anciens officiers de santé justement supprimés ? Ce serait sous une autre forme la reprise de l'idée de doctorat d'université des sciences, contre lequel le corps médical a si vivement et si légitimement protesté.

Vouloir, d'autre part, obliger les docteurs en médecine à passer deux années dans une école dentaire avant d'avoir le droit d'exercer la stomatologie est une prétention extravagante. Existe-t-il des stages équivalents pour les autres spécialités médicales, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, obstétrique, etc. ?

Il serait véritablement singulier qu'un docteur en médecine pût faire à son gré, au lendemain de sa thèse, toute intervention chirurgicale et qu'il lui fallût un diplôme spécial, après deux nouvelles années d'études, pour pouvoir arracher une dent.

Dans cette question, c'est le titre de docteur en médecine lui-même qui est en cause. Tout nouveau titre de docteur, toute limitation du droit d'exercer, serait pour lui une diminution. C'est sa défense que doivent avoir pour but les associations médicales qui ne peuvent laisser passer de tels projets.

Quant aux médecins stomatologistes, ils ont fait maintenant leurs preuves; malgré toutes les campagnes, leur nombre et leur autorité augmentent sans cesse. Toutes les administrations d'Etat leur confient leurs malades. De semblables projets de loi n'arrêteront point cette évolution ; bientôt, il faut l'espérer, à la Faculté de médecine de Paris, un agrégé spécialisé créera l'enseignement officiel de la stomatologie; et la question se trouvera ainsi réglée. A. HERPIN.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

VOMISSEMENTS CHEZ LES NOURRISSONS

Quand un enfant au sein ou au biberon vomit, on devra faire accompagner le traitement, institué d'après la cause, de la prescription de Sirop de Trouette-Perret à la Papaïne : une demi à une cuillerée à café selon l'âge, à chaque tétée; le lait étant mieux digéré, le traitement agira avec une bien plus grande rapidité.

LIVRES NOUVEAUX

L'Enfant et son médecin (1), par A.-B. BALL.

L'auteur a réuni, dans le petit traité qu'il vient de publier, tout ce qu'il est indispensable de savoir en pédiatrie.

Petit, mais complet et très documenté, il évitera aux praticiens bien des recherches et fixera bien des hésitations. Il contient, en effet, des renseignements fort documentés sur les différents points suivants : indications thérapeutiques, administration et dosage des médicaments, examen de l'enfant, hygiène, alimentation, thérapeutique générale, dictionnaire médico-chirurgical contenant étiologie, symptômes, diagnostic et traitement de chaque maladie, séjours à la campagne, stations thermales, établissements populaires, etc.

(1) In-8. Prix : 6 fr. 50. — Paris, A. Maloine.

Deux tables alphabétiques complètent l'ouvrage et permettent de trouver rapidement le renseignement désiré.

STEPHEN CHAUVET.

Ueber die Pathogenese der Salvarsantodesfälle (1), par W. WECHSELMANN.

L'auteur passe en revue dans cet ouvrage 137 cas de mort survenue après des injections de salvarsan. L'étude de ces cas, qui ne concernent pas tous des syphilitiques, montre qu'il est impossible de leur attribuer une pathogénie univoque. Mais la diversité des symptômes observés en pareille circonstance, dont l'encéphalite hémorragique ne représente qu'un cas particulier, montre que le salvarsan n'est pas la seule cause de la mort, mais n'intervient le plus souvent que comme facteur déchaînant.

En tous cas, il est évident qu'au début le salvarsan a été employé d'une façon un peu désordonnée et que beaucoup d'accidents auraient pu être évités. A. LEMIERRE.

(1) Un vol. de 84 pages. — Berlin et Vienne, Urban et Schwarzenberg.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Echo médical du Nord. — (N° 10, 8 mars 1914.) CARLIER et LEROY : Les hématuries au cours de l'appendicite.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 9, 1er mars 1914.) Camille et Henri FROMAGET : Nouveaux ptosis guéris par l'opération de Motais. — (N° 10, 8 mars.) P. CARLES : Caves, puits, grottes et cuves asphyxiants.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 9, 1er mars 1914.) CHAVANNAZ et LOUBAT : Sarcome polymorphe suppuré du corps thyroïde. — H. FROMAGET : Buphtalmie secondaire traitée par la trépanation d'Elliot.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 6, 19 fév. 1914.) CURSCHMANN : Sur la bronchotétanie de l'adulte et son traitement par le calcium. — SEHRT : Traitement thyroïdien des métropathies hémorragiques. — TRUNECEK : Le choc de la colonne sanguine dans les artères sous-clavières comme signe de sclérose de l'aorte thoracique. — WERMEL : Propriétés du sang et du sérum avec l'action des rayons Röntgen. — VERAGUTH et SEYDERHELM : Procédé d'action rapide nouveau sur les formateurs anormaux de leucocytes. — SCHNEIDER : Examen du sang dans la coqueluche. — JAENISCH : Contribution au diagnostic du charbon. — GILBERT : Sur la tuberculose oculaire. — FUCHS et FREMD : Présence de ferments protéolytiques protecteurs dans le sérum des aliénés par le procédé de dialyse d'Abderhalden. — RICHTER : Les mouvements respiratoires de la cage thoracique et des espaces intercostaux dans les affections pleurales.

Progrès médical. — (N° 10, 7 mars 1914.) G. MOURIQUAND et A. DUFOURT : Le chimisme humoral de la pneumonie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Traitement de la syphilis en clientèle. L'indispensable en syphiligraphie, par le docteur H. Gougerot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. In-8 (Bibliothèque « Comment guérir? ») avec 72 figures noires formant 40 planches et 19 en couleurs en 12 planches hors texte donnant la reproduction grandeur nature des principales lésions syphilitiques. — Prix : 10 francs. — Paris, A. Maloine.

Leçons sur la lithiase biliaire, par A. Chauffard, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris. In-8 de IV-244 pages avec 20 planches hors texte, relié toile. — Prix : 9 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Laboratoire du praticien, analyse clinique, méthodes et procédés, guide de diagnostic et d'hygiène prophylactique des maladies communes, tropicales et exotiques, par le docteur Paul Gastou, chef du laboratoire central et de radiologie à l'hôpital Saint-Louis. 3e fascicule, broché, avec 18 planches contenant 319 figures en noir et couleurs, par Louis Niclet. — Prix : 4 francs; l'ouvrage complet, comprenant les trois fascicules parus réunis en un volume cartonné toile : 12 francs. — Paris, A. Poinat.

Les Maladies du cœur et de l'aorte et leur traitement, par le docteur Arthur Leclercq. In-8 écu, de 552 pages, orné de 38 figures dans le texte et d'un schéma du cœur. — Prix : 7 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Les Nouveaux Horizons de la science, par H. Guilleminot, chef des travaux de physique biologique à la Faculté de médecine de Paris. — Tome III : **La Matière vivante, sa chimie, sa morphologie.** In-8 écu de 430 pages, avec 56 figures, cartonné. — Prix : 6 francs. — Paris, G. Steinheil.

La Conscience morbide, essai de psychothérapie générale, par le docteur Charles Blondel, docteur ès lettres, agrégé de philosophie. In-8. — Prix : 6 francs. — Paris, F. Alcan.

Formulaire de thérapeutique clinique, par le docteur L. Pron, membre de la Société de thérapeutique, avec la collaboration du docteur A. Cantonnet, ophtalmologiste des hôpitaux de Paris. 2e édition refondue et augmentée. In-16, 544 pages, reliure toile souple, tête dorée. — Prix : 6 francs. — Paris, A. Maloine.

L'Hystérie et son traitement, par le docteur Paul Sollier, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin du Sanatorium de Boulogne-sur-Seine. 2e édition, revue. In-16 de la « Collection médicale », cartonné à l'anglaise. — Prix : 4 francs. — Paris, Félix Alcan.

Introduction à la médecine des passions, par le docteur Maurice Boigey, médecin-major de l'armée. In-16. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, F. Alcan.

L'Aphasie. Conception psychologique et clinique, par le docteur H. Bernheim, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Nancy. In-18 grand jésus de 150 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin et fils.

L'Héliothérapie, par le docteur P.-F. Armand-Delille. Monographie n° 75 de l'*Œuvre médico-chirurgical*. Une broch. grand in-8, de 35 pages, avec 10 figures dans le texte. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

Les Néphrites chroniques hématuriques (*Consultations médicales françaises*, fasc. 60), par le docteur J. Castaigne, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. In-16 de 20 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco; abonnement annuel (12 fasc.) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 38. — MARDI 31 MARS 1914. 87e ANNÉE. MARDI 31 MARS 1914. — N° 38.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 10 francs par an. Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Admissibilité.* — 1. MM. Harvier, 14 + 11 = 25; Foix, 11 + 13 = 24; Faure-Beaulieu, 13 + 10 = 23; Darré, 12 + 10 = 22; Tixier, 12 + 10 = 22; Gougerot, 8 + 13 = 21; Fiessinger, 7 + 14 = 21; Paillard, 8 + 13 = 21; Ramond, 13 + 7 = 20; Baudouin, 9 + 11 = 20.

11. Chabrol, 9 + 11 = 20; Debré, 8 + 12 = 20; Tinel, 11 + 9 = 20; Laroche, 10 + 10 = 20; Froin, 12 + 7 = 19; Ameuille, 8 + 11 = 19; Renaud, 7 + 12 = 19; Lian, 13 + 6 = 19; Brulé, 11 + 8 = 19; Troisier, 9 + 10 = 19.

21. Benard (René), 11 + 8 = 19; Sézary, 11 + 7 = 18; Armand-Delille, 9 + 9 = 18; Halbron, 10 + 8 = 18; Weil (Mathieu-Pierre), 8 + 10 = 18; Lecomte, 10 + 8 = 18; Monier-Vinard, 9 + 8 = 17; Abrami, 9 + 8 = 17; Voisin, 8 + 9 = 17; Milhit, 6 + 11 = 17.

31. Lévy (Fernand), 7 + 10 = 17; Lévy-Valensi, 6 + 11 = 17; Duvoir, 10 + 7 = 17; Laederich, 10 + 6 = 17; Lemaire, 8 + 8 = 16; Beaufumé, 6 + 10 = 16; Bloch, 7 + 9 = 16; Favry, 11 + 5 = 16; Joltrain, 7 + 9 = 16; Schaeffer, 7 + 9 = 16.

41. De Brunel de Serbonnes, 7 + 9 = 16; Lagane, 12 + 4 = 16; Weill (André), 11 + 5 = 16; Paisseau, 7 + 8 = 15; Rivet, 7 + 8 = 15.

L'Hôtel-Dieu, l'hôpital Necker, l'hôpital Lariboisière sont consignés aux candidats admis à subir l'épreuve clinique à partir du 15 avril prochain et pendant toute la durée du concours.

La prochaine séance (épreuve clinique) est fixée au mardi 21 avril, à quatre heures trois quarts à Necker,

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 27 mars. — MM. Kendirdjy, 18; Gernez, 19; Sauvé, 12.

A PROPOS DU CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR (MÉDECINE). — On nous communique le procès-verbal suivant :

« Après la clôture du concours des prix de l'Internat (section de médecine) terminé le 14 courant par l'attribution de la médaille d'or à M. Stephen Chauvet, M. Julien Huber, nommé le second, a publiquement accusé son collègue d'avoir modifié sa composition en la lisant et d'avoir ainsi usurpé la première place.

Le jury du concours, n'ayant été saisi d'aucune réclamation régulière ni pendant, ni après la lecture des copies, les allégations tardives de M. Huber ne pouvaient avoir aucun effet légal. Néanmoins, sur la demande formelle de M. Chauvet, les médecins soussignés, membres de ce jury, ont consenti à se réunir en commission arbitrale pour entendre contradictoirement les parties en cause, vérifier au besoin la copie incriminée et dire si la plainte leur paraissait fondée ou non. Cette procédure a été acceptée par M. Huber.

En conséquence, la commission arbitrale s'est réunie à l'Assistance publique le jeudi 26 mars 1914 à six heures du soir.

Etaient présents : MM. Barth, Dalché, Laffitte, Pissavy et Courcoux, médecins des hôpitaux, ayant composé le jury du

RENSEIGNEMENTS

concours des prix de l'internat (section de médecine); assistaient à la séance : MM. Stephen Chauvet et Julien Huber, tous deux internes lauréats des hôpitaux, MM. Marfan et Sergent, médecins des hôpitaux, témoins de M. Stephen Chauvet, M. le docteur Saint-Girons et M. Reilly, interne des hôpitaux, témoins de M. Huber.

Après avoir entendu successivement M. Huber et M. Chauvet et s'être fait représenter la copie de ce dernier, la Commission à l'unanimité :

— Déclare que l'allégation produite (un mot changé en lisant) et qui ne peut d'ailleurs être prouvée est insignifiante, si elle n'est pas sans fondement.

— Affirme que M. Chauvet n'a commis aucune fraude et que sa copie mérite pleinement le point qui lui a valu la médaille d'or.

— Regrette l'acte du candidat qui, après avoir gardé le silence pendant et après la lecture de la copie qu'il était chargé de surveiller, a attendu la fin du concours pour lancer contre son compétiteur plus heureux que lui une accusation injustifiée.

Paris, le 26 mars 1914.

Signé : BARTH, P. DALCHÉ, Ad. LAFFITTE.
A. PISSAVY, COURCOUX ».

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décret du 23 mars 1914, ont été promus aux grades ci-après, et par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Houillon, du 1er d'artillerie coloniale; placé en résidence libre; — Audibert est affecté au 6e d'infanterie coloniale.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Munier, des Nouvelles-Hébrides; maintenu; — Vallet, de la Martinique; maintenu; — Mongie, de Madagascar; maintenu; — Couvy, de la Côte d'Ivoire; maintenu; — Revault, du Tonkin; maintenu; — Léger, de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales; maintenu; — Tardif, du Tonkin; maintenu; — Sorel, du 23e d'infanterie coloniale; maintenu.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Arné, à bord de l'affrété *Loire*; maintenu; — Richard, des établissements français de l'Inde; maintenu; — Bondil, de l'Algérie; maintenu; — Beaujean, du Tonkin; maintenu; — Pinaud, de la Guyane; maintenu; — Lajus, de l'Indochine; maintenu; — Le Boucher, de l'Afrique occidentale; maintenu; — Le Cousse, de l'Afrique occidentale; maintenu; — Sauvé, du 1er d'infanterie coloniale; maintenu; — Mazurié, du 24e d'infanterie coloniale; maintenu; — Bonnefous, de l'Abyssinie; maintenu; — Clapier, du Dahomey; maintenu.

MARINE. — Des concours pour six emplois de professeurs dans les écoles de médecine navale seront ouverts dans les ports de Rochefort et de Toulon aux dates ci-après :

A Rochefort, le 3 juin 1914 : *A*. Pour l'emploi de professeur d'anatomie et de médecine opératoire à l'école principale de Bordeaux;

B. Pour l'emploi de professeur de pathologie externe et d'accouchements à l'école principale de Bordeaux;

C. Pour l'emploi de professeur de chimie biologique à l'école annexe de Rochefort.

A Toulon, le 11 juin 1914 : *A*. Pour l'emploi de professeur de chimie biologique à l'école annexe de médecine navale de Toulon;

B. Pour l'emploi de professeur d'histologie et de bactériologie à l'école principale de Bordeaux;

C. Pour l'emploi de professeur de physique, de chimie et d'histoire naturelle à l'école principale de Bordeaux.

En outre, des concours pour trois emplois de prosecteur d'anatomie dans les écoles annexes de médecine navale seront ouverts à Brest, à Rochefort et à Toulon le 29 juin 1914.

LA VACCINATION ANTITYPHOIDIQUE OBLIGATOIRE DANS L'ARMÉE. — La loi sur la vaccination antityphoïdique obligatoire dans l'armée proposée par le docteur Léon Labbé, adoptée par le Sénat le 23 décembre 1913, a été votée par la Chambre des députés le 23 mars dernier.

LA DÉPOPULATION EN FRANCE. — A l'Académie des sciences morales, que présidait M. Bergson, M. Charles Benoist, député de la Seine, a donné lecture de l'introduction de son rapport sur la dépopulation de la France, mission dont il avait été chargé par l'Académie. Il fait l'historique de cette question vitale; puis il montre qu'il y a en France trois grands centres de dépopulation intensive, en Normandie, en Bourgogne et en Gascogne. En dehors de ces centres, la dépopulation est presque générale, puisque c'est un déficit annuel de 500000 naissances — par rapport à la normale — qu'on enregistre en France.

REMISE D'UNE MÉDAILLE AU DOCTEUR BARDET. — Dimanche matin les collaborateurs et les amis du docteur Bardet, directeur du laboratoire d'hydrologie générale au collège de France, lui ont offert une médaille en l'honneur du vingt-cinquième anniversaire de sa nomination de secrétaire général de la Société de thérapeutique.

La cérémonie a eu lieu dans le service de M. le professeur Robin, qui présidait la réunion avec M. Bucquoy et M. le professeur Gilbert.

Des discours ont été prononcés par MM. Triboulet, Pottier, Leven, H. Bouquet, Albert Robin et Bucquoy.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Jaboin, président de la Chambre syndicale des pharmaciens de la Seine.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Billets d'aller et retour de vacances, à prix réduits* (1re, 2e et 3e classes), *aux familles d'au moins trois personnes*, délivrés du jeudi qui précède la fête des Rameaux au lundi de Pâques inclus, de toute gare à toute gare. Validité : 33 jours, avec faculté de prolongation. Minimum de parcours simple : 150 kilomètres. Arrêts facultatifs.

Prix : les deux premières personnes paient le tarif général, la troisième personne bénéficie d'une réduction de 50 p. 100, la quatrième et chacune des suivantes d'une réduction de 75 p. 100.

Faire la demande de billets quatre jours à l'avance à la gare de départ.

COURS ET CONFÉRENCES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HOTEL-DIEU. — *Cours de perfectionnement.* — M. le professeur DE LAPERSONNE, assisté de MM. Weiss, professeur de physique; Terrien, professeur agrégé d'ophtalmologie; Hautant, chef des travaux de rhinologie; Bourdier, chef de laboratoire; Chenet et Velter, chefs de clinique adjoints, commencera le lundi 21 avril 1914, à trois heures, dans l'amphithéâtre Dupuytren, à l'Hôtel-Dieu, un cours de technique ophtalmologique, avec exercices pratiques.

Ce cours comprendra la chirurgie oculaire, l'ophtalmométrologie, les rapports entre l'ophtalmologie et la pathologie générale, la neurologie oculaire, la bactériologie et l'anatomie pathologique, les examens oto-rhinologiques.

Il sera complet en six semaines environ.

Les leçons auront lieu tous les jours. Tous les élèves inscrits prennent part aux manipulations et travaux pratiques.

MM. les docteurs et étudiants titulaires de seize inscriptions, français et étrangers, seront admis, après immatriculation, à s'inscrire en vue de ce cours.

Le droit à verser est de 100 francs.

Les bulletins de versement des droits d'immatriculation et de frais de ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

LA POSITION GENU-PECTORALE

DANS L'ASYSTOLIE

Par MM. Edg. HIRTZ et BEAUFUMÉ.

Depuis que l'un (1) de nous a montré la valeur séméiologique et toute l'importance de la position genu-pectorale comme signe pathognomonique des grands épanchements péricardiques accompagnés d'une dyspnée intense, divers auteurs ont confirmé le bien fondé de cette assertion nouvelle. Frenkel, dans une thèse bien étudiée, a réuni quelques observations relatives à ce sujet éparses dans la littérature médicale, et a parfaitement dégagé tout l'enseignement qu'elles comportent. Blechmann, d'autre part, dans divers travaux intéressants, a rapporté plusieurs cas nouveaux confirmatifs dus à Friedreich, à Marfan, à Cochez et Fenouillet. Et, dans tous ces faits, peu importait la nature du liquide contenu dans la séreuse péricardique, séro-fibrineux, hémorragique, purulent : seule la grande quantité de liquide paraissait commander la position de décompression prise instinctivement par les malades asphyxiants.

Mais il est à remarquer que jusqu'ici toutes les observations publiées sur cette question se rapportent uniquement à des malades atteints de péricardite vraie, c'est-à-dire d'une inflammation du péricarde, notion qui pourrait avoir une certaine importance dans l'explication des phénomènes dyspnéiques. Or, un cas récent que nous venons d'observer prouve d'une façon absolument péremptoire que l'épanchement seul et non l'inflammation péricardique joue bien, en effet, le rôle important dans l'attitude de la position genu-pectorale nécessitée par une dyspnée énorme : c'est celui d'un asystolique porteur d'un gros hydropéricarde, c'est-à-dire d'un épanchement purement mécanique. Ce cas est, de plus, curieux par sa rareté, la position genu-pectorale n'ayant pas encore été signalée au cours de l'asystolie.

Il s'agit d'un individu de soixante-huit ans, vieux tousseur, emphysémateux bronchitique, en proie à une oppression à peu près continue depuis six ans, mais présentant des paroxysmes dyspnéiques de plus en plus longs et de plus en plus fréquents dans ces dernières années. Vers le début de 1913 s'accentua un œdème des membres inférieurs constaté déjà auparavant à diverses reprises. Puis dyspnée et œdème arrivèrent à un tel point que notre homme fut dans l'obligation de garder tout à fait le lit en août 1913. A partir de cette date, une asystolie progressive se constitua qui ne put être soulagée, au dire de l'entourage du malade. Toujours est-il que vers le milieu de novembre, P... devint tellement oppressé qu'il ne put trouver de soulagement qu'en prenant la position genu-pectorale de temps en temps. A partir du 10 décembre, P... reste à peu près constamment dans cette singulière position, jour et nuit. C'est dans cette pénible attitude, à quatre pattes, appuyé sur les genoux et les coudes, presque asphyxiant, angoissé, avec une voix cassée, que nous voyons pour la première fois le malade le 6 janvier 1914, vers quatre heures de l'après-midi.

(1) Edg. Hirtz. La position genu-pectorale, signe pathognomonique des péricardites à gros épanchement, *Tribune méd.*, 1910.

Un rapide examen suffit pour juger que nous sommes en présence d'un asystolique : dyspnée intense, facies bouffi et cyanosé, jugulaires turgescentes, membres inférieurs très œdématiés, bourses et verge très tuméfiées, mains gonflées, pouls rapide, petit et complètement arythmique, urines rares et foncées. L'examen physique, difficile car P... ne peut quitter sa position de soulagement que pendant quelques instants, dénote une ascite moyenne, un foie volumineux et douloureux, un thorax bombé, du tirage, des râles sonores disséminés dans toute la poitrine avec une expiration prolongée, une congestion des bases avec diminution de la sonorité et du murmure vésiculaire à droite. Mais, fait important, la région précordiale présente une matité absolue dépassant le mamelon gauche de deux centimètres et le bord droit du sternum de trois travers de doigt et masquant l'espace de Traube; les bruits du cœur sont à peine perceptibles, arythmiques, et le choc de la pointe ne peut être précisé. A noter, enfin, qu'au niveau des genoux et des coudes il existe un épaississement considérable des téguments avec marbrures violacées, en raison de l'attitude prolongée du malade.

Le diagnostic porté est celui d'asystolie par insuffisance cardiaque consécutive à un emphysème pulmonaire, asystolie s'accompagnant d'ascite, de congestion des bases, d'hydrothorax droit léger et d'un gros hydropéricarde. Deux ponctions exploratrices positives, l'une au niveau de la base droite en arrière, l'autre au niveau du sixième espace intercostal gauche en dedans de la ligne mamelonnaire et le thorax penché en avant, confirment le diagnostic d'hydrothorax droit et d'hydropéricarde.

Le soir même, évacuation de l'hydrothorax : on ne peut retirer que deux verres environ de liquide. L'évacuation de l'hydropéricarde, que nous voulions pratiquer par la méthode de Marfan, est remise au lendemain en raison de l'ascite et du météorisme. Trente ventouses scarifiées au niveau des bases des poumons. Diète absolue.

Le lendemain matin, amélioration déjà légère de l'oppression. Purgatif d'eau-de-vie allemande. Huit selles abondantes. L'après-midi, quand nous revoyons le malade, l'amélioration est appréciable, car il peut rester assis dans son lit. L'évacuation de l'hydropéricarde est donc écartée. Solution de digitaline pendant quatre jours : LXXX gouttes. Diète hydrique puis lactée. Ensuite théobromine. Purgatifs.

L'amélioration fut frappante. P... présenta dès le deuxième jour de l'administration de la digitaline une polyurie abondante; le sommeil devint possible dans la position horizontale; et en quelques jours les œdèmes se résorbèrent, l'ascite disparut ainsi que l'hydropéricarde. Le 17 janvier, toute dyspnée avait cessé; le malade reposait tranquillement dans son lit; le cœur avait recouvré un rythme tout à fait

régulier, les bruits étaient nettement frappés et la matité précordiale n'atteignait plus que 14 centimètres dans le sens transversal.

Actuellement, c'est-à-dire deux mois après le début du traitement, P..., qui reste soumis au traitement digitalique périodique que l'un de nous a le premier préconisé (1), est transformé; il fait des promenades chaque jour, dort des nuits entières, n'éprouve plus d'oppression qu'après avoir monté plusieurs étages; il déclare à qui veut l'entendre que depuis six ans il n'a jamais été aussi bien qu'à l'heure actuelle. Bref, cela a été presque un changement à vue.

Cette observation prouve donc, une fois de plus, toute la valeur séméiologique de la position genu-pectorale nécessitée par une dyspnée intense, et son importance capitale dans le diagnostic des gros épanchements péricardiques. Elle montre, en outre, qu'elle peut être sous la dépendance de l'asystolie, mais à la condition qu'il y ait comme facteur causal intermédiaire un hydropéricarde abondant.

UNE NOUVELLE MÉDICATION BROMURÉE

Par MM. A. SALIN et Ch. AZÉMAR.

Les recherches de Richet et Toulouse (*C. R. de l'Acad. des Sc.*, 20 nov. 1899) ont depuis longtemps déjà établi que l'association de la médication bromurée au régime déchloruré dans l'épilepsie permettait une assimilation plus parfaite du médicament et rendait le bromure plus actif. Les travaux de Ed. Lesné et Ch. Richet jeune (*Soc. de biol.*, 27 mars 1903) sur les effets antitoxiques de l'hyperchloruration furent une confirmation indirecte de ce qui avait été établi par Ch. Richet sur l'efficacité du régime hypochloruré combiné avec les bromures. D'autres auteurs qui firent des essais thérapeutiques suivant la méthode de MM. Toulouse et Richet obtinrent également de bons résultats. (Laufer. *Le chlorure de sodium et l'action des bromures dans l'épilepsie*, Paris, 1901. — Garbini. *Rev. mens. de neuro-pathol. et de psychiat.*, fév. 1906.) Bien que des travaux contradictoires aient paru sur ce sujet, il semble bien que ce fait puisse être considéré comme admis de façon à peu près générale par la majorité des observateurs. Les bromures ont un pouvoir inhibiteur plus grand quand l'organisme est privé de l'apport quotidien de chlorure de sodium. Ce résultat nous serait suffisamment expliqué par l'imprégnation des centres nerveux et le passage du bromure dans le liquide céphalo-rachidien, si l'on en croit les recherches de Viteman. (*Le régime déchloruré dans l'épilepsie*, Th. de Paris, 1906.) J. et R. Voisin n'ont pu, il est vrai, déceler le bromure dans le liquide céphalo-rachidien, de sorte que la question reste encore en suspens.

Malheureusement, la plupart du temps, quand on a voulu imposer le régime déchloruré aux épileptiques, il n'est pas rare qu'on se soit heurté à des difficultés venant du dégoût des malades pour ce régime qui les rebute par son absence de sapidité. A l'hôpital, à l'asile, où la surveillance est assidue, où le malade est soumis à une discipline stricte, on peut toutefois arriver pendant quelque temps à les faire suivre, encore que la surveillance puisse y être bien souvent trompée, mais, dans la clientèle privée, on se trouve souvent en présence d'une impossibilité; au bout de quelque temps, les malades réclament impérieusement le sel qu'on leur a enlevé, et le médecin est obligé de céder; s'il ne le fait pas, le malade souvent passe outre aux prescriptions médicales. Comme l'a dit Ch. Féré (*Soc. de biol.*, 21 mars 1903), « on réalise difficilement l'hypochloruration dans les asiles où le sel est au moins aussi malaisé à surveiller que l'alcool, on n'est pas plus favorisé dans les familles... C'est pour sa saveur qu'il est recherché; il ne suffit pas d'affirmer qu'il est inutile à la nutrition pour l'empêcher de s'introduire dans les aliments soit par goût, soit par habitude. »

Etant donné le caractère difficile habituel des épileptiques, on a évidemment le plus grand intérêt à leur faire suivre ce régime à leur insu ou à le rendre plus facilement supportable. Nous avons obtenu à ce point de vue d'excellents résultats avec un médicament nouveau, le sédobrol, dont nous avons eu à étudier la valeur thérapeutique et qui présente cet avantage pratique incontestable. Il est préparé en tablettes renfermant chacune 1 gramme de bromure de sodium, incorporé à un extrait de bouillon concentré, déchloruré, renfermant de la graisse, de l'albumine végétale et des substances extractives aromatiques. Cette tablette dissoute dans les aliments déchlorurés des épileptiques les rend sapides et agréables. Le médicament a été étudié à l'asile de Bel-Air. (Demole. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 20 mai 1913 et Mayor. *Presse méd.*, 1913, n° 101.) Demole, dans le service de M. Weber, a suivi quatre épileptiques essentiels et leur a administré deux à quatre tablettes de sédobrol par jour pendant six mois consécutifs; il a obtenu une réduction d'un tiers du nombre des crises.

Nous avons associé à cette médication le régime végétal dont Maurice de Fleury a montré le succès dans le traitement de l'épilepsie commune. (Note sur la genèse et sur le traitement de l'épilepsie commune, *Acad. de méd.*, 22 oct. 1912.) Les malades prenaient du bouillon de légumes, des purées, etc., salées au sédobrol; jamais ils ne se sont plaints du mauvais goût des aliments, ils ne répandaient pas l'odeur spéciale aux malades bromurés; jamais nous n'avons eu d'éruptions cutanées.

Observation I. — *Epilepsie datant de l'adolescence. Crises nocturnes. Réactions violentes. Amélioration considérable.* — L. G..., quarante-quatre ans, entré le 23 juillet 1913. Les crises comitiales ont débuté dans l'adolescence sans cause déterminante connue. Elles se produisaient surtout la nuit, s'accompagnaient d'émissions d'urine et étaient suivies de périodes d'hébétude le matin. Développement intellectuel retardé, le malade n'a jamais pu avoir d'occupations suivies. Séjour dans le milieu familial impossible, en raison des troubles du caractère. Impossibilité de le garder dans un établissement d'assistance au milieu de malades mentalement normaux, en raison de ses réactions violentes. A l'entrée, les crises se produisent à peu près régulièrement toutes les nuits, le malade est confus, suit difficilement une conversa-

(1) Edg. Hirtz. *Médecine moderne*, juin 1898.

tion, reste indifférent à ce qui l'entoure. Le traitement au sédobrol est commencé immédiatement; on donne 4 tablettes par jour dans du bouillon de légumes et dans des purées aux repas. Nous avons eu là un succès inespéré; les crises ont disparu au bout d'une semaine environ, le malade s'est progressivement réveillé au point de vue intellectuel, il est calme, content et peut faire des promenades au dehors. Nous n'avons observé que de rares crises jusqu'en décembre 1913 et coïncidant toutes avec des sorties dans la famille, où se produisaient des écarts de régime. Nous n'avons jamais eu d'accidents bromiques, ni d'intolérance pour le médicament qui serait passé inaperçu si nous avions voulu le laisser ignorer au malade.

OBS. II. — *Dégénéré névropathe avec équivalents épileptiques. Crises incomplètes. Amélioration.* — M. Ch..., trente-deux ans, présente des crises comitiales incomplètes, avec conservation partielle de la conscience, de l'impulsivité, de la débilité intellectuelle. Au moment de son entrée, le 5 janvier 1914, il avait deux crises par jour. Traitement déchloruré et par le sédobrol à la dose de deux tablettes par jour. Crise le 6, le 9, le 11, le 1er février. Pas d'accidents depuis cette dernière date. Pas de dépression, ni d'hébétude.

Devant l'efficacité de ce médicament chez le malade de notre première observation, nous en avons donné à certains autres de nos malades chez lesquels il y avait indication à combattre l'éréthisme nerveux ou l'agitation, nous en rapportons ci-dessous quelques observations.

OBS. III. — *Alcoolisme subaigu.* — J. V..., trente-huit ans, maréchal-ferrant, entré le 31 juillet 1913. Usage abusif du vin blanc, excitation intellectuelle intense, hallucinations visuelles terrifiantes, etc. Les symptômes d'intoxication cèdent assez rapidement au traitement habituel, opium et balnéothérapie. Il ne reste, après quelques jours, qu'un degré assez marqué d'excitation intellectuelle et d'éréthisme nerveux; le sédobrol, à la dose de deux tablettes par jour dans du bouillon de légumes, a contribué à hâter la guérison complète.

OBS. IV. — *Excitation maniaque.* — J. F..., trente-neuf ans, institutrice, est dans la maison depuis le 15 juillet 1912 pour un accès d'excitation maniaque récidivant, après un intervalle de sept ans. La malade a eu des manifestations très graves de confusion mentale, avec un état général défectueux, des périodes de violence excessive; au mois de juillet 1913, il reste encore une grande loquacité, de l'incohérence des actes, de l'agitation. La médication bromurée à l'aide du sédobrol a amené un apaisement certain de l'excitation motrice, a ramené le sommeil et doit avoir une part dans la guérison de l'accès constatée en septembre 1913.

OBS. V. — *Excitation maniaque.* — D. L..., trente-deux ans. Récidive d'un accès antérieur (quatorze ans). Grande excitation incohérente, turbulence. Sédation rapide des grandes manifestations par les bains et la médication bromurée et hypochlorurée.

Ces premiers résultats permettent de conclure que nous avons sous la main un médicament précieux permettant le régime déchloruré sans ses inconvénients dus à l'insipidité des aliments, et la médication bromurée sans accidents bromiques et surtout sans l'étiquette de bromure qui a dans le public une si mauvaise réputation. Il est possible, si le médecin le désire, de dissimuler au malade qu'il prend un médicament, car on peut toujours faire accepter, même aux malades les plus difficiles, un bouillon de légumes dans lequel le bromure passera inaperçu.

ACTUALITÉS

LA RADIOGRAPHIE DES CALCULS BILIAIRES

On ne demande que rarement à la radiologie d'intervenir dans le diagnostic de la lithiase biliaire. Cela tient sans doute à ce que cette application de la méthode est peu connue ou bien, et surtout, à ce qu'elle est considérée comme incapable d'apporter un secours efficace à la clinique. Il est certain que ce sujet est encore neuf malgré les recherches qu'il a suscitées et que la mise au point n'en est pas parfaite. A la question que se posaient Chappuis et Chomel (1) en 1896 : « Est-il possible de photographier par les rayons X des calculs logés dans les parties du rein ou de la vésicule biliaire non masquées par les côtes? », on peut bien aujourd'hui faire une réponse affirmative, mais ce n'est guère qu'en raison de la forme très générale sous laquelle cette question est posée. Les conditions de visibilité des calculs biliaires à travers les tissus de l'organisme vivant sont en effet très complexes et se traduisent, dans la pratique, par des difficultés que la technique, malgré ses perfectionnements, ne semble pas toujours susceptible de vaincre. Néanmoins si la portée exacte de ce radiodiagnostic n'est pas définitivement établie, elle tend de plus en plus à se préciser et dès maintenant elle est à coup sûr beaucoup plus grande qu'on ne le croit communément. Il serait à souhaiter que l'opinion, émise récemment à la Société de chirurgie par Gosset (2) et par Quénu « sur l'utilité qu'il y aurait à radiographier tous les malades chez lesquels on soupçonne une lithiase biliaire », fût admise sans conteste, car des statistiques étendues seraient plus démonstratives que les faits rares et isolés dont nous avons disposé jusqu'ici. A cet égard les résultats remarquables qu'a publiés l'an dernier le radiologue américain J. Case (3) sont bien propres à entraîner la conviction.

Avant de présenter un aperçu des données qui servent de base à la radiographie de la lithiase biliaire, il convient de rappeler les noms des auteurs auquel on les doit.

Le travail primordial de Chappuis et Chomel a été suivi de beaucoup d'autres du même genre, c'est-à-dire purement théoriques ou ne comportant que des études expérimentales. Il faut ranger dans cette catégorie un article de Gilbert, Fournier et Oudin (1897), la thèse de Gaimard (1898) et diverses publications étrangères assez décourageantes parues entre 1896 et 1899, celles de Withe, Goodsped et Leonard, de Buckheim, de Kümmel et Oberst.

C'est Carl Beck qui, en 1899, montra à l'Association médicale de New-York les premiers clichés de calculs biliaires obtenus sur le vivant.

Après Beck, certains radiologues cherchant les raisons d'échecs répétés songèrent au rôle que devait jouer à ce point de vue la composition chimique des calculs. Naunyn entre autres en 1903 déclara que la radiographie ne pourrait montrer que de rares calculs très riches en calcium.

La première radiographie française de calcul biliaire fut présentée à l'Académie des sciences en 1903 par Mauclaire et Infroit.

Depuis cette époque une dizaine de faits également positifs

(1) CHAPUIS et CHOMEL. *Acad. de méd.*, 1896.
(2) GOSSET. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, séance du 11 fév. 1914, t. XL, p. 206.
(3) James T. CASE. *The Journ. of the am. med. Assoc.*, 1913, vol. LXI, p. 920.

ont été publiés dans notre pays par Arcelin en 1907 et 1913 (1), Béclère en 1909 (2), Desternes en 1912 (3), Lomon (4), Lefournier en 1913 (5), Gosset et Ledoux-Lebard en 1914. C'est un total bien faible auprès des 48 cas personnels que J. Case a pu réunir.

Les auteurs qui se sont particulièrement attachés dans ces dernières années à l'étude théorique et pratique de la question sont Dessauer et Wiesner (6), Arcelin, Béclère, Maingot (7), Pfahler (8), Case.

Pour apprécier convenablement les conditions dans lesquelles peut se former sur la plaque l'ombre d'un calcul biliaire, il faut se rappeler que, suivant l'excellente formule de Maingot, « une image radiographique n'exprime pas autre chose que l'*inégale transparence* des milieux opposés au rayonnement ».

Le degré de transparence du calcul est donc à considérer d'abord. Mais il n'est nullement uniforme. Et ses variations sont en rapport avec celles de la composition chimique du calcul. On sait en effet que le pouvoir d'absorption pour les rayons X dépend uniquement du nombre et du poids des atomes constituant le corps traversé. D'une façon générale, on décrit trois types de calculs biliaires.

Ceux du premier type formés en majeure partie de cholestérine ont une faible densité au point de nager sur l'eau après dessiccation et présentent le minimum d'opacité. Ceux du deuxième type contiennent surtout des pigments biliaires mais en général précipités à l'état de composés calciques; ils sont durs, plongent dans l'eau et présentent aux rayons X une opacité qui est proportionnelle à leur richesse en calcium. Enfin les calculs du troisième type presque uniquement formés de calcium sont par suite les moins perméables de tous. Malheureusement, selon Maingot, ce seraient les plus rares alors que ceux du premier type, qui sont les moins favorables à l'exploration radiologique, seraient les plus fréquents.

La teneur relative des calculs biliaires en calcium a donc une importance considérable. Elle est pour la plupart des auteurs la pierre d'achoppement du radiodiagnostic. D'après Béclère, « contenir du calcium telle est la condition sine qua non à laquelle doivent satisfaire les calculs biliaires pour pouvoir être révélés sur le vivant par la radiographie ».

Mais, d'une part, Case donnant son avis sur ce point et aussi celui de Williams déclare que la classification habituellement acceptée est trop rigoureuse et qu'il n'y a guère de calculs qui ne contiennent une certaine quantité de sels de chaux; d'autre part Beck, Arcelin ne pensent pas que la calcification soit une condition indispensable à la formation de l'image radiographique et Pfahler (9) n'hésite pas à dire que presque tous les calculs biliaires peuvent être ainsi décelés; il cite un cas où il aurait pu reconnaître un calcul de cholestérine pure.

Quoi qu'il en soit, il est indéniable que la perméabilité de certains calculs les rend, jusqu'à nouvel ordre, pratiquement invisibles. Aucune preuve meilleure n'en peut être donnée que par deux observations radiographiques de Béclère et d'Arcelin. Le premier, en 1909, examinant un malade de Gosset reconnut sur les plaques l'image nette de deux calculs, mais l'opération en fit découvrir dans la vésicule trente-neuf autres d'aspect tout différent et qui s'étaient laissé traverser par les rayons X. Dans le cas non moins instructif rapporté en 1913 par Arcelin, un calcul de cholédoque put être radiographié tandis que soixante calculs vésiculaires passaient inaperçus.

Mais la visibilité du calcul dépendant avant tout du rapport qui existe entre sa perméabilité propre et celle du milieu dans lequel il se trouve, il ne faut négliger aucun des éléments qui constituent ce milieu, aucune des conditions qui peuvent le faire varier.

Le calcul est tout d'abord en général entouré de bile qui, surtout à l'état pathologique, est très dense et quelquefois même chargée de sels de calcium.

En outre les organes de la région le masquent plus ou moins suivant leur volume et leur situation normale ou pathologique et aussi suivant la place qu'il occupe dans les voies biliaires. Certains de ces organes sont relativement opaques comme le foie, le rein; d'autres comme le côlon le deviennent quand ils contiennent des matières.

Enfin les parois abdominales elles-mêmes jouent un rôle non seulement en formant un écran fort épais en certains cas mais en éloignant plus ou moins le calcul de l'ampoule ou de la plaque.

Une difficulté qui n'a rien à voir avec le pouvoir d'absorption des milieux, mais qui entre aussi en ligne de compte, résulte de la mobilité que les mouvements respiratoires impriment au foie et aux voies biliaires.

La technique cherche à annuler le plus possible tous les facteurs défavorables.

Un point acquis est le sens dans lequel doit s'effectuer l'exploration radiographique. Les calculs biliaires, étant situés habituellement beaucoup plus près de la paroi abdominale antérieure, donneront évidemment une ombre plus nette si la plaque est placée contre cette paroi. Case fait même remarquer que certains calculs ne sont visibles que dans ces conditions.

Beck et un certain nombre de radiologues placent leur malade dans la position ventrale. Pfahler conseille de courber le corps sur le côté gauche pour diminuer sans doute l'opacité des milieux à traverser.

Une technique parfaitement réglée est celle de Béclère. L'intestin est vidé la veille par un purgatif léger. L'estomac est distendu à l'aide d'un mélange effervescent. Le malade est placé dans le décubitus dorsal, l'ampoule étant au-dessous de lui et la plaque sur sa paroi, au contact du rebord chondro-costal droit. On pratique une radiographie rapide en apnée avec une ampoule dure et en localisant les rayons avec un diaphragme en plomb.

La valeur de certains détails de la technique est encore diversement appréciée. Gosset dit que les résultats positifs « deviendront plus nombreux si l'on a soin de ne pas insuffler l'estomac et surtout de ne pas le remplir de bismuth ». Cependant la réplétion gazeuse de l'estomac est généralement adoptée et, d'autre part, c'est précisément sur des malades bismuthés que Case a obtenu presque toutes ses radiographies de calculs biliaires.

Lorsque le calcul apparaît sur le cliché, il a souvent un aspect caractéristique. A cause de l'opacité plus grande des couches externes il prend la forme d'un anneau soit régulièrement circulaire, soit — ce qui l'identifie mieux encore — polygonal. Mais souvent aussi l'image n'est qu'une tache homogène plus ou moins foncée, à contours plus ou moins nets et qui se distingue surtout par son siège et par son isolement.

Case prétend, peut-être avec raison, qu'on reconnaîtrait plus de calculs si l'on analysait soigneusement chaque ombre suspecte dans les radiographies de la région hépatique.

Le diagnostic est immédiatement facile dans quelques cas fort nets, mais quand la tache offre des caractères incertains, il est nécessaire, avant de conclure, de procéder à des investigations complémentaires.

(1) Arcelin. *Lyon méd.*, 1907, t. CVIII, p. 152, et 1913, t. CXX, p. 1129.
(2) Béclère. *Soc. de radiol. méd. de Paris*, séance du 14 avril 1909.
(3) Desternes. *Soc. de radiol.*, 9 janv. 1912.
(4) Lomon. *Soc. de radiol.*, 11 fév. 1913.
(5) Lefournier. *Soc. de radiol.*, 10 juin 1913.
(6) Dessauer et Wiesner. *Leitfaden d. Rontgen Verfahrens.*
(7) Maingot. Th. de Paris 1909-1910.
(8) Pfahler. *American quarterly of Röntgenology*, avril 1911.
(9) Pfahler. *The Journ. of the am. med. Assoc.*, vol. LXI, p. 924.

Maingot cite une erreur radiographique qui fut causée par l'incrustation calcaire des parois de la vésicule. Il faut convenir que cette erreur en était à peine une et n'avait en tout cas qu'une médiocre importance.

Il en est tout autrement quand on prend un calcul urinaire pour un calcul biliaire. C'est sans doute la faute la plus facile à commettre, ainsi que l'a montré Arcelin. Il est diverses manières de l'éviter. Une des plus simples consiste à prendre deux radiographies l'une dans le sens habituel, l'autre dans le sens contraire, c'est-à-dire l'ampoule étant placée en avant et la plaque en arrière. S'il s'agit d'un calcul biliaire, l'image est plus nette et plus petite sur la plaque antérieure. De plus sur des radiographies prises dans diverses directions, on peut voir l'ombre d'un calcul biliaire se déplacer par rapport à celle du rein. La pyélographie après injection de collargol, en localisant parfaitement le bassinet, donne plus de précision à ces recherches. Enfin la radioscopie stéréoscopique est un autre moyen de contrôle fort précieux.

Mais il arrive que le rein et les voies biliaires contiennent simultanément des calculs. C'est une circonstance qui peut compliquer l'interprétation radiographique et donner lieu à des méprises. Bevan (1) raconte une histoire tout à fait instructive à ce point de vue. Chez un malade présentant les signes d'une lithiase du cholédoque il reconnut radiographiquement un calcul logé dans ce canal. L'opération confirma pleinement le diagnostic et le succès de la méthode parut indiscutable. Mais Bevan, constatant que le calcul placé dans l'eau surnageait, eut l'idée de soumettre le malade guéri à un second examen, et il retrouva la même ombre calculeuse. Il en fallut bien conclure que cette ombre était celle non pas d'un calcul biliaire mais d'un calcul silencieux du rein.

Case cite encore parmi les causes d'erreur les dépôts calcaires dans les cartilages costaux, dans les ganglions lymphatiques, dans le rein tuberculeux. Il conviendrait sans doute d'ajouter à cette énumération les calculs pancréatiques auxquels personne ne songe, à cause de leur rareté sans doute, mais dont on a publié quelques cas décelés par la radiographie (2). Il est d'autant plus utile de les connaître que ces calculs riches en calcium sont toujours nettement visibles.

La radiographie qui a donné le moyen d'affirmer la présence d'un calcul biliaire permet-elle d'aller plus loin et de dire où il se trouve placé dans les voies biliaires? Théoriquement ce diagnostic du siège semble possible à l'aide de la stéréo-radiographie. Pratiquement, il aurait été réussi plusieurs fois par Beck, par Pfahler et par Case.

Quand aucune image de calcul ne s'est formée, certains radiologues pensent pouvoir encore diagnostiquer la cholécystite avec ou sans lithiase, à l'aide de quelques-uns des indices suivants recueillis par radioscopie après repas bismuthé : une hépatofixation de l'estomac par des adhérences qui n'entraîne pas en général de retard de l'évacuation, un point douloureux à la pression localisé à la partie externe de l'ombre duodénale, une saillie arrondie du bord inférieur de l'ombre hépatique, une situation très élevée de l'angle droit du côlon, une netteté particulière du duodénum qui ne serait pas spéciale, comme on le croyait, à l'ulcère duodénal.

Mais tous ces signes, quel qu'en soit l'intérêt, comportent une très large part d'interprétation personnelle et sont loin d'avoir la valeur objective de l'ombre que détermine le calcul lui-même. Il faut savoir ne pas demander au radiodiagnostic plus qu'il ne peut donner. Seuls les résultats positifs comptent, les autres ne doivent pas être utilisés. Il serait bon de connaître le pourcentage des radiodiagnostics positifs; les éléments qui permettraient de l'établir sont encore insuffisants.

Les chiffres et l'opinion de Case méritent cependant d'être cités. Sur 1000 examens radiographiques de l'abdomen après ingestion de bismuth, il a constaté 40 fois la présence de calculs biliaires, et il a obtenu 8 autres radiographies de calculs sans bismuth. La proportion est de 4 à 5 p. 100. Mais cet auteur fait remarquer que sa statistique englobe indistinctement les examens qu'il a pratiqués pour les troubles digestifs les plus variés, et il croit que la lithiase biliaire, quand elle existe, peut être reconnue dans 40 à 50 p. 100 des cas.

P. CHASTENET DE GÉRY.

(1) A. D. BEVAN. *The Journ. of the amer. med. Assoc.*, vol. LXI, p. 924.

(2) H. ASSMANN. Calculs pancréatiques décelés par la radiographie, *Forts. a. d. Geb. d. Röntgens*, t. XVIII, n° 4, in *Arch. d'électr. méd.*, 1912, t. XX, p. 473. — PFÖRRINGER. Un cas de calcul pancréatique, *Ibid.*, t. XIX, n° 1, in *Id.*, 1913, t. XXII, p. 283.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 20 MARS 1914 [*fin*])

Leucémie aiguë à forme pleurétique. — M. GOUGET et Mlle DE PFEIFFEL communiquent l'observation d'une femme de soixante-trois ans, qui fut prise brusquement au cours d'une bonne santé des signes d'une pleurésie droite, d'apparence franche avec herpès labial. La coexistence de petites taches purpuriques fit soupçonner la nature hémorragique de l'épanchement que confirma la ponction exploratrice. La formule leucocytaire du liquide se montra exclusivement mononucléaire avec de nombreux lymphocytes, il semblait donc s'agir d'une pleurésie tuberculeuse. Mais, les jours suivants, l'apparition de nouveaux éléments purpuriques et d'une épistaxis rebelle vint attester l'existence d'un état général hémorragipare et conduisit à l'examen du sang, où l'on trouva les altérations caractéristiques de la leucémie aiguë (1 302 000 hématies, 62 000 leucocytes dont 68 p. 100 de grands mononucléaires, basophiles non granuleux). Entre temps les progrès de l'épanchement et de la dyspnée avaient nécessité une ponction évacuatrice qui ne prit qu'un demi-litre de liquide fortement hémorragique; quarante-huit heures après une nouvelle ponction donnait issue à un litre et demi. La malade succombait trente-six heures plus tard (dix jours après le début des accidents), or l'autopsie montrait près de deux litres et demi de liquide hémorragique dans la plèvre. L'existence d'un épanchement pleural n'est nullement exceptionnel dans la leucémie chronique ou même aiguë, mais presque toujours il s'agit d'une simple constatation d'autopsie et en tout cas, alors même qu'il est reconnu pendant la vie, cet épanchement n'occupe dans le tableau clinique qu'une place secondaire. Le cas actuel semble le seul où la pleurésie ait à la fois ouvert la scène et dominé d'un bout à l'autre l'évolution clinique.

Dans l'épanchement, les mononucléaires basophiles non granuleux prédominaient comme dans le sang, mais relativement moins, tandis que les lymphocytes se montraient beaucoup plus nombreux que dans celui-ci. A signaler enfin l'absence d'adénopathies, l'état diffluent de la rate sans splénomégalie et le contraste entre la moelle ou la diaphyse fémorale restée complètement adipeuse.

M. AUBERTIN fait remarquer qu'il faut distinguer, chez les leucémiques, deux variétés de pleurésies, les unes leucémiques proprement dites et d'autres épisodiques. Dans la première forme, la formule cytologique est à peu près la même que celle du sang. Cette forme paraît sous la dépendance d'une transformation de la plèvre en un tissu hématopoïétique.

Les autres pleurésies peuvent être modifiées dans leur formule par le terrain particulier sur lequel elles évoluent, mais elles gardent la marque de leur nature.

M. P.-E. WEILL a eu l'occasion d'observer des syndromes hémorragiques au cours de la leucémie aiguë, avec épanche-

ment pleural. Il croit qu'il peut y avoir intérêt en pareil cas à pratiquer, comme l'a fait M. Gayet, des inoculations au cobaye.

Variations de la constante uréo-sécrétoire après les ponctions d'ascite. — MM. Achard et Leblanc remarquent que les discordances plusieurs fois observées entre les résultats de la constante uréo-sécrétoire et l'état clinique des malades ne se constatent pas seulement quand l'oligurie empêche l'élimination de tout ce qui se forme d'urée. Elles peuvent encore se rencontrer lorsque l'oligurie n'est pas très grande, que le taux d'urée sanguine n'est pas excessif et que ce corps n'est pas excrété à la concentration maxima.

Ils ont étudié les variations de la constante et de l'azotémie chez les cirrhotiques à l'occasion des ponctions d'ascite, qui provoquent des modifications passagères de l'hydraulique circulatoire.

Dans un premier cas, après une première ponction, aucune variation immédiate n'eut lieu, puis la constante et l'azotémie s'abaissèrent pour se relever ensuite. Après une deuxième et une troisième ponction toutes deux s'élevèrent. Chez un second malade une première ponction ne fut suivie d'aucun changement. Après la seconde, la constante descendit sans variation de l'azotémie, la diurèse devenant plus abondante. Après la troisième, la constante et l'azotémie s'élevèrent. Dans la troisième observation la constante et l'azotémie montèrent après la ponction.

On concevrait difficilement qu'une ponction d'ascite pût diminuer la perméabilité d'un rein qui, d'autre part, est habituellement capable d'un bon fonctionnement.

Il convient de remarquer que, pour apprécier la perméabilité rénale, il faut faire le rapport entre ce qui pénètre dans le rein et ce qui en sort pendant un temps donné. Or le calcul de la constante repose bien sur la détermination directe de ce qui sort du rein, mais non sur la mesure de ce qui pénètre dans l'organe pendant le même temps. Il suppose, en effet, que le taux de l'urée sanguine ne varie pas et que le débit du sang par le rein reste parallèle au débit de l'urine pendant l'épreuve. Mais il se peut que le rein ne s'adapte pas assez vite aux oscillations du débit sanguin quand des variations se produisent dans la circulation, de sorte qu'il en résulte des variations de la constante indépendante de l'état fonctionnel du rein.

(Séance du 27 mars 1914)

Syndrome hypoovarien et hyperthyroïdien. Crises épileptiformes (vagotonie). Réflexe oculo-cardiaque. Arrêt du ventricule. Dissociation auriculo-ventriculaire. — MM. H. Dufour et Legras. Il s'agit d'une malade de vingt-deux ans qui, à la suite d'une fausse couche de trois mois survenue en juin 1913 a vu ses règles disparaître complètement en même temps qu'elle assistait à la chute des poils du pubis, des aisselles et partiellement des cheveux (disparition des caractères sexuels secondaires). Consécutivement à ces troubles rattachables à une hypoovarie se sont montrés des phénomènes de suppléance du côté du corps thyroïde avec hyperthyroïdie constituée par de l'hypertrophie du corps thyroïde, de la tachycardie, de l'exophtalmie, un léger tremblement (syndrome basedowien). Sous l'influence de l'hyperfonction thyroïdienne et peut-être du traitement ovarique les poils du pubis commencent à repousser. Cette malade a eu dans le service trois crises épileptiformes. On a également noté à certaines périodes un ralentissement du pouls qui le faisait passer du rythme de 80 à 120 pulsations à la minute au rythme de 40 pulsations. Mais l'auscultation a permis de constater que ce ralentissement n'était pas dû à une bradycardie totale car l'on entendait des bruits cardiaques en écho ne donnant lieu à aucune pulsation.

Sur cette malade les auteurs ont recherché les modifications apportées au rythme du cœur par la compression oculaire (réflexe oculo-cardiaque). Au niveau de la radiale, le réflexe oculo-cardiaque s'est traduit par une suppression du pouls de quelques secondes qu'ils ont constatée par la palpation à l'aide du sphygmographe de Marey et avec l'oscillomètre de Pachon.

Avec ce dernier instrument les auteurs voient apparaître à la fin de l'arrêt systolique une grande oscillation de l'aiguille indiquant une systole ventriculaire exagérée qui s'est inscrite également sur le tracé sphygmographique. A l'aide de la radioscopie ils ont relevé, pendant la compression oculaire, l'arrêt du ventricule mais la persistance de contraction auriculaire. Il semble résulter de leurs constatations que le réflexe oculo-cardiaque produit chez leur malade une dissociation auriculo-ventriculaire avec arrêt du cœur ne portant que sur la contraction ventriculaire.

De la situation des viscères dans les différentes positions du corps (présentation de clichés radiographiques). — MM. Paul Carnot, Roger Glénard et L. Gérard. Au cours d'études sur la gymnastique viscérale, les auteurs ont été amenés à rechercher, à l'aide des rayons X, l'influence de divers attitudes et mouvements sur la statique et la dynamique des organes abdominaux et thoraciques.

Voici les constatations auxquelles ils sont arrivés.

Dans la position renversée du tronc tête en bas, le bismuth de l'estomac s'accumule sous le diaphragme, et la poche d'air vient occuper le bas-fond. Le bismuth du duodénum s'amasse dans sa première portion. Les côlons ascendant et descendant s'élèvent vers le diaphragme, le côlon transverse fait de même en inversant sa courbure naturelle et l'intestin grêle devient très apparent.

Le diaphragme remonte aussi surtout à droite à cause du poids hépatique, et le cœur devient piriforme, tandis que des sinus phréno-diaphragmatiques se creusent profondément.

Si en position debout on commande une flexion latérale du tronc, à droite, la partie droite de l'abdomen est comprimée, le côlon ascendant se replie en accordéon, le côlon descendant s'étire, l'inverse se produit dans la flexion latérale gauche.

Le décubitus latéral gauche amène un afflux du bismuth dans les parties gauches de l'abdomen, les angles coliques s'infléchissent à gauche, le cœur, quittant l'ombre vertébrale, vient se détacher très nettement dans l'ombre pulmonaire.

Dans le décubitus latéral droit, le bismuth de l'estomac s'évacue largement par le pylore qui représente la partie la plus déclive, et le cœur déborde à droite la colonne vertébrale.

Dans le décubitus ventral l'intestin grêle devient très apparent. De ces constatations ressortent de nombreux enseignements pour la gymnastique viscérale. L'examen radiologique dans ces différentes positions a un intérêt diagnostique très grand, pour l'étude de la mobilité des organes abdominaux (adhérences, cancers) ainsi que pour l'examen détaillé du cœur.

L'abolition et l'inversion du réflexe oculo-cardiaque dans les paralysies pseudo-bulbaires. — MM. Georges Guillain et Jean Dubois. « Il nous a paru intéressant de rechercher comment se comportait dans les paralysies pseudo-bulbaires le réflexe oculo-cardiaque qui, normalement, se traduit par une diminution des battements cardiaques.

L'examen de six pseudo-bulbaires nous a montré chez quatre d'entre eux une abolition du réflexe oculo-cardiaque et chez deux autres une inversion du réflexe, c'est-à-dire que, consécutivement à la compression des globes oculaires, on observait, non pas le ralentissement des battements cardiaques mais au contraire leur accélération.

Les conditions physiologiques du réflexe oculo-cardiaque comportent encore beaucoup d'imprécision, aussi nous abstenons-nous d'hypothèses sur la cause du phénomène que nous

avons observé. Toutefois il nous paraît que la lésion des voies encéphalo-bulbaires, isolant dans une certaine limite le bulbe du cortex ou des noyaux gris centraux, a une influence sur le déterminisme de cette perturbation du réflexe oculo-cardiaque. Ce symptôme peut avoir non seulement un intérêt de physiologie pathologique, mais encore une valeur sémiologique dans le diagnostic parfois délicat des paralysies pseudo-bulbaires. »

Le rythme du cœur dans la scarlatine. La bradycardie des scarlatineux. — MM. MONIER-VINARD et MEAUX SAINT-MARC. La tachycardie est un signe classique de scarlatine. Elle est en effet habituelle au cours des formes graves et malignes de la scarlatine, mais quand il s'agit de formes régulières d'allure bénigne, ainsi qu'il en a été pour les 278 malades observés par les auteurs au cours de l'endémo-épidémie actuellement régnante à Paris, il en est tout autrement.

La tachycardie ne fut rencontrée que dans 7 p. 100 des cas, à la période éruptive, au contraire, dans plus d'un tiers des cas, on nota de la bradycardie.

Cette bradycardie apparaît au décours de la période éruptive à la fin de la période fébrile, elle succède à la phase tachycardique ou plus souvent à la phase de bradycardie relative de la période éruptive. Elle est de 56 pulsations en moyenne atteignant parfois 42 et 40. Elle se maintient dix-huit à vingt jours en moyenne.

Elle est plus marquée chez les adultes que chez les enfants chez lesquels la tachycardie reste la règle.

Cette bradycardie s'accompagne de baisse de la tension artérielle, d'une crise polyurique qui peut monter jusqu'à 4 litres d'urine, au moment où la bradycardie est le plus accentuée. Au point de vue de la physiologie pathologique, c'est une bradycardie d'origine nerveuse. Elle est en effet caractérisée par son instabilité et ses modifications à la suite des changements de position, des émotions, de la fièvre accompagnant les complications possibles de la scarlatine.

Les tracés simultanés du choc de la pointe et du pouls jugulaire montrent une bradycardie totale, sans dissociation auriculo-ventriculaire. Cette bradycardie est peu influencée par le sulfate d'atropine, beaucoup plus par le nitrate d'amyle qui accélère considérablement le rythme cardiaque.

L'épreuve de la compression oculaire employée systématiquement par les auteurs pour tous les cas de bradycardie, a été toujours positive, provoquant un ralentissement de moitié dans certains cas.

Enfin les épreuves pharmacodynamiques de l'adrénaline et de la pilocarpine montrent qu'il s'agit d'une bradycardie par hypertonie du pneumogastrique, les scarlatineux se comportant au décours de l'éruption comme des vagotoniques.

Cette bradycardie est de pronostic rassurant, elle a toujours accompagné des cas bénins évoluant toujours sans complications sérieuses. Ces cas sont à opposer à la tachycardie vagoparalytique des scarlatines malignes.

Myélite diffuse aiguë causée par l'agent de la paralysie infantile. — M. NETTER en son nom et au nom de M. LEVADITI fait une communication sur ce sujet.

MÉDECINE PRATIQUE

L'EAU IODÉE ET LA STOVAINE DANS LES SOINS DE LA BOUCHE

Nous avons déjà signalé (*Gaz. des hôpit.*, 1912, p. 1336) les recherches de Carles (de Bordeaux) sur l'emploi de l'eau iodée comme dentifrice.

Rappelons que Carles recommandait comme dentifrice l'emploi de la solution suivante :

Teinture d'iode	20 grammes
Iodure de potassium	1 —

IV ou V gouttes dans un demi-verre d'eau.

Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* (25 janv. 1914, p. 63) rapporte que M. V. de Holstein emploie pour les soins de la bouche le procédé suivant :

« Le liquide destiné à servir au rinçage de la bouche est préparé en versant XX à XXV gouttes de teinture d'iode dans un verre d'eau bouillie tiède. Il suffit d'employer chaque fois un demi-verre d'eau avec X à XII gouttes de teinture d'iode. On obtient un liquide jaune brunâtre, limpide, ayant l'odeur et la saveur de l'iode. Bien entendu, il faut toujours se servir d'une teinture d'iode récemment préparée, une teinture ancienne étant très irritante par suite de dégagement d'acide iodique, ce qui se manifeste immédiatement par le goût acide de l'eau iodée préparée avec une teinture décomposée.

Il suffit de se rincer la bouche avec de l'eau iodée une fois par jour, le soir au coucher ; puis, si l'on est fumeur, de se retenir de fumer jusqu'au lendemain matin. Après rinçage à l'eau iodée, on éprouve une sensation très agréable de resserrement des gencives (action astringente) et la cavité buccale demeure fraîche jusqu'au matin. On peut dire que l'eau iodée est un moyen incomparable pour les soins de la bouche. Depuis que l'auteur s'en sert, ses dents ne sont plus sensibles (il peut casser avec elles des noisettes) et il n'a plus de fluxions dentaires. Une fois seulement, alors qu'il avait négligé pendant quelques jours de se rincer la bouche avec l'eau iodée, il eut un commencement de périostite alvéolaire, vite enrayée par des applications de stovaïne.

L'usage de ce dernier médicament est très rationnel pour prévenir la fluxion en supprimant la douleur. De tous les anesthésiques locaux, la stovaïne convient le mieux pour ce traitement, d'après l'expérience de l'auteur. Elle réunit, en effet, plusieurs avantages : elle est peu toxique (beaucoup moins que la cocaïne) et ne comporte aucun risque de stovaïnomanie ; à l'encontre de la cocaïne, elle ne produit pas cet état d'ivresse que recherchent les cocaïnomanes ; elle insensibilise même les tissus enflammés (ce que ne fait pas la cocaïne), et ce dernier point est de toute importance pour le traitement abortif des fluxions dentaires.

Pour l'utiliser, on peut frictionner la partie douloureuse menacée de fluxion avec le doigt humide garni d'une pincée de stovaïne, ce qui ne tarde pas à amener l'anesthésie de la région et de la langue. On répète plusieurs fois cette application dans la journée, en ayant soin de cracher l'excès de salive pour ne pas trop absorber de stovaïne.

Toutefois, ce procédé ne saurait être employé que par le médecin soit sur lui-même, soit sur un malade auprès duquel il se trouve. La stovaïne est relativement peu toxique, mais on ne pourrait la confier en quantité au malade pour qu'il en use à son gré et se fier à son exactitude dans l'observation des précautions nécessaires (s'abstenir de toute déglutition).

Aussi pour l'usage du malade faut-il prescrire la stovaïne de la façon que voici :

Stovaïne	0g05
Sucre en poudre	0g10

Mêlez. Pour un paquet. Faites douze paquets semblables.

Pour appliquer sur la gencive douloureuse en évitant toute déglutition de la salive, conformément aux recommandations orales du médecin. Ne pas employer plus de quatre paquets par jour.

Si le malade avalait, en plusieurs fois, même 0g20 de stovaïne dans la journée, cette dose ne saurait amener de conséquences fâcheuses. »

L. GAYARD.

ANALYSES

MÉDECINE

L'hypertrophie du cœur droit d'après les données numériques fournies par la méthode de W. Müller; ses relations avec les états chroniques asphyxiques, l'athérome de l'artère pulmonaire et la pléthore veineuse; sa pathogénie. (J. Bret. *Lyon méd.*, 1er mars 1914.) — Deux publications de M. S. Wideroë (de Christiania) ont fait ressortir les avantages de la méthode de Müller appliquée à l'examen post mortem des cœurs hypertrophiés.

Cette technique consiste à isoler les deux ventricules et les deux oreillettes de la cloison auriculo-ventriculaire et à peser séparément chacune de ces parties, après en avoir soigneusement détaché la graisse et le tissu conjonctif épicardique, et sectionné les gros vaisseaux au ras des valvules semi-lunaires. M. S. Wideroë a supprimé dans la méthode de W. Müller les causes d'erreur inhérentes à la façon tout arbitraire dont cet auteur appréciait la participation du septum ventriculaire à la constitution de chaque ventricule. Il laisse cette partie du cœur en dehors de ses calculs.

Ce procédé fournit, quant au poids absolu du cœur, des données d'une exactitude rigoureuse et met en valeur la notion de l'hypertrophie du cœur droit associée aux lésions pleuro-pulmonaires chroniques. Cette hypertrophie prend une signification particulière en même temps qu'elle atteint son degré le plus élevé dans les états chroniques d'asphyxie plus ou moins compliqués de faiblesse cardiaque.

Ceux-ci sont conditionnés par certaines dispositions anatomiques et physiologiques de la petite circulation et de la circulation veineuse générale, auxquelles ressortissent l'athérome de l'artère pulmonaire et la pléthore veineuse, ces deux causes étant susceptibles, isolément ou conjointement, d'actionner le processus hypertrophique avec le concours de certaines sécrétions glandulaires. STEPHEN CHAUVET.

Survivance des tréponèmes, et récidives in situ, chez des syphilitiques cliniquement et sérologiquement guéris. (L. Plazy. *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 11 janv. 1914, n° 2.) — L'auteur rapporte deux observations qui montrent que le traitement par le 914 ne suffit pas toujours à détruire les tréponèmes dans les lésions primaires et secondaires malgré la cicatrisation de ces lésions. Ceux-ci, en effet, après une période d'atténuation, pendant laquelle le malade semble guéri, peuvent manifester à nouveau leur virulence in situ et produire une récidive soit de lésion primaire (obs. I), soit de lésion secondaire (obs. II). L'auteur insiste, en outre, sur la difficulté que l'on peut éprouver à dépister ces fausses guérisons, surtout, comme c'est le cas chez les malades dont les observations sont rapportées au cours de ce travail, lorsque la réaction de Wassermann est négative.

STEPHEN CHAUVET.

Fièvre tierce et salvarsan. (M. Grénier. *Bulletin médical de l'Algérie*, 25 déc. 1913.) — Trois cas de fièvre tierce, bien caractérisés par la clinique et le microscope, ont été traités par le salvarsan et le néosalvarean.

L'emploi de l'arsenobenzol contre le « plasmodium vivax » a permis à l'auteur de constater que :

1° Une seule injection de salvarsan ou de néosalvarsan (les deux médicaments agissant de la même façon) a suffi à stériliser un malade, tandis que les injections de quinine doivent être répétées pour un résultat moins rapide, et que le cacodylate est sans effet.

2° L'amélioration de l'état général est extrêmement rapide. Elle est due à l'action de l'arsenobenzol sur les organes hématopoïétiques : action inhibitrice au début, avec destruction des formes vieilles, puis action excitatrice avec hyperleucocytose et apparition d'éléments nouveaux.

3° Le moment le plus favorable pour l'injection est quelques heures avant l'accès.

4° Il y aurait intérêt à avoir recours à cette thérapeutique agissant d'une façon si heureuse dans la forme tierce, la plus fréquente en Algérie et au Maroc ; d'autant que, grâce au néosalvarsan en solution concentrée, ou huileux, elle est à la portée de tous les praticiens. STEPHEN CHAUVET.

Technique des injections par les veines jugulaires et épicraniennes chez les nourrissons. Ses applications au traitement de la syphilis héréditaire par le néosalvarsan. (G. Blechmann. *Paris méd.*, 31 janv. 1914.) — On doit se servir, pour pratiquer ces injections, d'aiguilles de platine courtes (de 17 millimètres de longueur), de 60 à 50/100 de millimètre de diamètre, à biseau très court, sans soudure, le tube étant rivé dans un canon plat spécial. On emploiera des ampoules de néosalvarsan de 0,01 et 0,02 et des ampoules de 2 centimètres cubes d'eau bidistillée. Quelle que soit la quantité de sel injecté, il vaut mieux solubiliser toujours dans une quantité d'eau uniforme, 2 centimètres cubes. Le filtrage est inutile. La dose initiale est de moins d'un centigramme par kilogramme ; la dose terminale atteint un centigramme et demi par kilogramme ; la première injection ne doit pas dépasser 2 centigrammes. Le traitement consiste en séries d'injections hebdomadaires ou bihebdomadaires (cinq à sept) séparées par des périodes de repos de six à huit semaines.

On pourra faire l'injection dans la veine jugulaire externe qui devient turgescente lorsque l'enfant crie, dans les veines épicraniennes très accusées chez les nourrissons hérédo-spécifiques, enfin dans les veines dorsales du pied ou les veines brachiales.

Les accidents que l'on peut observer à la suite de ces injections sont des hématomes sans gravité ; jamais il n'a été constaté d'escarres. Il n'a pas été noté d'accidents imputables au néosalvarsan ; une seule fois est survenue une crise avec état syncopal, améliorée rapidement par deux gouttes d'adrénaline.

Les résultats obtenus à la suite de ce traitement ont été remarquables, tant sur l'état local (pemphigus, syphilides, coryza), que sur l'état général des nourrissons.

J. MILHIT.

CHIRURGIE

Quelques travaux récents sur la scoliose. (M. P. Desfosses. *Presse méd.*, 4 fév. 1914, p. 98.) — L'auteur fait une étude très judicieuse des travaux récents sur la scoliose. C'est tout d'abord la méthode d'Abbott, qui a beaucoup agité les orthopédistes depuis un an. Pour guérir une scoliose il faut obtenir une hypercorrection, en plaçant le rachis en flexion et la maintenir le temps suffisant dans un appareil plâtré. Outre que cette méthode est fort compliquée, les travaux publiés, les discussions des congrès récents, n'ont apporté aucune démonstration convaincante de la valeur absolue de la méthode d'Abbott, et la majorité des orthopédistes restent sur la réserve.

Du reste Dorbes (de Montréal), en employant une technique exactement contraire à celle d'Abbott, aurait obtenu d'excellents résultats, confirmés par un autre orthopédiste. — Ainsi donc, actuellement, les appareils plâtrés sont en faveur ; la gymnastique a ses partisans.

En réalité le problème de la scoliose ne réside pas dans la difficulté de redresser un rachis courbé et tordu sur son axe, la question est plus vaste, et la solution complète ne pourra être obtenue par des moyens mécaniques : cette solution ne viendra que le jour où on connaîtra mieux la physiologie de la croissance, et spécialement la physiologie de la puberté.

STEPHEN CHAUVET.

Recherches sur la formule urinaire des opérés. Etude comparée sur l'action des divers anesthésiques. (Chauvin et N. Œconomos. *Montpellier méd.*, 22 fév. 1914.) — Les

auteurs montrent que les troubles du métabolisme, chez les opérés, se rangent sous deux chefs principaux.

1° D'une part, destruction exagérée de la molécule albuminoïde, se traduisant par une augmentation de tous les composés azotés. Cette augmentation est inconstante et toujours légère.

2° D'autre part, une exagération, et surtout un trouble du métabolisme des graisses, menant à l'acidose. Tandis que, normalement, les graisses s'oxydent entièrement en CO^2 et H^2O, elles restent ici sous forme de « produits intermédiaires » (acides acétil-acétique, β oxybutirique, acétone, etc.).

Et ces « produits intermédiaires » sont toxiques, soit par eux-mêmes, soit par leur action inhibitrice sur les diastases organiques.

Lorsque le foie n'est pas lui-même directement lésé par l'anesthésique, il suffit à neutraliser ces produits toxiques.

L'acidose est donc un phénomène normal après l'intervention chirurgicale.

1° Ces modifications sont à peu près les mêmes, quel que soit l'anesthésique employé. Tout au plus pourrait-on dire que le chloroforme augmente un peu plus les composés azotés, tandis qu'au contraire l'éther donne les variations les moins intenses et les moins constantes.

2° Elles sont indépendantes de la quantité d'anesthésique employé.

3° La durée de l'anesthésie ne paraît pas avoir plus d'influence que la quantité d'anesthésique, à laquelle elle est, d'ailleurs relativement liée.

Ces résultats conduisent à penser que l'anesthésique n'est pas seul en cause dans la production de ces troubles du métabolisme chez les opérés. Il intervient sûrement, puisque l'opération, pratiquée sans anesthésie, n'influe pas sur la formule urinaire; mais peut-être n'intervient-il pas seul, obligeant le malade à observer une diète absolue plus ou moins prolongée, et ajoutant ses propres effets à ceux de cette diète qui, on le sait, peut à elle seule faire apparaître tous les phénomènes de l'acidose. En somme, l'acidose est un fait normal à la suite de l'intervention chirurgicale. Son exagération conduit à des troubles pathologiques depuis longtemps connus. Il reste à élucider, pour pouvoir poser des règles prophylactiques, la pathogénie de cette intoxication acide dans laquelle l'anesthésique ne semble pas devoir être seul incriminé et qui relève aussi du choc diététique. STEPHEN CHAUVET.

La résection du genou pour tumeur blanche chez l'adulte. (P. Bégouin. *Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, 8 fév. 1914.) — Chez l'enfant il faut avoir recours au traitement conservateur, car la résection enlèverait le cartilage de conjugaison; chez le vieillard, en raison des lésions des parties molles, il faut le plus souvent recourir à l'amputation de cuisse.

Mais, chez l'adulte, la résection du genou pour tumeur blanche, lorsqu'elle est indiquée par l'échec des traitements conservateurs ou la profondeur des lésions osseuses démontrées par la radiographie, est une opération heureuse qui, en quelques mois, transforme la vie des malades. Chez les malades pauvres qui vivent de leur travail, cette opération est particulièrement indiquée, car elle leur permet presque toujours de reprendre leurs occupations dans les six mois qui suivent l'intervention. STEPHEN CHAUVET.

Ostéomyélite primitive de la rotule. (Aimes et Delord. *Soc. des sc. méd. de Montpellier*, 12 déc. 1913.) — Les auteurs ont observé un cas de cette affection exceptionnelle puisqu'il n'existe que seize cas publiés.

Il s'agit d'un enfant de onze ans et demi, qui fut atteint le 15 août 1913, à la suite d'une chute, d'un gonflement douloureux du genou droit. Huit jours après, un abcès se collecta en avant de la rotule, il fut incisé, mais les dimensions de l'incision furent insuffisantes et une fistule s'établit.

A son entrée à l'hôpital, dans le service du professeur Estor, on remarque l'aspect globuleux du genou, la présence d'une légère hydarthrose, les mouvements sont possibles. Un trajet fistuleux situé au niveau de la face externe de la rotule conduit sur cet os. On pense à une ostéomyélite primitive de la rotule, l'opération permet la confirmation de ce diagnostic, la rotule était nécrosée, et on retire plusieurs séquestres déchiquetés. Les suites furent normales, l'enfant est bien guéri un mois après l'intervention.

Les auteurs font remarquer la forme spéciale du genou dans cette affection : l'articulation est globuleuse à sa partie antérieure seulement. D'autre part, tandis que, dans les arthrites, le genou se place en demi-flexion, ici, pour éviter les tiraillements dus aux triceps et aux ailerons rotuliens, le sujet maintient son articulation en extension. Enfin ils signalent qu'on a observé la régénération totale de la rotule. L. GAYARD.

Sur un cas de guérison rapide des crevasses du sein par les pansements à l'hémostyl Roussel. (L. Chevrier. *Revue mensuelle de gynécol., d'obstét. et de pédiatrie*, janv. 1914, p. 19-21.) — L'auteur rapporte une observation dont voici le résumé :

Une secondipare, récemment accouchée, donne le sein à son enfant. Dès le troisième jour, elle commence à souffrir du sein droit, malgré les lavages à l'alcool à la fin de chaque tétée. Elle appréhende le moment de donner le sein. On met des pansements humides chauds et on ne fait donner le sein droit qu'une fois par jour. A l'examen attentif, on distingue, à la face externe du mamelon, une petite crevasse grisâtre, à peine visible, qui saigne légèrement après chaque tétée.

Malgré les précautions prises, les douleurs augmentent, deviennent intolérables. D'abord discontinues et provoquées par la succion, elles sont bientôt permanentes et gênent même le sommeil.

On doit cesser complètement l'allaitement du côté droit. On tire le lait à la pompe, très doucement, mais le vide fait ouvrir les crevasses et la cicatrisation ne peut se faire.

Au bout de trois ou quatre jours, le sein droit étant toujours extrêmement douloureux, le sein gauche commence à le devenir, on n'y voit pas encore de crevasses, mais les succions deviennent pénibles.

Devant l'imminence d'une cessation d'allaitement, devant l'échec des traitements habituels, M. Chevrier, qui avait eu l'occasion d'employer en chirurgie l'hémostyl Roussel, qui est du sérum de cheval en pleine rénovation sanguine, comme désinfectant et comme cicatrisant, et en avait obtenu de bons résultats, pense à en faire usage. Il imbibe deux fragments de compresses aseptiques d'hémostyl Roussel. Ce petit pansement est renouvelé trois fois par jour.

Après un jour de pansement, la jeune mère peut redonner à téter du sein gauche, le dernier pris.

Les crevasses grises et difficilement visibles du sein droit prennent, au bout du deuxième pansement, une belle couleur rose qui traduit la reviviscence des tissus sous l'influence du topique appliqué.

Très vite, la petite plaie diminue, en même temps que les douleurs disparaissent. L'allaitement peut être repris du côté droit après trois jours de traitement.

Pendant quelques jours encore, des pansements à l'hémostyl sont appliqués sur les deux seins, dans l'intervalle des tétées.

L'allaitement a très bien repris, les crevasses n'ont pas récidivé.

Il semble qu'il y ait là un traitement nouveau et intéressant des crevasses du sein, traitement sans danger pour l'enfant. M. Chevrier se demande si on ne pourrait pas utiliser préventivement ce traitement dans les premiers jours de tout allaitement. L. GAYARD.

JURISPRUDENCE

EXPERTS TECHNIQUES ET EXPERTS MÉDICAUX DANS LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Un grand nombre de spécialistes en matière d'accidents du travail ont demandé qu'au médecin expert chargé d'examiner un blessé soit adjoint un expert technique, appartenant au corps de métier de l'accidenté, afin de permettre aux tribunaux chargés d'appliquer la loi de 1898, d'évaluer justement l'évaluation de la réduction de capacité ouvrière du blessé.

Ce vœu vient d'être exaucé tout récemment par un arrêt rendu par la 7e Chambre de la Cour d'appel de Paris, chargée tout spécialement des litiges de la loi de 1898, le 9 février 1914.

Un maçon, victime d'un accident de travail qui avait entraîné pour lui une fracture des deux os de la jambe gauche, avait été examiné par le professeur R.... L'expert, tout en constatant que désormais le blessé ne pourrait plus s'accroupir et ne monterait plus que difficilement aux échelles, avait conclu que son état demeurait compatible avec l'exercice de la profession de maçon et fixé à 25 p. 100 seulement le taux d'invalidité.

L'ouvrier, qui avait vu entériner purement et simplement le rapport de l'expert, interjeta appel de cette décision. Il soutint devant la Cour que, si le médecin avait compétence exclusive pour déterminer la nature et l'état de la blessure, cette compétence ne s'étendait pas nécessairement à la détermination du degré d'incapacité professionnelle résultant de la blessure, alors surtout qu'il s'agissait, comme en l'espèce, d'un cas particulièrement délicat. Il ajoutait, en outre, que l'impossibilité de s'accroupir et la difficulté de monter aux échelles reconnues par le médecin expert, étaient incompatibles avec le travail du maçon et il concluait à ce qu'un expert, homme du métier, un entrepreneur de travaux publics par exemple, fût commis pour éclairer la Cour sur ce point au cas où elle aurait des doutes sur les conséquences de l'accident en ce qui concerne l'invalidité professionnelle.

Ces conclusions, tout à fait imprévues, étaient-elles recevables ? Le ministère public a conclu dans le sens de la recevabilité, même si la Cour ne faisait pas droit aux conclusions, c'est-à-dire ne nommait pas un expert technique :

« L'évolution économique et les conditions actuelles du travail, a-t-il déclaré, rendaient légitime et désirable dans certains cas l'intervention dans les expertises d'accidents du travail de représentants dûment autorisés des professions en cause et qu'il serait dangereux d'écarter a priori cette intervention. »

La Cour a rendu un arrêt qui admettait l'adjonction de l'expert technique, et dont voici la teneur :

« La Cour,

Considérant que M... a été blessé au cours de son travail, le 28 octobre 1910, en tombant d'une échelle sur laquelle il était monté; qu'il en résulte une fracture compliquée et irréductible des deux os de la jambe gauche;

Considérant que le docteur R..., expert commis lors de la tentative de conciliation, et par le tribunal au cours de l'instance, a examiné le blessé avec le plus grand soin à différentes reprises; que ses constatations démontrent que la blessure a laissé derrière elle de la raideur tibio-tarsienne avec limitation des divers mouvements, une légère désaxation du membre fracturé, ainsi que des lésions et des troubles fonctionnels au niveau du cou-de-pied; que, dans son dernier rapport, l'expert déclare que ces lésions ne se sont pas améliorées; que la flexion atteint à peine l'angle droit, l'extension n'étant que de quelques degrés et les mouvements de latéralité restant nuls; que M .. ne peut pas s'accroupir et monterait difficilement aux échelles;

Considérant que c'est en s'inspirant de ces diverses constatations que l'expert a fixé à 25 p. 100 l'invalidité du blessé; que son appréciation apparaît comme exacte et qu'il y a lieu de l'adopter ;

Considérant que l'appelant demande la nomination d'un expert, entrepreneur de travaux publics, à l'effet de rechercher si M... pourra encore exercer la profession de maçon et d'évaluer la réduction de capacité ouvrière du blessé;

Mais considérant que si le docteur R... dit au cours de son rapport qu'il croit que l'état de M... est compatible avec la profession de maçon, il ne résulte pas de cette observation qu'il ne se soit pas placé à un point de vue plus général dans son évaluation de l'invalidité et qu'il n'ait pas fait état de tous les éléments de la cause; que, par suite, l'utilité de l'expertise sollicitée n'est pas démontrée... »

Mais la Cour a estimé que cette nomination de l'homme du métier ne devait être qu'exceptionnelle, et les principes contenus dans cet arrêt sont les suivants.

Lorsque, à la suite d'un rapport d'expertise médicale, un ouvrier, victime d'un accident du travail, demande que pour déterminer son degré d'incapacité professionnelle il soit adjoint au médecin expert, commis par le tribunal, un homme du métier, sa demande n'est pas par elle-même irrecevable, mais elle peut être écartée si, en fait, il n'appert pas des termes du rapport de l'expert médecin que, pour déclarer que l'état de la victime est encore compatible avec la profession qu'il exerçait auparavant, celui-ci n'a pas tenu compte de tous les éléments d'appréciation de la cause.

L'intérêt de cette décision ne peut échapper. La Cour a résolu dans le sens de l'affirmative cette question d'une importance considérable au point de vue pratique : celle de la possibilité de l'intervention, dans les affaires d'accidents du travail, d'experts techniques appartenant aux corps de métier en cause, à côté des experts médicaux.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

FORMULAIRE

ENTÉRITES CHRONIQUES ET DIARRHÉES

Le képhir est un aliment excellent contre les diarrhées des hypopeptiques parce qu'il n'irrite pas l'intestin et que ses ferments exercent une action destructive non seulement sur les microbes intestinaux, mais aussi sur leurs toxines.

Donner le « Képhir Salières » à la dose d'un verre toutes les deux heures, pur ou coupé d'eau de Vals au début.

LIVRES NOUVEAUX

Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten (1), vol. II, première moitié, livraisons 5 à 8, 9 à 12 et 13 à 16, par Fr. KRAUS et Th. BRUSCH.

Nous avons eu l'occasion de rendre compte ici même du premier fascicule de ce nouveau traité de médecine, consacré aux maladies de la nutrition.

Trois nouveaux fascicules, appartenant au tome II et consacrés aux maladies infectieuses, ont paru en 1913. Ces fascicules comprennent : l'infection et l'immunité par R. Kraus, la fièvre typhoïde et le paratyphus par Jürgens, la dysenterie par Jürgens, la diphtérie par F. Meyer, l'influenza par Jürgens, le tétanos par Stenitzer, la méningite cérébro-spinale

(1) 3 vol. de 250 pages. — Berlin et Vienne, Urban et Schwarzenberg.

par Knöpfelmacher, le rhumatisme articulaire aigu par Weintraud, les helminthiases indigènes par Peiper.

Tous ces chapitres sont des mises au point très complètes des différentes questions qui y sont traitées et rendent compte de la façon dont ces questions sont envisagées actuellement en Allemagne.

A. LEMIERRE.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 20 AU 25 AVRIL 1914

THÈSES

Mercredi 22 avril, à une heure. — M. GATINEAU. Réaction de Wassermann dans les cas d'ulcère variqueux. (MM. Gaucher, président; Teissier, Zimmern et Gougerot.) — M. GILBERT. La radiumthérapie dans les leucémies myéloïdes. (MM. Teissier, président; Gaucher, Zimmern et Gougerot.)

Jeudi 23 avril, à une heure. — M. GUILLAUMONT. Le réflexe oculo-cardiaque dans le syndrome de Basedow. (MM. Debove, président; Alb. Robin, Terrien et Rathery.) — M. BOURGEAT. Le goitre dans le Jura. Répartition géographique. Essai de pathogénie et de prophylaxie. (MM. Alb. Robin, président; Debove, Terrien et Rathery.)

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance du 28 fév. 1914.*) MULS : Contribution à l'étude de la voûte palatine ogivale et des végétations adénoïdes. — E. MASOIN : Etudes sur l'hérédité. Transmission héréditaire des caractères acquis, production artificielle d'atrophie congénitale de la rate, mutilations diverses, circoncision. — BAYET : La radiumthérapie des cancers profonds; indications, contre-indications et limites.

Annales des maladies vénériennes. — (N° 3, mars 1914.) GUIARD : L'abortion de la syphilis par la salvarsanothérapie.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 1, 1914.) TAPTAS : Traitement radical par voie endo-nasale de la dacryocystite suppurée chronique. — HAUTANT : Indications et technique de la trépanation labyrinthique.

Archives internationales de neurologie. — (Mars 1914.) C. PARHON et Gh. ZUGRAVU : Recherches pondérales sur le pancréas chez les aliénés. — H. DAMAYE : Essai de traitement des psychoses d'origine syphilitique. — C. PASCAL : Le signe de la main et le signe de la poignée de main dans la démence précoce.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 10, 8 mars 1914.) PRINCETEAU : Enorme diastasis de l'articulation péronéo-tibiale inférieure avec subluxation interosseuse de l'astragale. — H.-L. ROCHER et J. SOUCHET : Spina bifida lombo-sacré. Raideur articulaire congénitale des deux genoux en extension. Pied bot varus équin double. Malformation de l'anus.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 7, 17 fév. 1914.) HEILBRONNER : Auto-accusations et aveux pathologiques. — VŒLKEL : Sérodiagnostic des infections par la réaction d'Abderhalden. — SINGER : Sur la spécificité de la réaction d'Abderhalden. — SCHWENKENBECHER : Intoxication saturnine par conduite d'eau. — RIMPAU : Transmission de la typhoïde par le lait à Münich en août 1913. — BITHOLF : Traitement de la tuberculose sterno-costale par les rayons Röntgen. — WEGENER : La nutrition des nourrissons malades par le lait Larosan. — FINGERHUT et WINTZ : Sur une méthode d'appréciation de la coagulation du sang. — DE WAELE : Technique de la réaction d'Abderhalden. — KROH : Sur le traitement des adhérences péritonéales. — SCHMIDT : Sensibilité à l'adrénaline dans la démence précoce. — KOHRS : Mort par encéphalite aiguë après injection de salvarsan. — ZEZSCHWITZ : Un cas d'hémorragie pancréatique. — KRAEMER : Pansement chirurgical typique et rapide. — EMMERICH et LŒW : Traitement de la fièvre des foins par ingestion journalière de chlorure de calcium longtemps continuée.

Paris médical. — (N° 34, 7 mars 1914.) MILIAN et BURNIER : La dermatologie en 1914. — EHLERS : Nouvelle cure de la gale. — MARCHOUX : Etiologie et prophylaxie de la lèpre. — E. BODIN : L'impétigo et son traitement. — MILIAN : Pierres de la peau.

Presse médicale. — (N° 18, 4 mars 1914.) CARIEL et TUFFIER : Etude anatomo-pathologique et expérimentale sur la chirurgie des orifices du cœur. — (N° 19, 7 mars.) LAGANE : Les protozoaires en pathologie humaine. — R. GRÉGOIRE et P. MASSON : Cancer de l'estomac à type intestinal. — Louis BAZY : Essai de technique chirurgicale. La néphrectomie sous-péritonéale par incision antérieure transversale. — (N° 20, 11 mars.) ARNOULD : La désinfection des selles. — Laurent MOREAU : Autoplastie du canal inguinal (nouveau procédé fibro-musculaire). — A. STROHL : Les réflexes d'automatisme médullaire chez l'homme.

Province médicale. — (N° 10, 7 mars 1914.) CARLIER et H. LEROY (de Lille) : Les hématuries au cours de l'appendicite.

Revue de chirurgie. — (N° 3, 10 mars 1914.) GUIBÉ : Les cholépéritoines avec intégrité apparente des voies biliaires. — V. BALTHAZARD : Un cas de spondylose traumatique avec autopsie [maladie de Kümmel] (1 fig.). — WELSCH : Pathogénie de l'étranglement rétrograde de l'intestin dans la hernie en W (7 fig.). — G. POTEL : Essai sur les malformations congénitales des membres. Leur classification pathogénique. — P. HARDOUIN : Etude clinique et expérimentale sur les luxations traumatiques du genou en arrière (*suite*).

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 10, 7 mars 1914.) LANNOIS et BÉRIEL : Examen histologique du nerf laryngé supérieur après les injections d'alcool. — ARMENGAUD : Traitement de l'ozène par les eaux sulfureuses thermales.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 10 francs par an. Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 30 mars. — MM. Bazy, 18; Pascalis, 19; Houdard, 15.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — LISTE DES PRIX A DÉCERNER PAR LA FACULTÉ EN 1914 :

Prix Corvisart (une médaille de vermeil et une somme de 800 francs ou deux médailles de vermeil et deux sommes de 400 francs s'il y a deux lauréats), réservé aux élèves de la Faculté. Question posée : « Péritonites non traumatiques. » Les mémoires doivent être déposés au secrétariat de la Faculté jusqu'au 15 octobre à quinze heures. Ils porteront une épigraphe permettant de faire connaître l'auteur.

Prix Montyon (une somme de 1200 francs pouvant être partagée entre deux candidats), à l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies et sur les moyens de les guérir.

Prix Barbier (2500 francs) à la personne ayant inventé une opération, des instruments, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieure à ceux existant. Dernier délai d'inscription 15 octobre, quinze heures, au secrétariat de la Faculté.

Prix Chatauvillard (2000 francs) au meilleur travail des sciences médicales, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente. Les ouvrages, écrits en français, sont reçus au secrétariat de la Faculté du 1er au 31 janvier, qui suit leur publication.

Legs Trémont (2000 francs) en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune. Se faire inscrire, avant le 1er septembre et produire une demande sur papier timbré ainsi que toutes pièces établissant la situation matérielle du candidat.

Donation Faucher destinée à couvrir les frais de scolarité, d'examen et de diplôme et de l'impression de la thèse, de deux étudiants français et deux étudiants polonais.

Déposer au secrétariat de la Faculté, avant le 1er septembre, une demande sur papier timbré, toutes pièces établissant la situation matérielle du candidat et un document authentique établissant la nationalité du candidat.

Prix Lacaze (bisannuel, 12000 francs) au meilleur ouvrage sur la « phtisie » et sur la « fièvre typhoïde ». En 1914, le prix sera décerné au meilleur ouvrage sur la « fièvre typhoïde ». Les ouvrages devront être déposés au secrétariat jusqu'au 15 octobre.

Legs Jeunesse (1500 francs) pour le meilleur ouvrage relatif à l'hygiène. Dépôt du mémoire au secrétariat de la Faculté jusqu'au 15 octobre.

Prix Saintour (3000 francs). — Question posée : « Anatomie générale, anatomie et physiologie pathologique de la glande pinéale ». Dépôt du mémoire jusqu'au 15 octobre.

Prix Béhier (1800 francs). — Question posée : « Syphilis rénale ». Dépôt du mémoire jusqu'au 15 octobre.

Prix Charles Legroux (arriérages d'une somme de 10000 fr.) au meilleur travail sur « Le diabète, ses causes et son traitement ». Le prix, qui est quinquennal, sera attribué en 1917. Dépôt du mémoire jusqu'au 15 octobre 1917.

Legs Marjolin destiné au remboursement des frais d'inscriptions d'étudiants en médecine français, internes ou externes des hôpitaux de Paris, s'étant fait remarquer par leur zèle, leur exactitude, et ayant recueilli avec soin des observations dans leurs services. — Adresser les demandes au secrétariat du 1er au 15 octobre.

Legs Bakow (quatre bourses de 1000 francs) en faveur

d'étudiants pauvres. — Adresser les demandes avant le 1er septembre avec toutes les pièces justificatives utiles.

Legs Pelrin (quatre bourses de 1 000 francs) en faveur d'étudiants peu aisés. La famille des candidats doit habiter Paris depuis cinq ans au moins. — Adresser les demandes au secrétariat avec toutes les pièces justificatives avant le 1er septembre.

Donation Lannelongue (1 200 francs) en faveur d'un étudiant de l'Université de Paris, issu d'une famille peu fortunée et domiciliée depuis dix ans au moins dans le département du Gers, de préférence dans l'arrondissement de Condom. — Présentations faites par le Conseil général du Gers. La bourse est attribuée pour quatre années.

Prix du docteur Veret de Doullens (400 francs) à un étudiant pauvre. — Adresser les demandes au secrétariat avant le 1er septembre avec toutes pièces justificatives.

Fondation du docteur Bauchet (3000 francs) pour doter l'une des cliniques générales ou distribuer des bourses aux missions en vue d'études chirurgicales à l'étranger.

Fondation de l'anonyme (arrérages d'un titre de rente de 100 000 francs) s'adresse à des étudiants qui se seront distingués par leur dévouement aux malades ou à la médecine, ou encore à des étudiants sans fortune et méritants pour leur permettre d'acquitter les frais d'inscription d'examen ou de thèse, d'impression de mémoire, etc. — Les demandes sont reçues au secrétariat de la Faculté jusqu'au 15 octobre.

Donation Georges Dieulafoy (deux bourses de 500 francs) destinées à couvrir leurs frais de scolarité, d'examens et d'impression de la thèse, à deux étudiants français méritants, sans fortune ou peu fortunés. — Demandes reçues jusqu'au 15 octobre.

Fondation de M. le docteur Henry Vivier (arrérages d'une somme de 28 000 francs) pour doter l'une des cliniques médicales générales, pour servir à leur développement scientifique, ou encore pour distribuer des bourses ou des missions à l'étranger, au point de vue médical, aux époques et de la manière fixées par le Conseil de la Faculté. — Les demandes sont reçues au secrétariat jusqu'au 15 octobre.

L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Dimanche 5 avril, à deux heures précises, l'Assemblée générale annuelle de l'Association des médecins du département de la Seine aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Barth, président.

Ordre du jour. — 1° Lecture du compte rendu de l'année 1913 par le secrétaire général.

2° Election d'un président, de deux vice-présidents.

M. Henri Barth, président; MM. Gilbert Ballet et Pierre Bazy, vice-présidents, tous les trois rééligibles, se présentent à nouveau aux suffrages.

3° Renouvellement par tirage au sort de 22 membres titulaires de la Commission générale, et désignation de 44 suppléants.

LE QUATRIÈME CENTENAIRE DE VÉSALE. — Le docteur Tricot-Royer (d'Anvers) fera, le jeudi 2 avril, à neuf heures du soir, à la Sorbonne, sous les auspices de la Société les « Amis de l'Université de Paris », une conférence à propos du quatrième centenaire d'André Vésale. On sait que le grand anatomiste naquit à Bruxelles en 1514. Le docteur Tricot-Royer se propose, avec l'appui du gouvernement belge, de faire ériger dans l'île de Zante, où il mourut en 1564, un monument à la mémoire de Vésale.

Accusé d'avoir disséqué un homme en léthargie, l'Inquisition condamna le grand savant à faire un pèlerinage à Jérusalem. S'il n'eût été médecin de Charles-Quint et, ensuite, attaché à la cour de Philippe II, il est probable qu'il eût été condamné à autre chose. Néanmoins, au retour des Lieux Saints, il fit naufrage et échoua dans l'île de Zante où il mourut, de faim, disent les uns, des fatigues de la traversée, assurent les autres.

MUTUELLE MÉDICALE FRANÇAISE DE RETRAITES. — La Mutuelle médicale française de retraites que patronne le Syndicat médical de l'arrondissement de Saumur comptait au 1er janvier dernier 1059 sociétaires (hommes et femmes), l'avoir social se montait à 394 107 fr. 10.

La Société compte aujourd'hui trois retraités qui reçoivent annuellement : le premier, 375 francs; le deuxième, 600 francs; le troisième, 375 francs.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, docteur Terrien, à Varennes-sur-Loire (Maine-et-Loire).

PRATIQUE MÉDICALE

ALIMENTATION DES TUBERCULEUX ET DES PRÉTUBERCULEUX

Il ne faut pas laisser maigrir les tuberculeux et les prétuberculeux. Les règles essentielles de leur alimentation sont d'après les plus récents travaux :

1° Leur fournir un nombre de calories supérieur à celui que réclame l'homme sain, et pouvant le dépasser de 20 p. 100 chez les sujets en dénutrition (Laufer);

2° Ne pas faire de suralimentation systématique (Rénon), notamment chez les sujets conservant leur poids normal;

3° Aux sujets ne conservant entre les poussées qu'un poids trop faible, faire retrouver un poids dépassant un peu la normale théorique (Bezançon);

4° Pendant les poussées évolutives, ne faire qu'une suralimentation sélectionnée, périodique et interrompue (Marcel Labbé; Albert Robin, cependant, la déconseille);

5° Ne donner que peu de viande crue, tout au plus 100 grammes par jour (Albert Robin) chez les malades particulièrement affaiblis ou anémiés;

6° Savoir varier le régime (aliments gras l'hiver, œufs, lait, gelées de viande, suc de viande, en alternant), mais considérer comme l'agent habituel et fondamental de la suralimentation la poudre de viande (Plicque). La poudre de viande figure dans la première liste des aliments les plus aisément digestibles, établie par Mathieu et Roux.

RENSEIGNEMENTS

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Excursions en auto-cars dans la forêt de Fontainebleau.* — Le service d'excursions par auto-cars, organisé par la Compagnie P.-L.-M. dans la forêt de Fontainebleau, fonctionnera cette année du 9 avril au 2 novembre. Ce service permettra de visiter, le matin, la partie Nord de la forêt et l'après-midi la partie Sud, moyennant la somme de 11 francs par personne.

Le touriste pourra, s'il le désire, n'effectuer que la visite de la partie Nord de la forêt, pour le prix de 5 francs ou de la partie Sud, pour le prix de 8 francs.

Pour plus de détails, consulter les prospectus spéciaux.

— *Régates internationales de Nice, Cannes, Menton. Vacances de Pâques. Tir aux pigeons de Monaco.* — Billets d'aller et retour émis jusqu'au 21 avril 1914.

Paris à Cannes, 1re classe : 177 fr. 40; 2e classe : 127 fr. 75; Paris à Nice, 1re classe : 182 fr. 60; 2e classe : 131 fr. 50; Paris à Monaco-Monte-Carlo, 1re classe : 185 fr. 45; 2e classe : 133 fr. 55; Paris à Menton, 1re classe : 186 fr. 65; 2e classe : 134 fr. 40.

Validité : 20 jours à compter du départ (ou du dernier jour de la période d'émission si le voyage est commencé après cette période), prolongeable deux fois de dix jours moyennant un supplément chaque fois de 10 p. 100.

Deux arrêts en cours de route, tant à l'aller qu'au retour.

Admission, sans supplément de prix, des voyageurs de 1re classe dans le train de jour « Côte d'azur rapide » et « extra-rapide » de nuit. Toutefois les voyageurs empruntant le Côte d'Azur rapide ne peuvent s'arrêter en cours de route, à l'aller, qu'à partir de Marseille; aucun arrêt n'est autorisé au retour (Côte d'azur rapide et Extra-rapide de nuit).

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE LA PROSTATECTOMIE

Par Raymond DE BUTLER,
Interne des hôpitaux de Paris.

Il résulte de l'étude des statistiques de Freyer (Londres), Marion (Paris), Pauchet (Amiens) et de Hugh Young (Baltimore) que les résultats immédiats et éloignés de la prostatectomie sont excellents ; que la voie choisie soit sus-pubienne ou périnéale.

Depuis que des chirurgiens « sus-pubiens » font en deux temps l'opération des cas graves, depuis que la constante d'Ambart permet une exacte exploration de la perméabilité rénale, la mortalité ne dépasse pas 3 à 6 p. 100 entre les mains de Marion, Freyer, Pauchet, Young. Pour Hugh Young même, qui opère toujours par la voie périnéale, elle ne dépasse guère 3 p. 100.

Cette amélioration considérable des statistiques tient, d'une part, à ce que avant d'opérer on examine soigneusement les malades, à ce qu'on explore avec beaucoup de soin le degré de perméabilité rénale, à ce qu'on recherche toujours la constante d'Ambart et à ce que dans les cas douteux, infectés ou avec lésions rénales possibles, on pratique l'opération en deux temps : d'abord une cystostomie, et quelques semaines ou quelques mois plus tard, alors que la constante est devenue meilleure, que la perméabilité au bleu est devenue plus active, l'opérateur fait le second temps de l'intervention (prostatectomie), qui donne alors de bons résultats.

Après avoir démontré la bénignité relative de la prostatectomie entre des mains expérimentées, il est utile de montrer quelles sont les *complications éloignées* qu'on peut redouter et aussi quelle est la fréquence et la nature de ces complications.

A. Fistules. — La fistule consécutive à la prostatectomie est relevée dans un certain nombre d'opérations ; qu'il s'agisse de la voie périnéale ou de la voie sus-pubienne, elles ne sont jamais définitives ; après l'opération en deux temps par le Freyer, cette fistule est plus fréquente ; elle est plus rare si le chirurgien prend soin, au moment de la prostatectomie, d'exciser complètement le trajet cutanéo-muqueux qui mène à la vessie, au lieu de se contenter d'agrandir par en haut ou par en bas; dans l'opération en un temps elle est rare ; la plupart du temps le chirurgien peut l'éviter ; il constate au bout de trois ou quatre semaines que le malade n'est point complètement cicatrisé ; si quelques gouttes d'urine passent encore par la voie sus-pubienne, il est simple, après infiltration de la paroi à la novocaïne, d'exciser le trajet, d'appliquer trois points de suture et de mettre une sonde à demeure ; dix jours plus tard, la vessie est toujours fermée. Si au delà de cette période la fistule persistait, c'est qu'il y aurait un obstacle urétral, obstacle qui vient le plus souvent d'un vice de cicatrisation du côté de la loge d'énucléation, et dont on peut se rendre compte avec le doigt au moment où on ferme la fistule à l'anesthésie locale.

Hugh Young (1) constate que, dans plus de la moitié des cas de la méthode périnéale, la fistule se referme en moins de vingt et un jours ; dans 14 p. 100 la fistule existe encore après la sixième semaine et dans 27 cas seulement sur 450 la fistule persiste plus longtemps que le troisième mois. Le chirurgien de Baltimore déclare que ces malades sont en état de *quitter le lit au bout du troisième jour* après l'opération et qu'ils commencent à marcher pendant la première semaine.

B. Pollakiurie nocturne. — D'après Young, la plupart des malades présentent de la pollakiurie nocturne ; toutefois 22 p. 100 ne se lèvent pas une seule fois la nuit ; 68 p. 100 ne se lèvent qu'une fois ou deux ; enfin, pendant le jour, tous à l'exception de 12 p. 100 conservent l'urine pendant au moins trois heures.

C. Rétrécissement de l'urètre. — Chez les trois quarts des malades le cathétérisme n'est pas utile après l'opération, les mictions sont spontanément normales; toutefois dans certains cas, il est bon au moment de la convalescence d'employer la sonde montée sur mandrin de façon à assurer la continuité urétro-vésicale, et empêcher la déviation ou le rétrécissement du point de réunion.

Hugh Young rapporte que dans un petit nombre de cas l'écoulement se montra faible et le cathéter indiqua une petite quantité de résidus ; le cystoscope montra dans ces cas un petit pli, une valvule faisant légère obstruction ; il lui a été facile de supprimer l'obstacle à l'aide de l'*uretroscopic punch* (poinçon), de sorte que l'état de ces malades est redevenu normal.

Pauchet a deux fois observé la fermeture complète du col vésical et a dû perforer la muqueuse avec un béniqué après avoir réouvert la vessie. La guérison se fit après dix ou douze jours de sonde à demeure.

D. Incontinence d'urine. — L'incontinence d'urine après la prostatectomie sus-pubienne est tout à fait exceptionnelle; quand elle existe il est le plus souvent possible de la faire disparaître en faisant subir une sorte de rééducation au malade ; toutefois, Pauchet rapporte qu'un de ses malades qui a eu un très beau résultat, au point de vue immédiat, se plaint encore de perdre tous les jours quelques gouttes d'urine pendant la station debout.

Hugh Young a observé 3 cas dans lesquels après prostatectomie périnéale il y a une incontinence partielle pendant le jour; deux de ces cas examinés soigneusement montrèrent que le sphincter interne et l'urètre postérieur étaient dilatés; dans un de ces cas, l'anneau musculaire du *sphincter externe* avait été blessé en dénudant la prostate; dans les deux autres cas il n'y eut pas de lésion du sphincter externe ; le troisième cas montra un lobule médian, irrégulier dans le sphincter interne et empêchant l'occlusion complète ; dans deux cas similaires, il lui

(1) Young. Ultimate results of prostatectomy, *Congr. internat. des sc. méd.*, Londres 1913.

suffit de faire disparaître à l'aide de son « uretrocospic punch » les petits lobules qui siégeaient à l'orifice vésical, cette destruction suffit à faire disparaître l'incontinence. Hugh Young *conclut que l'incontinence est due à une opération incomplète, à l'omission d'enlever un petit lobule à l'orifice interne de la vessie ou sur l'urètre*; cette faute empêche la clôture du sphincter complet et produit une légère incontinence, surtout quand le malade pousse ou quand il tousse. La *conservation soigneuse du sphincter externe* est toujours de la plus haute importance dans l'opération périnéale. Pour cela il faut une dissection soigneuse et peu mutilante du périnée, en arrière des muscles transversaux périnéaux et du ligament triangulaire; le chirurgien de Baltimore déclare que l'espace de chaque côté du tendon central peut être facilement libéré par une dissection à l'aide des ciseaux courbes, fermés et après dissection soigneuse du tendon central et du muscle recto-urétral. Bien tendre les tissus en arrière du ligament triangulaire pour bien exposer et bien atteindre l'urètre membraneux en arrière du sphincter externe, qu'on laisse ainsi tout à fait intact. Aussitôt que la fistule périnéale est guérie, la continence revient de suite, ou au bout de quelques semaines.

E. Fistule recto-urétrale. — Pauchet a abandonné la prostatectomie périnéale pour avoir observé 3 cas de fistule recto-urétrale : une fois il fut obligé de pratiquer une seconde opération qui consista à abaisser un long manchon de muqueuse rectale et à la fixer au pourtour de l'anus, cette opération suffit à amener la guérison; une autre fois il lui suffit de séparer l'un de l'autre la vessie et le rectum et la guérison se fit; mais dans un cas semblable une tentative analogue fut faite, mais d'une façon imparfaite; il fut réduit à faire une taille hypogastrique, et un anus contre nature pour attendre la cicatrisation; les deux fistules furent fermées par la suite.

Hugh Young accuse également deux fistules recto-urétrales.

Si l'on a soin de séparer le muscle recto-urétral tout près de l'urètre membraneux et d'exposer la couche antérieure de l'aponévrose Denonvilliers au sommet de la prostate, si on prend soin de suivre ainsi le plan de clivage recto-prostatique, si bien indiqué par Robert Proust, de séparer l'*espace décollable* entre le rectum et la prostate, il n'y a aucun danger de déchirer le rectum.

Les seuls cas, où cette blessure pourrait survenir, coïncident avec la périprostatite, où il se produit une véritable soudure entre le rectum et la prostate, ces cas sont exceptionnels; il est bien rare qu'on ne puisse pas arriver à retrouver « l'espace décollable » de Robert Proust.

Si le rectum est par hasard déchiré, la blessure doit être fermée par suture étagée des parties molles, immédiatement il faut faire une dérivation à l'aide d'une cystostomie.

E. Pouvoir sexuel. — Après l'opération par la voie sus-pubienne, il est rare que le pouvoir sexuel disparaisse ou soit amoindri (en comparaison avec ce qu'il était auparavant), même si l'opérateur sectionne les canaux déférents pour éviter l'orchite, le plus souvent les prostatiques qui n'avaient plus de rapport sexuel depuis quelques années présentent des fonctions génitales à peu près normales. Toutefois comme la rupture de l'urètre prostatique se fait souvent en deçà des canaux éjaculateurs, il arrive fréquemment que le sujet éjacule dans sa vessie; cela le rend infécond, mais non impuissant. Hugh Young a amené une modification importante à l'opération périnéale, précisément pour ménager le pouvoir sexuel, et éviter l'orchite; elle consiste à ménager complètement le veru-montanum et les canaux éjaculateurs, le chirurgien de Baltimore prétend que sur 251 malades qui ont été interrogés, 133 (50 p. 100), dont le pouvoir sexuel était normal avant l'opération, ont annoncé le retour complet du pouvoir sexuel dans l'opération, et même, dans 75 p. 100 des cas, les érections qui avaient disparu sont revenues. L'auteur ajoute qu'il faut prendre l'habitude de conserver la base de l'urètre, les canaux éjaculateurs et le veru-montanum pour conserver le pouvoir sexuel; mais ce qui est peut-être plus important encore, c'est qu'en conservant cette portion de la prostate instatée, l'orchite est moins fréquente, or l'orchite est une complication très désagréable après la prostatectomie, il déclare donc qu'il est très important d'employer tous ses efforts pour éviter la moindre déchirure des canaux éjaculateurs et causer ainsi l'entrée des bacilles et l'infection ascendante.

C. Causes des décès postopératoires. — J'ai déjà dit que les décès immédiats étaient réduits à 3 ou 6 p. 100 entre les mains de ceux qui font la prostatectomie sus-pubienne comme Marion, Freyer et Pauchet, et qu'ils descendaient à 3 p. 100 seulement pour ceux qui, comme Hugh Young, font l'opération par la voie inférieure, c'est-à-dire par le périnée.

Quelle a été la cause du décès chez les malades?

Le sujet peut mourir le jour même par *asystolie*; il peut mourir pendant la première semaine d'*anurie* ou d'une complication *pulmonaire* (œdème pulmonaire, broncho-pneumonie, pneumonie) ou d'*hémorragie cérébrale*. Il peut mourir dix à vingt jours après l'opération d'*urémie* ou de *phlébite* avec *embolie*.

Hugh Young montre qu'un grand nombre de morts qu'on avait déplorées autrefois ne se produiraient plus actuellement alors que l'opération est mieux faite et que les malades sont beaucoup mieux préparés; à ce sujet il indique combien il est utile de soumettre le malade au cathétérisme à demeure combiné au traitement aqueux; notre maître Marion a montré que le *hoquet* qui survient chez les urinaires est dû à l'*urémie*, et qu'il fallait les nourrir, non pas avec du lait, mais simplement avec des liquides; depuis longtemps Pauchet, d'une façon empirique, avait prouvé que les prostatiques guérissaient bien mieux, ainsi que les opérés urinaires, si on les soumettait pendant quelques semaines au *régime des fruits juteux* exclusifs; ce régime étant coûteux à l'hôpital il est facile de le

remplacer par la tisane de fruits secs; le malade consommant à la fois l'eau de la tisane et les fruits qui ont été bouillis. L'*opération en deux temps* a également considérablement allégé le pronostic post-opératoire; cette opération en deux temps n'est pas nécessaire quand on fait l'opération périnéale qui par elle-même est beaucoup plus bénigne que la taille sus-pubienne; cette bénignité tient au drainage facile de la plaie et à ce que l'urine n'a point de contact avec des zones très résorbantes de la loge périvésicale.

Pour déterminer la valeur de la *perméabilité rénale* Marion et Pauchet font surtout usage de l'injection au bleu de méthylène et l'étude de la constante d'Ambart; Hugh Young fait usage de l'épreuve de la phénosulphonaphtaline (à l'hôpital Johns Hopkins de Baltimore). Après une injection intramusculaire de 1^{cm3} de solution contenant 6 milligrammes de phénosulphonaphtaline, la préparation apparaît dans l'urine après cinq à huit minutes dans les cas normaux et peut être reconnue à sa couleur franchement rouge; en une heure une proportion de 60 p. 100 et en deux heures une proportion de 75 p. 100 devra être sécrétée, et la quantité doit être déterminée exactement par l'hémoglobinomètre de Heilig ou le colorimètre de Dubosq; la préparation s'élimine entièrement par les reins, et lorsque ces reins sont altérés elle est retardée et la proportion p. 100 de l'élimination totale est diminuée pendant deux heures. Dans les cas graves d'altération rénale une très petite quantité seulement de la solution est éliminée; donc nous avons là une épreuve exacte et sensible; chez les malades où cette épreuve fonctionnelle montre une altération prononcée du rein, un traitement préliminaire devient nécessaire; il consiste dans la sonde à demeure et le régime hydro-fruitarien jusqu'à ce que les fonctions rénales soient considérablement améliorées; c'est alors que l'on peut opérer à peu près sans danger. Hugh insiste sur l'utilité de la sonde à demeure et le régime hydrique qu'il appelle *hydrothérapie forcée interne*; il attribue également un rôle important au fait de faire coucher les malades et de les conduire en plein air; il déclare que les cas les plus graves peuvent ainsi subir l'opération avec succès; le chirurgien de Baltimore signale d'ailleurs que, depuis *une période de deux ans et demi, il a opéré 128 malades de suite, sans une seule mort*, et tous ces malades ont pu quitter l'hôpital tout à fait guéris; parmi ces malades il y en avait 2 âgés de plus de quatre-vingts ans et 43 de plus de soixante-dix ans.

Nous ne saurions parler de Hugh Young sans dire quelques mots des résultats qu'il obtient après la prostatectomie pour *cancer de la prostate* et après les *prostatectomies partielles* pour *adénomes*.

Le chirurgien américain assure que le *diagnostic du cancer* doit être toujours fait avant l'opération; il a pratiqué 42 fois la prostatectomie pour cancer; parmi ces cas, il y en a 6 qui ont subi l'extirpation totale de la prostate, des vésicules séminales et du col de la vessie suivie de la suture vésico-urétrale; sur les six, il y en a deux qui sont en vie et bien portants : l'un six ans après l'opération, l'autre deux ans après. Les résultats obtenus après la prostatectomie pour cancer sont, dit Young, presque aussi bons que dans les cas d'adénomes.

En ce qui concerne les *prostatectomies partielles*, les résultats sont très bons; ils consistent à attaquer simplement la luette prostatique, la petite barre prostatique médiane ou un lobe médian alors que le malade ne présente qu'un faible résidu; l'opération est simple; elle consiste à exciser la barre médiane ou à la diviser en trois ou quatre fragments à l'aide de l'*exciseur urétroscopique* ou à l'aide de l'*uretroscopic punch*; l'opération se fait avec anesthésie locale; le sang est évacué de la vessie, un cathéter en caoutchouc en deux branches est introduit dans la vessie sur mandrin et l'irrigation continue est assurée pendant quarante-huit heures; dans 20 cas cette simple opération fut pratiquée : 5 des malades avaient moins de cinquante ans et 2 seulement avaient plus de soixante-dix ans; l'urine résiduelle variait de 30 à 100 grammes dans la plupart des cas et dans 5 cas elle dépassait 100 grammes et atteignait même 450 grammes; dans la plupart des cas les phénomènes d'obstruction existaient depuis plusieurs années.

Les résultats ont été parfaits : 14 malades sont absolument guéris et 6 autres considérablement améliorés; dans 5 cas il y avait un calcul vésical en même temps qu'une barre médiane; l'application de « l'uretroscopic punch » fut pratiquée. Cette opération à l'*uretroscopic punch*, qui consiste à inciser la barre vésicale, est une opération moderne de Bottini, avec cette différence qu'elle est plus simple, quoique plus délicate, mais sans danger; elle se fait à l'anesthésie locale.

En RÉSUMÉ, la prostatectomie, grâce à l'exploration de la fonction rénale, grâce à la connaissance du régime hydrique et fruitarien, grâce à la sonde à demeure ou à la cystostomie préliminaire, est une opération bénigne et très efficace.

L'ASTHÉNIE CHRONIQUE TRAUMATIQUE

Par MM. R. BENON et M. LEINBERGER;
Hospice Général (Nantes).

Tous les traumatismes physiques sont suivis d'asthénie, c'est-à-dire d'amyosthénie et d'anidéation. Souvent ces phénomènes sont de très courte durée, quelquefois ils se prolongent, plus rarement ils passent à l'état chronique. Cette asthénie chronique doit être distinguée de l'asthénie prolongée et curable posttraumatique qui seule, semble-t-il, doit être appelée neurasthénie traumatique. L'asthénie chronique est plutôt à envisager comme une complication d'états morbides dysasthéniques très divers quant à leur origine.

L'un de nous a publié dans un livre (1) de nombreux cas d'asthénie chronique posttraumatique. En voici un nouvel exemple très typique.

(1) R. BENON. *Traité clinique et médico-légal des troubles psychiques et névrosiques posttraumatiques*, Paris 1913.

Observation résumée. — *Asthénie chronique posttraumatique, forme légère. Etat morbide survenu à la suite d'un coup de fusil reçu en octobre 1902. Indemnité de 1200 francs. Incapacité de travail pendant deux ans environ. Amyosthénie plus nette qu'anidéation (domestique de campagne). Troubles acquis de l'émotivité : disposition à l'anxiété, à la peur. Valeur professionnelle nettement diminuée. En juin 1912 : accusation d'incendie. Expertise. Placement à l'asile le 12 août, après deux mois de prison. Diagnostic positif facile. Incendie volontaire (vengeance). Sortie en avril 1913.*

Auguste-Jean, domestique de campagne, trente-huit ans, entre à l'Hospice Général de Nantes le 12 août 1912.

Antécédents héréditaires. — Père vivant, soixante-neuf ans, journalier, casseur de pierres. Mère *épileptique* depuis l'âge de quinze ans, morte à cinquante-cinq ans : quatre enfants. Une fille morte à deux mois ; un garçon, charpentier, marié, deux enfants; une fille, journalière, mariée, très nerveuse, agitée quand quelque chose la contrarie; elle a eu quelquefois des crises de nerfs; elle est aussi très craintive, se fait peur pour un rien. A noter qu'il n'y a pas d'autres cas d'épilepsie que la mère dans la famille.

Antécédents personnels. — Facile à élever; pas de maladie grave dans son enfance ni dans sa jeunesse. Il ne sait ni lire ni écrire; il calcule bien « de tête ». Il dit: « Je ne suis jamais allé à l'école, ma mère était toujours malade, il fallait qu'on reste à la veiller. » Dès l'âge de neuf ans il allait de temps en temps garder le bétail. Plus tard il fut domestique. Il n'a fait que quelques mois de service militaire : il a été dispensé par son frère.

Histoire de la maladie. — Le 7 octobre 1902, il reçut un coup de fusil d'un chasseur. Il conduisait sur une route une charrette attelée de trois chevaux; le plomb l'atteignit principalement au niveau des reins, des cuisses et de la cheville gauche. Il ne perdit pas connaissance. Il put aller à pied jusque chez son patron, soutenu sous les bras. On le transporta dans la journée même à l'hôpital de Candé. Il raconte : « Là, je me faisais peur. Par moments je croyais encore entendre des coups de fusil. » Il en est sorti environ au bout d'un mois.

Il n'était pas guéri. Il souffrait surtout de la cheville gauche. Peu à peu la marche devint même impossible, et il dut se servir de béquilles pour se tenir debout et progresser. Une opération fut jugée nécessaire; elle eut lieu vers le mois de mars 1903. Le malade fut soulagé, mais pendant deux ou trois mois encore il se vit obligé de marcher avec des béquilles.

Il dit : « Je marchais mieux sans doute, petit à petit. Mais je manquais de force, de vigueur. Je me faisais des idées que je ne guérirais pas. Ça m'ennuyait de me voir comme ça moi qui étais si bien portant avant mon accident. Je pensais que je ne pourrais peut-être jamais travailler.

« Une fois guéri des douleurs, c'était toujours la *force qui me faisait défaut.* Je n'avais pas la même force qu'avant et il me semblait que chaque jour je perdais encore de la vigueur. Ça m'inquiétait, ça me faisait du chagrin de me voir comme ça; je m'ennuyais. »

Il est resté deux ans environ sans travailler (octobre 1902 à octobre 1904). Dans l'intervalle, en avril 1904, il s'est marié. Les circonstances de cette union sont à préciser. Il venait de toucher, à la fin de l'année 1903, 1200 francs de dommages-intérêts. Sa sœur voulait se marier, mais elle n'avait pas d'argent, alors elle persuada son frère d'épouser la sœur de son fiancé. Ils se sont mariés le même jour. « Ce sont eux qui m'ont entraîné et ils ont profité de mes sous », ajoute-t-il mélancoliquement. Sa femme n'était pas forte : elle eut une enfant venue à terme, mais qui mourut le troisième jour.

Le gendre, la femme et les beaux-parents habitaient ensemble. Tant qu'il y eut de l'argent à la maison, ils s'entendirent assez bien. Mais le malade se plaignait toujours et ne travaillait pas. Sa belle-mère « tourna » contre lui. Il dit : « Je n'avais pas la santé bonne, *je ne me sentais pas fort.* J'ai essayé d'aller en journée, mais c'étaient de « petites » journées. Ça m'ennuyait aussi de me voir dans cet état, moi qui travaillais si dur autrefois. »

En 1905-1906, il quitta la maison, « se plaça à droite, à gauche ». Il venait voir sa femme de temps en temps; elle était malade, du reste; on la soignait pour de la tuberculose pulmonaire. Il explique, pour lui : « Je travaillais quatre mois ici, trois mois là. Je ne restais pas en place parce que *je ne pouvais pas faire de gros travaux. Je ne me sentais pas la force.* J'avais bonne envie de travailler, mais pas d'énergie. Je ne faisais que ce que je pouvais. *J'allais à moins cher.*

« Par moments j'avais des *peurs.* Depuis mon accident, étant au travail, j'ai tombé deux ou trois fois évanoui par la peur. Je me faisais des idées. C'est plus fort que moi. Ainsi j'étais à travailler en plein champ, je me faisais peur tout seul, tout par moi. Je songeais dans mon coup de fusil, ça me faisait un saisissement. Naturellement, si je voyais un chasseur, si j'entendais un coup de fusil, je me figurais encore recevoir du plomb et j'étais saisi. La nuit, au moindre bruit, je m'éveille et tremble pendant une demi-heure (troubles de l'émotivité acquis, disposition particulière à l'anxiété). »

Pas d'idées de suicide.

Sa femme est morte en novembre 1911.

Le malade a été amené à l'asile le 12 août 1912 à la suite d'un *incendie* qu'il a commis en juin de cette année. Il a séjourné deux mois à la prison d'Ancenis : le médecin expert l'a considéré comme aliéné.

Etat actuel (*13 août 1912*). — Le malade est un asthénique chronique. Les phénomènes d'amyosthénie sont plus nets que les phénomènes d'anidéation; le sujet qui est un manuel insiste naturellement avant tout sur le fait qu'il ne peut se livrer à de gros travaux, c'est-à-dire à des ouvrages exigeant le déploiement d'une grande force. Il se plaint de céphalée à peu près constante et de douleurs intermittentes dans la jambe gauche, dans les bras. Pas d'anorexie ni insomnie. Cauchemars pourtant par intervalles (excès de boisson).

Au sujet de l'incendie qu'on lui reproche, il déclare simplement : « J'ai mis le feu à un petit tas de bois pour me venger des gens auxquels il appartenait; quelques jours auparavant ces gens-là m'avaient roué de coups. Je crois que j'avais bu. Je regrette ce que j'ai fait car jusqu'à ce jour j'avais toujours eu une bonne conduite » (*incendie volontaire*).

28. Fait de petits travaux dans le service.

7 décembre 1912. Travaille assez régulièrement.

Avril 1913. Sortie. Amélioration.

L'importance de ces faits d'ordre traumatique est considérable au point de vue médico-légal. Ce n'est pas une objection sérieuse que de dire qu'ils sont purement subjectifs et il serait vain de montrer où de telles appréciations conduiraient.

Il est nécessaire de ne pas confondre l'asthénie chronique posttraumatique avec la démence traumatique : la première affection est probablement fonctionnelle, la seconde est organique.

On se rend compte, d'après cette nouvelle observation, de la pauvreté de l'indemnité obtenue par le blessé dont la capacité professionnelle est certainement diminuée d'un tiers, sinon de moitié.

Le « geste » morbide du malade qui a déterminé son placement à l'asile est ici sans intérêt.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 MARS 1914)

Essai de traitement de l'épilepsie dite « essentielle » par le venin de crotale. — MM. A. Calmette et A. Mézie. L. E. Seef (de Clairette, Texas) a relaté l'histoire d'un épileptique dont les attaques cessèrent à la suite d'une morsure de crotale. Ralph. H. Spangler (de Philadelphie) eut alors l'idée de traiter des comitiaux par injection sous-cutanée de venin de *Crotalus horridus* qu'il désigne sous le nom de crotaline.

MM. Calmette et Mézie ayant eu connaissance de ces faits ont depuis 1911 observé les effets d'injections répétées à doses progressivement croissantes de venin de *Crotalus adamantus* sur l'épilepsie essentielle.

Il ressort de leurs observations que le venin de crotale a presque toujours dans ce cas une action utile.

Sans formuler d'hypothèse sur le mécanisme de cette action, les auteurs ont cependant été frappés par les faits suivants.

Les agents chimiques qui ont donné les meilleurs résultats dans le traitement de l'épilepsie agissent les uns en « sidérant » le système nerveux, les autres en modifiant la viscosité sanguine. D'autre part les maladies intercurrentes qui paraissent avoir une action bienfaisante sur la marche de cette affection, comme l'ictère par exemple, s'accompagnent d'hémoglobinhémie.

Les faits signalés par M. Calmette sont particulièrement intéressants si on se rappelle les recherches de Mosso, de Camus et de Gley sur l'action du venin de cobra, celles de MM. J. Troisier et Ch. Richet fils qui ont pu réaliser avec lui la fragilité globulaire et l'hémoglobinhémie, et celles de M. Nolf.

L'action de quelques substances pharmaceutiques sur le développement du cancer expérimental. — M. Theodor Mironescu. Il est très important au point de vue thérapeutique d'établir quelles sont les conditions qui favorisent la production et le développement des métastases cancéreuses, parce que, s'il est facile de traiter une tumeur au commencement de son développement, il est au contraire très difficile d'essayer un traitement quand les métastases cancéreuses se sont produites dans tout l'organisme.

L'auteur a étudié l'action de diverses solutions sur le cancer expérimental des souris.

A. Néosalvarsan 0g30, eau distillée, 2 centimètres cubes. Cette solution mère a été utilisée dans les proportions suivantes :

1° v-viii gouttes de cette solution dans 2 centimètres cubes d'eau distillée. De nombreuses métastases se sont produites.

2° xx gouttes de cette solution dans 2 centimètres cubes d'eau. Cette solution a empêché le développement du cancer.

3° Solution de néosalvarsan et eau distillée, *ãã* 1 centimètre cube. L'animal est mort en vingt-quatre heures.

B.	Bisulfate de quinine..........	1 gramme
	Eau distillée..................	10 —

Solution utilisée dans les proportions suivantes :

1° Un centimètre cube de cette solution pour 2 centimètres cubes de sérum physiologique.

2° xx gouttes de cette solution pour 2 centimètres cubes de sérum physiologique.

Les deux solutions ont arrêté d'une façon évidente la croissance du cancer. La solution 2 n'a permis le développement du cancer que chez trois des quinze souris inoculées, tandis qu'avec la solution n° 1 le cancer ne s'est développé chez aucune des quinze souris inoculées.

C. L'extrait d'opium essayé de son côté n'a donné aucun résultat.

Sur l'entraînement de germes microbiens dans l'atmosphère par pulvérisation d'eau polluée. — M. L. Cavel. Les stations d'épuration biologique des eaux utilisent divers appareils pour la distribution de l'eau à la surface des lits bactériens. Parmi ceux-ci il en existe, dits *becs pulvérisateurs*, constitués par un orifice spécial qu'on place verticalement de distance en distance sur les tuyaux, à la surface des lits, et qui, sous l'influence de la différence de niveau, laissent échapper l'eau à épurer dans un grand état de division pour retomber en pluie fine sur les scories.

Les expériences de l'auteur, très intéressantes au point de vue de l'hygiène, ont démontré la dissémination dans l'atmosphère des microbes contenus dans l'eau qui s'échappe de ces becs et le danger que ceux-ci peuvent éventuellement présenter, en temps d'épidémie notamment, au cas où l'eau renfermerait des microbes pathogènes que les saprophytes des fosses septiques n'élimineraient pas.

Ils entraînent comme conséquence logique de placer les stations d'épuration biologique qui font usage de pulvérisateurs dans une situation telle que les vents dominants, du moins, ne soufflent pas sur la ville après avoir passé sur les lits bactériens. A ce sujet, il sera même utile de tirer parti des accidents de terrain qui pourraient l'abriter.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 31 MARS 1914)

La loi sur les aliénés. — Cette séance a été presque entièrement occupée par la discussion du rapport de M. Thoinot sur les modifications à apporter à la loi sur les aliénés. MM. Magnan, Gilbert Ballet et Régis (de Bordeaux) ont pris la parole pour soutenir les conclusions de la commission, avec quelques modifications.

M. Magnan, en terminant, propose que l'Académie décide que l'expression aliénation mentale devrait seule figurer dans la loi en question.

M. Gilbert Ballet, dans un discours d'une belle tenue, a combattu de nouveau les modifications apportées par la nouvelle loi en discussion au Sénat.

M. Régis a fortement appuyé les conclusions de la commission.

De la méthode des injections massives intrabronchiques dans la cure de certaines affections trachéo-bronchiques, en particulier de la gangrène pulmonaire. — M. Guisez, dans des travaux antérieurs (voir *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, mai 1910, juillet 1911, mars 1913, et *Presse méd.*, avril 1913), a établi qu'il est possible d'injecter directement dans les bronches, sans inconvénient, dans un but thérapeutique, des quantités relativement élevées de solutions huileuses actives (20 à 25 centimètres cubes). Ces injections imprègnent non seulement tout l'arbre trachéo-bronchique, mais encore le parenchyme pulmonaire tout entier, réalisant ainsi un véritable pansement intrapulmonaire.

L'expérimentation sur le chien le prouve de façon on ne peut plus nette. Les poumons d'animaux sacrifiés un quart d'heure ou plus après l'injection étaient absolument imbibés dans toute leur étendue des solutions colorantes qu'on avait injectées par leur larynx et leur trachée.

L'injection peut se faire sous le contrôle du bronchoscope; elle acquiert alors son maximum de précision ; mais quand elle doit être répétée, le procédé du miroir, en se servant d'une seringue à canule longue spéciale, est tout aussi effi-

cace. L'injection doit être faite sous le contrôle du miroir directement par la glotte.

Un grand nombre d'affections trachéo-bronchiques ont été modifiées heureusement par cette méthode (bronchite chronique, ozène trachéal), et tout particulièrement le traitement local de l'asthme a donné à l'auteur de nombreux succès, en se servant de solutions d'adrénaline et de cocaïne associées à l'huile goménolée faible.

Dans la communication actuelle, M. Guisez vise tout spécialement les affections pulmonaires proprement dites : la gangrène pulmonaire est l'affection qui a le mieux cédé à cette thérapeutique. Sur dix cas de gangrène à forme grave, simple ou double, soignés par ces injections, l'auteur a obtenu dix guérisons. Il s'agissait toujours de formes ayant résisté à la thérapeutique médicale ordinaire et qui allaient être justiciables d'une intervention chirurgicale.

Dans les suppurations intrathoraciques, abcès du poumon, dilatation bronchique, l'action n'a été souvent que palliative. Il en est de même de la tuberculose où l'action des injections n'a pas paru bien efficace, sans doute à cause des zones de sclérose de protection qui les empêchent de pénétrer au sein même des lésions. Il s'agissait d'ailleurs de cas de tuberculose ancienne et avancée. Peut-être dans les cas au début les résultats seraient-ils plus favorables.

C'est donc dans les processus aigus que cette méthode semble particulièrement souveraine et principalement dans la gangrène pulmonaire dont elle semble constituer le traitement spécifique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 28 MARS 1914)

Sur l'action cardiaque expérimentale de la papavérine. — MM. Rénon et Desbouis relatent une série d'expériences faites sur des chiens à l'aide d'injections intraveineuses de 2 à 4 centigrammes de chlorhydrate de papavérine.

Chez des chiens traités au préalable par l'adrénaline et chez des chiens normaux, ils ont obtenu une hypertension qui a toujours été parallèle à l'augmentation des battements cardiaques. Cette accélération cardiaque ne résulte pas d'une section physiologique des pneumogastriques, car elle persiste si on a vraiment sectionné ces nerfs.

Les auteurs pensent que l'hypotension due à la papavérine réside moins dans une action sur les fibres musculaires des vaisseaux, comme Pal l'a soutenu récemment, que dans un effet sur le muscle cardiaque lui-même.

Expérimentalement, chez le chien, l'action hypotensive cardiaque de la papavérine s'opposerait à l'action cardiaque de la digitaline.

Nouvelles recherches sur la teneur en cholestérine des capsules surrénales dans les différents états pathologiques. — MM. A. Chauffard, Guy Laroche et A. Grigaut apportent les résultats d'une nouvelle série de dosages de la cholestérine des glandes surrénales portant sur 32 cas. Les conclusions générales qui en découlent sont absolument conformes à celles qu'ils ont déjà exposées en 1912. Les taux les plus inférieurs correspondent aux infectés et aux tuberculeux ; les taux moyens correspondent à quelques cas de néphrite chronique chez les tuberculeux et aux lithiases biliaires. Tous les chiffres élevés appartiennent à des artérioscléreux hypertendus avec lésion rénale, à des néphrites et rétinites albuminuriques avec lésion rénale, et aux hémorragies cérébrales. Si l'on tient compte que le chiffre minimum dans cette nouvelle série est de 4g10 p. 1000 et le chiffre maximum de 82g80, on voit de quelle étendue est la marge d'écart entre ces cas extrêmes. Ils continuent à penser que cet excès de cholestérine dans les surrénales atteste un excès de production et non de simple dépôt et rappellent à ce propos que des chiffres analogues de cholestérinémie chez des ictériques ou des brightiques correspondent à des tumeurs surrénales tout à fait différentes ; chez les ictériques, il s'agit d'hypercholestérinémie par rétention d'origine hépatique et sans participation des surrénales ; chez les rénaux, les surrénales sont en cause indépendamment de toute rétention biliaire.

Dosage de la créatine et de la créatinine dans les urines. — MM. L. Binet, Deffins et F. Rathery ont recherché d'une part à établir la sensibilité de la méthode de Jaffé préconisée par Folin et d'autre part à caractériser les diverses causes d'erreur inhérentes à cette méthode. Ils ont montré en se servant de solutions titrées de créatine et de créatinine pures que la méthode était très sensible pourvu qu'elle soit suivie très axactement. Ils ont étudié ensuite l'influence de la fermentation des urines et de certains corps qu'on peut retrouver dans le liquide urinaire : le glucose, l'acétone, l'acide β-oxybutyrique. Ils concluent qu'à certaines doses de ces substances les causes d'erreurs sont minimes.

L'immunité antitoxique active des cellules cultivées « in vitro ». — MM. C. Levaditi et St. Mutermilch. Certaines cellules (éléments conjonctifs de la rate), provenant d'organismes qui jouissent d'une immunité antitoxique active, se montrent résistantes *in vitro* à l'égard de la toxine. Il s'agit d'un état réfractaire qui leur est propre et qui paraît indépendant de l'antitoxine circulante. Ces cellules sont-elles capables de sécréter l'antitoxine *in vitro* et, d'un autre côté, transmettent-elles leur résistance acquise à d'autres générations cellulaires (hérédité) ? C'est ce que nous étudions actuellement.

De la vaccination antiparatyphique B par le virus sensibilisé vivant. — M. S. Basseches. 1° Le virus paratyphique B subit, par suite de la sensiblisation, une atténuation de virulence, qui est de plus de cent fois par rapport au virus non sensibilisé.

2° Le vaccin antiparatyphique B sensibilisé protège contre plusieurs — jusqu'à 50 — doses mortelles de virus paratyphique.

3° L'immunité active conférée par le vaccin sensibilisé vivant s'établit dès le lendemain de l'injection vaccinale.

Autres communications :

Sur la neuronophagie. — M. Levaditi.

Modification de la constitution cellulaire du liquide céphalo-rachidien au cours des injections intrarachidiennes répétées de sérum humain. — MM. Arnold Netter et Henri Durand.

Sur la composition chimique des globulins. — M. Aynaud.

FORMULAIRE

LES SELS DE CALCIUM DANS LA SPASMOPHILIE

M. Mérisset rapporte dans *le Nourrisson* (nº 1, janv. 1914) des recherches de Blüdhorn sur la dose efficace des sels de calcium surtout au point de vue de la spasmophilie. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 juin 1913.)

Le sel de calcium le plus efficace dans la tétanie, le spasme de la glotte et l'éclampsie, est le chlorure de calcium non cristallisé anhydre. Même chez le nourrisson, il faut, pour obtenir un effet évident, l'administrer à des doses élevées (4 à 8 grammes en vingt-quatre heures). L'effet favorable cesse dès qu'on suspend l'emploi du médicament.

Blüdhorn emploie la formule suivante :

Chlorure de calcium anhydre....	10 grammes.
Liqueur ammoniacale anisée.....	2 —
Gomme arabique.............	1 —
Saccharine..................	Q. S.
Eau distillée.................	Q. S.
Pour parfaire................	200 cent. cubes.

A prendre 10 centimètres cubes (ce qui représente 0g50 de chlorure de calcium) répétés autant de fois par jour qu'il convient.

LIVRES NOUVEAUX

Ce que doit être le régime alimentaire des tuberculeux (1), par G. LEMOINE.

Le régime d'un malade atteint de tuberculose doit remplir deux conditions essentielles :

1° Il doit être aussi peu toxique que possible, de façon à ménager le bon fonctionnement du foie, source des lipoïdes biliaires ;

2° Il doit être éclectique, selon les malades, car ceux-ci ne doivent pas être tous nourris de la même façon. Les symptômes, fournis par l'état général ou par celui des poumons, règlent ces régimes que l'auteur expose dans son travail.

C'est en observant ces indications de régime avec beaucoup de soin et en faisant suivre, en même temps, à ses malades le traitement par la paratoxine que l'auteur est arrivé à obtenir des résultats très encourageants, puisque 40 p. 100 des tuberculeux traités de cette façon verraient leurs lésions disparaître. STEPHEN CHAUVET.

Leçons de clinique médicale. Thérapeutique. Maladies du cœur (2), par H. DESPLATS.

Dans ce volume publié après la mort de son père par le docteur R. Desplats se trouvent réunies les leçons consacrées par l'auteur aux deux sujets qui avaient sa prédilection, la thérapeutique et les maladies du cœur.

On trouvera dans ce travail des données intéressantes sur les antipyrétiques, la balnéation froide, le traitement du rhumatisme, de la pleurésie séro-fibrineuse, des pleurésies purulentes, de la pneumonie, des bronchites.

Les leçons sur les maladies du cœur mettent en valeur l'importance que l'auteur attachait à la phonendoscopie qui lui rendait, au lit du malade, les services demandés aujourd'hui à la radioscopie dans la délimitation du cœur.

STEPHEN CHAUVET.

Les Apothicaires parisiens au XVIe siècle (3), par M. Émile RIVIÈRE.

M. Rivière, notre ancien collaborateur, qui est un chercheur et un fouilleur, non seulement du sol et des grottes, où il a trouvé son homme, mais aussi des bibliothèques et des vieux manuscrits, vient de communiquer au Congrès de Nîmes de l'Association française pour l'avancement des sciences de curieux documents sur les apothicaires parisiens du XVIe siècle. Il en a tiré une brochure, agrémentée de figures, qui dénote, de sa part, un goût marqué pour la recherche et la documentation.

Ces documents proviennent de minutiers de notaires parisiens, notaires ou « chastelets de Paris », comme on les appelait alors, vivant au XVIe siècle. Ce sont des inventaires de boutiques de marchands apothicaires, une vente d'officine après décès, des certificats de maladie ou de décès, des contrats de mariages et des testaments, un règlement de comptes de tutelle, des poursuites judiciaires, des contrats d'apprentissage, etc.

La simple énumération de ce qu'on trouvait dans une boutique d'apothicaire, à cette époque, dépasse tout ce qu'on peut imaginer; la richesse artistique des « pots » ou des ustensiles de toutes sortes dont se servaient ces apothicaires n'est pas le côté le moins intéressant de ces documents.

Dans une seconde partie de cette brochure, M. Rivière nous initie aux secrets de la pharmacologie parisienne du XVIe siècle. C'est un index explicatif du nom des « drogues et estensilles de la bouticque » d'un apothicaire parisien en 1553. C'est très curieux. Lisez-le. A. BROCHIN.

(1) Paris, Vigot frères.
(2) Lille, Giard.
(3) Extrait des *Comptes rendus de l'Association française pour l'avancement des sciences*, Nîmes 1914.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine et de pharmacie navales. — (N° 2, fév. 1914.) DEFRESSINE et H. CAZENEUVE : Vibrions cholériques et paracholériques. Vibrions des moules des parcs de Brégaillon (*fin*). — PERVÈS et OUDARD : Kyste dermoïde intrathoracique.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 9, 8 mars 1914.) G. DÉTRÉ : Le domaine actuel de la radiothérapie. — Pierre BARBET : Les greffes osseuses dans le traitement des pseudarthroses diaphysaires acquises (*fin*). — (N° 10, 15 mars.) Gaston SARDOU : Les vaso-contractés.

Bulletin médical. — (N° 21, 14 mars 1914.) PECH : Considérations sur l'influence de certaines causes météoriques sur la genèse de quelques maladies. — (N° 22, 18 mars.) KIRMISSON : Arthrite suppurée du genou droit symptomatique d'une ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur. — (N° 23, 21 mars.) VALUDE : Diagnostic des tumeurs de l'œil. — A.-F. PLICQUE : Le traitement de l'arthritisme.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 11, 15 mars 1914.) A. DELGUEL : La greffe hétéroplastique est-elle permise au triple point de vue moral, social et légal ?

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 8, 24 fév. 1914.) ABDERHALDEN : Nouvelles remarques sur l'action spécifique des ferments protecteurs. — HEILMER et PŒNSGEN : Apparition de ferments protéolytiques dans le sang dans l'inanition progressive au stade d'augmentation de l'azote par disparition de la graisse. — JACOB : Contribution clinique à la connaissance de la septicémie staphylococcique. — SEHRT : Rapports de l'insuffisance thyroïdienne avec les troubles nerveux et la constipation spasmodique chez la femme. — WELZ : L'érysipèle dans l'étiologie du diabète sucré. — JUNGMANN : Contribution à l'étude de l'anémie de la grossesse. — HABERMANN : Importance des injections intraveineuses d'arthigonine dans la blennorragie. — SCHWARZ : Sur un médicament à inhaler très actif contre les douleurs dentaires et auriculaires. — VŒRNER : Expériences avec l'isapogène. — STRAUCH : Toux provoquée par canal lingual persistant. — PÜRCKHAUER et MAUSS : Un cas de polynévrite avec psychose de Korsakow après le salvarsan avec mort. — BENDER : Suc de raisin comme nourriture et médicament. — ŒLLER et STEPHAN : Sur la réaction d'Abderhalden.

Paris médical. — (N° 15, 14 mars 1914.) DOPTER : Traitement de la dysenterie amibienne par l'émétine. — CHAPELLIER : Les surdités, diagnostic étiologique et traitements. — TECON et AIMARD : De la valeur du pronostic de la réaction de Moriz Weisz dans l'urine des tuberculeux pulmonaires.

ANALYSES

MÉDECINE

Diagnostic de la typho-bacillose de Landouzy par la recherche du bacille de Koch dans les urines. (J. Sablé et Mercier (de Lille). *La Pédiatrie pratique*, 25 fév. 1914, p. 93.) — Le diagnostic des typho-bacilloses par le seul examen clinique est souvent impossible. Des méthodes de laboratoire, les unes, telles que le séro-diagnostic de Widal ou l'hémoculture, ne peuvent qu'éliminer la typhoïde et les affections voisines et constituent donc des preuves purement négatives.

Les diverses réactions sériques de la tuberculose (ophtalmoréaction, cuti-réaction, etc.) ont bien perdu de leur valeur depuis que l'on connaît la fréquence des individus tuberculisés dès l'enfance.

La recherche du bacille de Koch dans le sang par l'inoculation au cobaye a donné de bons résultats; mais elle exige d'assez grandes quantités de sang (60 centimètres cubes d'après Lafforgue) pour être sûrement positive, et de plus les résultats en sont tardifs.

L'examen direct du sang ne semble pas être entré dans la pratique courante, sans doute en raison des difficultés de la technique de l'inoscopie.

Si les recherches entreprises pour déceler le bacille de Koch dans le sang des typho-bacillaires ont été nombreuses, celles portant sur les urines de ces malades ont été exceptionnelles.

Les auteurs n'ont relevé dans la littérature médicale que deux observations de bacillémie où les urines furent inoculées au cobaye. Quant à la recherche directe du bacille dans les urines des typho-bacillaires, ils n'en ont point trouvé d'exemple. C'est à cette dernière méthode qu'ils se sont adressés, pour avoir la confirmation de la septicémie tuberculeuse.

Et sur cinq cas de typho-bacillose, quatre fois ils ont pu, par l'examen microscopique des urines, déceler la bacillurie tuberculeuse, pendant la phase aiguë de la maladie.

Pour cette recherche ils ont employé une technique utilisant le pouvoir agglutinant d'un sérum antituberculeux vis-à-vis du bacille de Koch, et à laquelle ils attribuent la fréquence des résultats positifs obtenus.

A 150 centimètres cubes d'urine ils ajoutent du sérum de Marmorek dans la proportion d'environ 1 centimètre cube pour 50 centimètres cubes d'urine. Le sérum antituberculeux employé a été le sérum de Marmorek, sans doute peu agglutinant (Calmette), mais qui représente le produit commercial courant.

Après l'addition du sérum l'urine est agitée, puis laissée au repos vingt-quatre heures à la température du laboratoire. Au bout de ce temps, les couches supérieures de l'urine sont décantées à la pipette, et c'est dans la partie tout inférieure, les 10 à 30 derniers centimètres cubes, que l'on recherche le bacille de Koch.

Il est avantageux de centrifuger ces derniers centimètres cubes de l'urine et de porter les investigations sur le culot où seront collectés les bacilles. Pour faciliter cette collection, on peut abaisser la densité de ces derniers centimètres cubes par l'addition d'alcool à 60 degrés.

En cas de participation de sels dans les couches inférieures de l'urine, il faut clarifier par les dissolvants appropriés.

Enfin, quand l'urine est purulente, les auteurs croient qu'il y a avantage à traiter le dépôt purulent par l'homogénéisation à la soude, suivant la technique de Bezançon.

STEPHEN CHAUVET.

Note pour servir à l'étude des troubles provoqués par une alimentation exclusive. (E. Weill et G. Mouriquand. *Lyon médical*, 22 fév. 1914.) — On sait que certaines alimentations exclusives sont capables de provoquer des troubles graves, parfois mortels. L'alimentation exclusive par le riz notamment détermine la maladie dite « béribéri » caractérisée soit par des désordres cardiaques à tendance asystolique, soit plus fréquemment par des névrites périphériques. Préoccupés des affections encore mal caractérisées, qui peuvent être déterminées chez le nourrisson et l'enfant, par une alimentation uniforme, les auteurs ont demandé à l'expérimentation des clartés pouvant remédier aux données insuffisantes de la clinique. A cet effet ils ont soumis une série de pigeons à des alimentations exclusives par le riz, ou l'orge, ou le froment, ou le maïs.

L'alimentation par le riz décortiqué a reproduit le béribéri, lequel n'apparaît pas lorsque les animaux sont nourris au riz complet.

L'alimentation à l'orge perlé a déterminé des accidents de type labyrinthique ou cérébelleux avec des phénomènes de raideur véritablement tétaniforme : la mort est survenue au bout d'un mois environ.

On pouvait faire disparaître ces phénomènes tétaniques ou ataxocérébelleux en substituant à l'alimentation exclusive une alimentation variée.

Si, pour l'instant, ces résultats expérimentaux ne peuvent être appliqués intégralement à la pathologie humaine et notamment à la pathologie infantile, ils semblent ouvrir néanmoins un champ d'études dont la diététique et la thérapeutique pourront sans nul doute profiter.

A propos de la communication des auteurs, M. Cadéac rappelle que l'ingestion de pois détermine à coup sûr chez le mouton des calculs vésicaux. Chez le même animal, une alimentation exclusive par le sarrazin occasionne une affection cutanée spéciale.

STEPHEN CHAUVET.

Les hématuries au cours de l'appendicite. (V. Carlier et H. Leroy. *L'Echo médical du Nord*, 8 mars 1914, p. 109.) — Les hématuries au cours de l'appendicite sont une complication extrêmement rare, mais dont l'existence ne doit pas être ignorée.

Ces hématuries disparaissent après appendicectomie. Il existe donc un rapport de cause à effet dont la notion peut être très utile dans la compréhension de certaines hématuries d'origine indéterminée.

La pathogénie de ces hématuries est encore bien hypothétique. Il existe évidemment des lésions du côté des reins.

Cette débilité rénale est réalisée peut-être par une atteinte de néphrite légère et souvent passagère, apparaissant sous l'influence de l'infection appendiculaire.

Cette néphrite peut être bilatérale, due à l'élimination par le filtre rénal des microbes pathogènes et de leurs toxines; en général, elle est unilatérale, et localisée au rein droit; il semble qu'il faille incriminer dans ce cas des embolies sanguines ou microbiennes, à point de départ appendiculaire, venant léser le parenchyme rénal par des voies veineuses assez directes unissant l'appendice au rein droit.

STEPHEN CHAUVET.

Injections intraspinales de sérum salvarsanisé dans le traitement de la syphilis du système nerveux, y compris le tabes et la paralysie générale. (William H. Hough. *Journ. Amer. med. Assoc.*, vol. LXII, n° 3, 17 janv. 1914, pp. 183-187.) — **L'autosalvarsanosérothérapie de la syphilis du système nerveux central.** (G. W. Mc. Caskey. *Ibid.*, pp. 187-189.) — Les auteurs se sont servi de la méthode de Swift et Ellis du Rockefeller Institute. L'injection directe de salvarsan et de néosalvarsan dans l'espace sous-arachnoïdien est trop dangereuse. L'injection du sérum d'un malade préalablement traité au salvarsan peut être, dans certains cas, une méthode de nécessité (hétérosérothérapie). Mais l'autosérothérapie est la meilleure méthode, celle qui promet de rendre de signalés services dans ces cas. On commence par donner la dose habituelle de salvarsan ou néosalvarsan par voie intraveineuse; puis au bout d'une heure on prélève 50 ou 60 cen-

timètres cubes du sang du sujet, on sépare le sérum, on le dilue à 40 p. 100 avec de la solution saline normale, on le chauffe à 56 degrés pendant une demi-heure, on le garde au frais jusqu'au jour suivant où on l'injecte par voie intraspinale après écoulement d'environ 15 centimètres cubes de liquide cérébro-spinal. La quantité de sérum dilué injectée est environ de 30 centimètres cubes. Après l'injection, le malade est maintenu au lit, tête basse, pendant vingt-quatre heures. Il y a à l'heure actuelle 70 cas traités publiés. Il y a eu des cas non influencés, il y a eu des améliorations très remarquables. Le consensus d'opinion semble être que cette méthode est, de toutes celles mises en avant contre le tabes et la paralysie générale, celle qui est la plus riche en promesses.

F. GARDNER.

MÉDECINE LÉGALE

L'ulcère traumatique de l'estomac. (Ch. Petit. *Ann. d'hygiène publ. et de méd. légale*, fév. 1914.) — L'ulcère traumatique de l'estomac, consécutif à une contusion de la région stomacale, n'est pas aussi rare qu'on le croyait autrefois.

L'estomac est contusionné soit directement par l'agent vulnérant, soit indirectement par projection sur la colonne vertébrale ; dans certains cas, la muqueuse, surdistendue par la compression de l'organe, éclate et se rompt. L'altération gastrique contusive siège presque toujours sur la face postérieure, au niveau de la petite courbure; la blessure primordiale, déchirure intéressant seulement la muqueuse, ou ecchymose simple ou décollement de la muqueuse avec véritable hématome sous-muqueux, pourra se transformer en une affection spécifique, en un ulcère stomacal typique.

La contusion stomacale s'accompagne de signes généraux dus à la commotion des plexus abdominaux et des symptômes locaux : douleur, vomissement alimentaire et gastrorragie. Lorsque cette lésion traumatique initiale, au lieu d'évoluer vers la guérison, se transforme en un ulcère stomacal vrai (ce qui est l'exception), les signes de l'ulcération se substituent insensiblement à ceux de la contusion, et l'ulcère traumatique constitué se manifeste par des symptômes fonctionnels et des signes physiques qui ne diffèrent en rien de ceux de l'ulcère spontané. Il en est de même des complications que l'on observe parfois [abcès et fistules, gastrocutome, sténose pylorique ou médiogastrique, ulcéro-cancer (cas de Thoinot)].

L'affection suit le plus souvent une marche lente et progressive à la façon de l'ulcère spontané; elle présente des phases d'amélioration suivies de rechutes et s'achemine en général vers la guérison. Le plus souvent d'ailleurs les malades sont perdus de vue et l'évolution avec issue favorable n'est peut-être pas aussi fréquente que pourraient le faire croire les observations.

Quant au mécanisme pathogénique on peut dire que le traumatisme provoque d'une part des altérations anatomiques qui diminuent la résistance de la paroi stomacale à l'auto-digestion, et d'autre part des troubles fonctionnels qui augmentent l'activité glandulaire de l'organe. Dans ces conditions point n'est besoin d'une hyperchlorhydrie antérieure pour le développement de l'ulcération. On a fait beaucoup d'objections à cette théorie et invoqué notamment la fréquence de l'ulcère rond latent; celui-ci serait réveillé ou aggravé par le traumatisme.

L'ulcère traumatique de l'estomac peut entraîner une incapacité de travail plus ou moins prolongée ou déterminer la mort. Le médecin expert devra donc d'abord établir l'existence de l'ulcère de l'estomac, puis dire s'il existe un rapport de cause à effet entre l'accident allégué et la lésion stomacale : le traumatisme a-t-il déterminé l'ulcère? Ou l'accident a-t-il révélé un ulcère latent? L'ulcère existait-il avant le traumatisme qui n'a fait que l'aggraver? En cas d'autopsie médico-légale il faudra se souvenir qu'il existe des perforations gastriques post mortem faciles à distinguer.

STEPHEN CHAUVET.

THÉRAPEUTIQUE

Sur les avantages de l'administration des sérums anti-infectieux par la bouche. (Ch. de Bersaques et H. de Waele (de Gand). *Presse méd. belge*, 22 fév. 1914, p. 123.)— Tandis que les propriétés antitoxiques d'un sérum antitoxique subissent des altérations dans le tube digestif, les propriétés immunisantes d'un sérum antimicrobien passent par ces mêmes voies sans inconvénient.

En 1913, Solm a communiqué des résultats très favorables obtenus dans certains cas d'ulcères de la cornée dus aux pneumocoques par l'administration per os de sérum antipneumococcique. Les auteurs ont cherché à étendre ces données à d'autres infections pour ce qui est de la pneumonie des vieillards par exemple; dans un cas l'ingestion sous la peau de sérum de Höchst n'a pu retarder l'issue fatale; dans un autre cas, moins grave il est vrai, l'administration per os de ce même sérum a déterminé une amélioration accusée et la diminution rapide des pneumocoques des crachats.

De même le sérum antistreptococcique de Louvain, administré per os, a donné également des résultats qui semblent démontrer cliniquement l'avantage de l'ingestion par la bouche des sérums antiinfectieux.

Quoi qu'il en soit, il reste évidemment à expliquer en quoi les influences du milieu digestif sont favorables aux sérums antiinfectieux ou antimicrobiens et défavorables aux sérums antitoxiques.

Au point de vue du mode d'administration il y a avantage à donner le sérum non dilué à jeun, ou en tous cas loin des prises de boissons ou d'aliments. STEPHEN CHAUVET.

La teinture de radicelles d'orge germé, médicament hypertenseur. (Jarricot. *Journ. des méd. prat. de Lyon et de la région*, 15 fév. 1914, p. 67.) — Léger a isolé, en 1906, des radicelles issues des grains d'orge germé ou « touraillons » l'alcaloïde qu'il a dénommé hordénine. Cette hordénine agit sur la pression artérielle.

Expérimentalement le sulfate d'hordénine injecté à faible dose dans le courant sanguin détermine de l'élévation de la pression sanguine avec ralentissement et augmentation d'amplitude des pulsations; à forte dose l'élévation de la pression s'accompagne d'accélération et de diminution d'amplitude des pulsations; l'ingestion du sulfate d'hordénine a une influence moins notable sur la circulation (Camus).

Pour ses recherches l'auteur s'est servi d'une teinture de radicelles d'orge germé obtenue en faisant macérer dix jours dans l'alcool à 70 degrés et dans la proportion de 1/20 une poudre bien desséchée de touraillons ; cette liqueur mère était ensuite diluée au 1/100 dans l'alcool à 70 degrés.

Les doses furent uniformément de cinq gouttes renouvelées trois fois par jour et prises chaque fois, loin des repas, dans une cuillère à entremets d'eau pure.

Des observations rapportées par l'auteur il résulte que la teinture de radicelles d'orge germé possède le pouvoir d'élever la pression artérielle. Cette élévation de la pression est évidente, même avec des doses très faibles prises par ingestion. A ces doses l'effet hypertenseur ne paraît pas suivi d'une phase réactionnelle d'hypotension, même si l'on prolonge trois semaines durant l'effet du médicament.

STEPHEN CHAUVET.

NEUROLOGIE

Inversion du réflexe du radius par lésion traumatique de la sixième racine cervicale. (Silvio Ricco. *Revue neurol.*, 1913, t. I, p. 735-737, 1 fig.) — L'intérêt de ce fait est que l'inversion semble produite essentiellement par la lésion de la sixième racine cervicale et non par celle de la cinquième.

L. ALQUIER.

COURS ET CONFÉRENCES

CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE (149, rue de Sèvres). — — PROGRAMME DU COURS DE PERFECTIONNEMENT fait sous la direction de M. NOBÉCOURT, agrégé (6-25 avril 1914). — *6 avril.* — Dix heures et demie : M. Nobécourt. Diagnostic des endocardites et des péricardites aiguës. — Dix-sept heures : M. Harvier. Diagnostic et traitement de la scarlatine.

7 avril. — Dix heures et demie : M. Paisseau. Diagnostic et traitement des pneumonies. Broncho-pneumonies. — Dix-sept heures : M. Nobécourt. Diagnostic des cardiopathies chroniques.

8 avril. — Dix heures et demie : M. Stévenin. Diagnostic des néphrites. — Dix-sept heures : M. Lemaire. Diagnostic des affections gastro-intestinales des nourrissons.

9 avril. — Dix heures et demie : M. Paisseau. Diagnostic et traitement des dilatations bronchiques et de la tuberculose pulmonaire. — Dix-sept heures : M. Nobécourt. Traitement des cardiopathies.

10 avril. — Dix heures et demie : M. Stévenin. Diagnostic des albuminuries fonctionnelles. — Dix-sept heures : M. Paisseau. Diagnostic et traitement des affections de la plèvre.

11 avril. — Dix heures et demie : M. Stévenin. Traitement des affections des reins. — Dix-sept heures : M. Harvier. Diagnostic et traitement de la scarlatine (*suite*).

14 avril. — Dix heures et demie : M. Ferrand. Diagnostic et traitement de l'hérédo-syphilis du nourrisson. — Dix-sept heures : M. Harvier. Diagnostic et traitement de la rougeole et de la varicelle des nourrissons.

15 avril. — Dix heures et demie : M. Lemaire. Diagnostic des vomissements et de la constipation. — Dix-sept heures : M. Paisseau : Diagnostic et traitement des adénopathies trachéo-bronchiques et des médiastinites.

16 avril. — Dix heures et demie : M. Ferrand. Diagnostic et traitement des érythèmes, de l'impétigo, de l'eczéma des nourrissons. — Dix-sept heures : M. Milhit. Diagnostic clinique des infections typhiques et paratyphiques.

17 avril. — Dix heures et demie : M. Milhit. Diagnostic des infections typhiques et paratyphiques par les procédés de laboratoire. — Dix-sept heures : M. Babonneix. Diagnostic et traitement des troubles moteurs des enfants.

18 avril. — Dix heures et demie : M. Ferrand. Diagnostic et traitement des affections du cuir chevelu. — Dix-sept heures : M. Darré. Diagnostic des angines aiguës.

20 avril. — Seize heures : M. Lemaire. Traitement des troubles digestifs des nourrissons. — Dix-sept heures : M. Babonneix. Diagnostic et traitement des troubles moteurs (*suite*).

21 avril. — Seize heures : M. Tixier : Diagnostic et traitement des anémies simples. — Dix-sept heures : M. Babonneix. Diagnostic et traitement des troubles intellectuels des enfants.

22 avril. — Seize heures : M. Tixier. Diagnostic et traitement des anémies graves et leucémies. — Dix-sept heures : M. Babonneix. Diagnostic et traitement des syndromes d'hypertension intracranienne.

23 avril. — Seize heures : M. Darré. Traitement des angines aiguës. — Dix-sept heures : M. Tixier. Diagnostic et traiment de l'hémophilie.

24 avril. — Seize heures : M. Tixier. Diagnostic et traitement des purpuras et de la maladie de Barlow. — Dix-sept heures : M. Babonneix. Diagnostic et traitement des réactions méningées.

25 avril. — Seize heures : M. Milhit. Traitement des infections typhiques et paratyphiques. — Dix-sept heures : M. Darré. Diagnostic et traitement des laryngites aiguës.

Un horaire et un programme des leçons seront distribués aux auditeurs.

Sont admis : 1° les étudiants, inscrits comme stagiaires à la clinique, qui en feront la demande; 2° les docteurs et étudiants français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement d'un droit de 50 francs.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Un cours d'été aura lieu en août et septembre 1914.

COURS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE. (Professeur : M. LEJARS.) — M. Lejars, professeur, commencera un cours de perfectionnement le mercredi 22 avril 1914, à six heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure, jusqu'au lundi 22 juin.

Sujet du cours : Technique des explorations régionales.

COURS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE SPÉCIALE, sous la direction de MM. Aug. BROCA, professeur, et J. OKINCZYC, agrégé. (Cours de M. le docteur Antoine BASSET, prosecteur.) — *Opérations d'urgence et de pratique courante.* Ouverture le lundi 20 avril 1914, à une heure et demie du soir.

Le cours aura lieu tous les jours.

Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 50 francs. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 3), de midi à trois heures, les mardis, jeudis et samedis.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — AFFECTIONS DU CŒUR ET DES VAISSEAUX. — Le docteur Josué, médecin de l'hôpital de la Pitié, commencera dans son service le mercredi 6 mai, à quinze heures et demie, et continuera les mercredis suivants, à la même heure, une série de dix leçons sur les techniques cardiaques récentes.

Programme du cours. — Méthode graphique clinique. Pouls veineux. Auscultation du pouls veineux. Electrocardiographie : théorie, technique, valeur clinique.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — *Médecine générale.* — Docteur LE NOIR (hôpital Saint-Antoine). — Le mercredi, à neuf heures et demie, salle Axenfeld. Consultation pour les maladies du tube digestif et de la nutrition.

Le samedi, à neuf heures et demie, examen des malades entrants.

Le vendredi, à dix heures, conférences cliniques à partir du 1er décembre.

Docteur LESNÉ (hôpital Tenon). — Tous les matins, à dix heures, examen des malades avec exercices individuels des élèves.

Les mardis et vendredis, examen des entrants, discussion du diagnostic et du traitement.

Le jeudi, conférence clinique ou thérapeutique.

Le samedi, consultation de nourrissons, examen des enfants sains et malades.

Docteur MATHIEU (hôpital Saint-Antoine). — Le jeudi, à onze heures, terminaison de la série de conférences commencée à l'amphithéâtre de la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine.

Le mardi, à dix heures, à la consultation spéciale (maladies de l'estomac), présentation de malades.

On fera, de plus, des séries de cours payants qui seront annoncés ultérieurement.

Docteur A. PISSAVY (hôpital Necker, consultations de médecine). — Enseignement spécialement destiné aux étudiants de première année.

Chaque jour, à partir de neuf heures et demie, les étudiants sont individuellement exercés à l'examen des malades et à la rédaction des ordonnances.

NOTES POUR L'INTERNAT

LE CHARBON

Le charbon est la maladie générale ou locale produite par la végétation à l'intérieur de l'organisme d'un microbe spécifique, la *bactéridie de Davaine.* Bien étudié par Enaux et Chaussier, puis par Chabert, le charbon a donné lieu à de multiples et très intéressantes recherches bactériologiques et biologiques, depuis la découverte de la bactéridie charbonneuse par Davaine (1850 et 1864). Parmi ces travaux il faut spécialement rappeler les remarquables et si célèbres expériences de Pasteur qui aboutirent à la vaccination contre le charbon, les recherches de Koch sur les spores charbonneuses, celles de Toussaint, de Chauveau, de Roux, Chamberland, Metchnikoff, etc.

BACTÉRIOLOGIE. — La bactéridie charbonneuse se trouve dans le sang des individus infectés, sous la forme bacillaire ; c'est un bâtonnet droit, immobile, transparent, avec des extrémités renflées, de 3 à 6 μ de long, de 1 à 1,5 μ de large ; dans le liquide d'œdème et dans les cultures, la bactéridie prend la forme filamenteuse ; ce bacille se colore bien par les couleurs d'aniline et par la méthode de Gram ; c'est un *aérobie.* Dans le sang et les tissus il se reproduit par segmentation ; en dehors de l'organisme et dans les cultures il se reproduit par formation de *spores* (Koch). Celles-ci se produisent à l'air, entre 18 et 40 degrés. Les *cultures,* en piqûre sur gélatine à 22 degrés, forment un trait grisâtre, d'où partent de fines ramifications ; la gélatine est totalement liquéfiée en cinq à six jours ; sur gélose à 37 degrés, la culture donne une strie blanchâtre avec de fines dentelures ; sur pomme de terre, il se forme un enduit blanc, épais, à bords dentelés ; sur bouillon à 37 degrés, le milieu d'abord trouble et floconneux s'éclaircit au bout de quelques jours, en même temps qu'il se forme un précipité blanchâtre des colonies. L'étude des *toxines* de la bactéridie charbonneuse est due aux travaux de Marmier, de Conradi, à ceux plus récents de Boidin. Ce dernier auteur a montré que l'inoculation de bactéridies tuées, comme l'inoculation d'*extraits éthérés ou chloroformés* de ces bactéridies, provoquaient des accidents ne différant de ceux des injections des bactéridies vivantes, que par un appel leucocytaire nullement déterminé par ces dernières. Ces auteurs ont en outre établi que les bactéridies n'abandonnaient pas facilement leurs toxines dans les milieux de culture.

Pasteur a montré que l'on pouvait *atténuer la virulence* des bactéridies charbonneuses, en exposant les cultures à l'oxygène sous une pression supérieure à la normale : les *spores,* beaucoup plus résistantes, ne sont pas modifiées par l'oxygène ; elles résistent vivement à tous les antiseptiques et elles ne sont tuées qu'après plus de deux heures d'ébullition. Certains microbes s'opposent au développement de la bactéridie, notamment le bacille pyocyanique, le bacille typhique ; les bactéridies sont facilement tuées par les antiseptiques usuels ; il est à noter que le suc gastrique se comporte comme un véritable antiseptique dont l'action semble due à l'acide chlorhydrique, tandis que le suc intestinal et pancréatique sont de bons milieux de culture.

Charbon expérimental. — Les animaux de choix pour l'expérimentation sont la souris et le cobaye ; ils meurent en moins de deux jours avec un œdème gélatineux au point d'inoculation. La bactéridie se retrouve pendant la vie dans l'œdème au point d'inoculation et à l'autopsie dans le sang de tous les organes. Les oiseaux, les amphibies sont réfractaires au charbon ; les herbivores et les rongeurs sont au contraire très sensibles. Chez les animaux, l'infection se fait surtout par le tube digestif ; chez aucun animal l'inoculation cutanée ou sous-cutanée ne détermine de lésions semblables à la pustule maligne.

Introduite dans les tissus, la bactéridie se multiplie sur place par scission ; elle provoque l'exsudation d'un œdème qui lui sert de milieu de culture, puis elle se propage par les voies lymphatiques et envahit le sang. Pour expliquer son action nocive on a invoqué tout d'abord l'anoxhémie ; l'on tend plutôt maintenant à rechercher le rôle nocif de la bactéridie dans ses produits de sécrétion (toxine et surtout albumoses toxiques, alcaloïdes, protéines, etc.).

L'organisme réagit devant l'infection charbonneuse par la phagocytose et l'état bactéricide des humeurs ; lorsque l'infection prend une allure suraiguë, la phagocytose est à peu près nulle ; l'organisme est en quelque sorte sidéré, il ne se défend pas ; la phagocytose est au contraire à son maximum, chez les animaux réfractaires ou vaccinés. Le rôle bactéricide des humeurs serait capital pour Büchner et serait bien supérieur à l'action phagocytaire ; c'est à l'état bactéricide du sérum que reviendrait, pour certains auteurs, la part prépondérante dans la lutte de l'organisme contre l'infection charbonneuse ; nous n'insisterons pas davantage ici sur ces questions qui touchent de si près aux théories doctrinales concernant l'immunité. Nous aurons d'ailleurs à y revenir lorsque nous étudierons le traitement du charbon, spécialement la vaccination, la sérothérapie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *a.* **Pustule maligne.** — Au troisième jour de son évolution, la pustule, enlevée avec sa base, représente une tumeur ovoïde, grosse comme une olive ; l'escarre centrale est formée par le corps papillaire et la partie superficielle du derme mortifié ; les cellules superficielles sont remplacées par un exsudat amorphe. L'escarre est séparée des parties vivantes par une couche épaisse de cellules embryonnaires. Les bactéridies se trouvent en feutrage serré dans l'escarre ; à la périphérie les papilles du derme sont remplies de bactéridies qui pénètrent la couche épidermique, déterminant un processus de vacuolisation aboutissant à la formation des vésicules secondaires. Le liquide des vésicules contient des leucocytes, des globules rouges, peu de bactéridies. Des infections secondaires ne tardent pas à se produire au niveau de la pustule ; on observera alors la présence d'autres microbes et par contre la disparition des bactéridies ; si la suppuration se produit, la lésion locale perd alors tout caractère d'inflammation spécifique.

b. **Lésions de généralisation ; charbon interne.** — Tous les auteurs insistent sur la putréfaction rapide des cadavres, le ballonnement, l'écoulement de sang par les orifices naturels ; l'œdème sous-cutané a l'apparence d'une infiltration gélatineuse ; les ganglions lymphatiques de la région malade sont tuméfiés, remplis de bactéridies. Les lésions de l'estomac et de l'intestin sont fréquentes ; sur la muqueuse gastrique siègent des plaques saillantes, ecchymotiques, pareilles à des furoncles ; sur l'intestin, on retrouve ces lésions au niveau des valvules conniventes ; l'infiltration sanguine peut envahir toute la paroi, à la manière d'un infarctus. Les plaques de Peyer sont habituellement saines. Les bactéridies pénètrent dans l'intérieur des glandes gastriques, ainsi que dans le tissu sous-muqueux et la couche musculaire ; dans l'intestin ce sont les lésions congestives et hémorragiques qui dominent ; les bactéridies fourmillent au niveau des villosités intestinales. La cavité péritonéale renferme un liquide séreux, sans fausses membranes ; les ganglions mésentériques sont tuméfiés. La rate est ramollie, généralement hypertrophiée ; le foie, les reins renferment des bactéridies dans leurs vaisseaux capillaires ; le plus souvent, il ne semble y avoir aucune réaction des tissus autour de ces vaisseaux. Dans le charbon contracté par inhalation, la trachée, les grosses bronches sont tuméfiées et présentent des hémorragies sous-muqueuses ; il y a de la splénisation des bases ; les ganglions bronchiques sont tuméfiés, les plèvres contiennent un liquide trouble, rougeâtre ; le cœur est pâle, jaunâtre, on a signalé de la congestion des méninges, des hémorragies. Nous verrons à la symptomatologie les modifications du sang et des urines.

(A suivre.)

L'Enfant et son médecin, guide pratique de l'hygiène et des maladies de l'enfance de zéro à quinze ans, par le docteur Albert Ball, ancien interne des hôpitaux de Paris, assistant de consultation à l'hôpital Trousseau, inspecteur de la protection de l'enfance du premier âge. — In-8, cartonné, 400 pages papier indien. — Prix : 6 fr. 50. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 10 francs par an.
Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 1er avril. — MM. Cadenat, 17; Cauchoix, 19; Guimbellot, 16.

Prochaine séance, vendredi 3 avril à dix-sept heures, à l'hôpital Beaujon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — SESSION D'EXAMENS EN VUE D'UN DIPLOME DE CHIRURGIEN-DENTISTE. — Décret du 11 janvier 1909 : 1° validation de stage dentaire; 2° premier et deuxième examens de fin d'année.

I. *Examen de validation de stage dentaire.* — Une session d'examen de validation de stage dentaire s'ouvrira à la Faculté de médecine de l'Université de Paris le 15 juin 1914.

Pièces à produire. Les candidats produiront les certificats attestant qu'ils justifient de deux années régulières de stage. Ces certificats doivent être établis sur papier timbré.

Consignations. Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté, le mardi 2 juin 1914, de midi à trois heures.

Les candidats consigneront les droits fixés par le décret du 4 novembre 1909, soit 25 francs.

II. *Premier et deuxième examens de fin d'année.* — Une session pour le premier et le deuxième examen de fin d'année, qui déterminent la collation du titre de chirurgien-dentiste, s'ouvrira à la Faculté de médecine de l'Université de Paris le 22 juin 1914.

Le registre des consignations sera ouvert au secrétariat de ladite Faculté les 8 et 9 juin 1914, de midi à trois heures, en faveur des titulaires de quatre et huit inscriptions.

Les candidats consigneront les droits d'examen et de certificat d'aptitude fixés par le décret du 4 novembre 1909 (40 francs pour le premier examen, 30 francs pour le deuxième examen et 20 francs pour chaque certificat d'aptitude).

Il sera fait remboursement, aux candidats ajournés, des droits de certificat d'aptitude.

— Une session d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvrira à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, le 6 juillet 1914.

Les consignations seront reçues, au secrétariat de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, les lundi 29 et mardi 30 juin 1914.

Les candidats consigneront les droits d'examen, de certificat d'aptitude et de diplôme fixés par les décrets des 14 février 1894 et 26 février 1907 (40 francs, pour le premier examen, 30 francs pour les deuxième et troisième examens, 20 francs pour chaque certificat d'aptitude et 100 francs pour le diplôme).

Il sera fait remboursement aux candidats ajournés des droits de certificat et de diplôme selon les cas.

Les examens auront lieu à partir du 6 juillet 1914.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — Un concours pour une place de chef de clinique médicale s'ouvrira le jeudi, 18 juin 1914, à la Faculté mixte de médecine d'Alger.

Les candidats devront se faire inscrire du 1er au 15 juin inclusivement, au secrétariat des Facultés, et déposer en même temps leur acte de naissance, leur diplôme de docteur en médecine, et, s'il y a lieu, un exemplaire au moins de leurs publications scientifiques.

— LILLE. — Par décret, il est créé à la Faculté de Lille un emploi d'agrégé (section d'histoire naturelle).

M. le docteur Desoil, licencié ès sciences naturelles, chef des travaux de micrographie et de parasitologie, est chargé,

RENSEIGNEMENTS

en outre, du 1er mars au 31 octobre 1914, des fonctions d'agrégé (section d'histoire naturelle).

— LYON. — Après concours MM. Crémieu et Goyet sont nommés chefs de clinique médicale.

1er CONGRÈS ESPAGNOL DE PÉDIATRIE (12 AU 18 AVRIL 1914). — Ce congrès se réunira à *Palma de Mallorca* dans la semaine de Pâques; il y aura en même temps une exposition annexe pour présenter méthodiquement toutes les acquisitions de la pédiatrie sur le terrain hygiénique, artistique, industriel, alimentaire et pédagogique.

La partie scientifique comprend 4 sections : puériculture, médecine infantile, chirurgie infantile, hygiène scolaire.

La compagnie de navigation « Isleña Maritima » fait aux congressistes une réduction de 40 p. 100, sur le voyage aller et retour de Barcelone à Palma de Mallorca.

Le superbe palais de la Lonja servira de local gratuit à l'exposition. Les compagnies de navigation « Isleña Maritima » et « Menorquina » offrent aux exposants du Congrès de Pédiatrie le transport gratuit. Inscription avant le 30 mars 1914, chez le président du congrès : M. le professeur Martinez Vargas, calle Cortes 605, Barcelone (Espagne).

Des récompenses sont prévues pour l'exposition, qui est sous le patronage du gouvernement espagnol. Un catalogue sera publié le 15 avril.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Voyages, à itinéraires facultatifs, de France en Algérie, en Tunisie, en Corse et aux Echelles du Levant, ou vice-versa.* — Carnets individuels ou collectifs, 1re, 2e et 3e classes, délivrés pour voyages pouvant comporter des parcours sur les réseaux métropolitains, départementaux (réseau de la Corse), algériens et tunisiens, ainsi que sur les lignes maritimes desservies par la Compagnie générale transatlantique, par la Compagnie de navigation mixte (Compagnie Touache), par la Société générale de transports maritimes à vapeur, par la Compagnie marseillaise de navigation à vapeur (Fraissinet et Cie) ou par la Compagnie des messageries maritimes. Ces voyages doivent comporter, en même temps que des parcours français, soit des parcours maritimes, soit des parcours maritimes et algériens, tunisiens ou corses.

Minimum de parcours sur les réseaux métropolitains : 300 kilomètres.

Les parcours maritimes doivent être effectués par les paquebots de l'une seulement des compagnies de navigation participantes; ils peuvent cependant être effectués à la fois par les paquebots de la Compagnie des messageries maritimes ou de la Compagnie marseillaise de navigation à vapeur (Fraissinet) et par ceux de l'une quelconque des trois autres compagnies de navigation.

Validité : 90 jours; 120 jours, lorsque les carnets comprennent des parcours sur les lignes desservies par la Compagnie des messageries maritimes. Faculté de prolongation moyennant paiement d'un supplément.

Arrêts facultatifs dans toutes les gares du parcours.

Demander les carnets cinq jours à l'avance à la gare de départ.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de microscopie clinique, par Ch. LESIEUR, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux, et M. FAVRE, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux. In-18 gr. jésus, cartonné toile, de 800 pages, avec 305 fig. dans le texte et 24 planches en couleurs hors texte. Préface du professeur J. COURMONT. (Collection Testut.) — Prix : 12 francs. — Paris, O. Doin et fils.

La Lèpre à travers les siècles et les contrées, anthologie, par le docteur Démétrius ZAMBACO PACHA, correspondant de l'Institut de France (Académie des sciences), membre associé national de l'Académie de médecine de Paris, de la Société de dermatologie, etc. Gr. in-8 de XII-845 pages. — Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

Lucidité et Intuition, étude expérimentale, par le docteur E. OSTY. In-8. — Prix : 8 francs. — Paris, F. Alcan.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1914, par H. BOCQUILLON-LIMOUSIN, docteur en pharmacie de l'Université de Paris. Introduction par le professeur Albert ROBIN. In-8 de 372 pages, cartonné. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

De la Néphropexie (procédé d'Albarran-Marion), par le docteur J. LUZOIR, aide d'anatomie à la Faculté de Paris. In-8 raisin de 270 pages avec 49 figures. — Prix : 8 francs. — Paris, G. Steinheil.

Les Opsonines et les Bactériotropines. « La critique de la théorie de Wright », par le docteur SERKOVSKI, chef du Laboratoire bactériologique de Varsovie. In-8 avec figures. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Maloine.

La Morale du médecin. Etudes sur le syndicalisme médical, par Victor PARANT, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris, secrétaire de l'Union des syndicats médicaux du sud-ouest. In-16 de 116 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Asselin et Houzeau.

L'Aphasie. Conception psychologique et clinique, par le docteur H. BERNHEIM, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Nancy. In-18 grand jésus de 150 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin et fils.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 27 AVRIL AU 2 MAI 1914

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 27 avril, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu*.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu*.

Mardi 28 avril, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 29 avril, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, 1re et 2e séries).

3e (oral, 2e partie, 1re, 2e, 3e, 4e et 5e séries).

Jeudi 30 avril, à une heure. — 3e (oral, 1re partie).

3e (oral, 2e partie, 1re, 2e et 3e séries).

4e (1re, 2e et 3e séries).

Vendredi 1er mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 2 mai, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon*.

THÈSES

Mercredi 29 avril, à une heure. — M. CORNETTE. Des luxations carpo-métacarpiennes. (MM. Reclus, président; Hartman, Ombrédanne et Alglave.) — M. ESNOULT. Contribution à l'étude des hernies de l'appendicite. (MM. Hartmann, président; Reclus, Ombrédanne et Alglave.)

Jeudi 30 avril, à une heure. — M. MABIRE. Contribution clinique à l'étude des rapports de la tuberculose et de l'érythème noueux. (MM. Thoinot, président; Achard, Castaigne et Rathery.) — M. GENDRONNEAU. Signes précoces et diagnostic de l'ulcère juxtapylorique. (MM. Thoinot, président; Achard, Castaigne et Rathery.)

REVUE GÉNÉRALE

MÉGACOLON CONGÉNITAL

OU

MALADIE DE HIRSCHPRUNG (1)

Par MM. Robert de VERNEJOUL et Jean SEDAN,
Internes des hôpitaux de Marseille.

VII

Formes cliniques. — On pourrait classer les formes cliniques de la maladie de Hirschprung d'après la prédominancc de tel ou tel symptôme, mais une telle manière de faire entraînerait à décrire une trop grande quantité de variétés, d'autant plus que, si la plupart des cas présentent certains symptômes prédominants, tous semblent bien être caractérisés par le trépied symptomatique.

Nous envisagerons donc seulement les formes cliniques :

1° Suivant le siège de la lésion ;
2° Suivant la date d'apparition des symptômes, d'après l'âge du sujet.

I. Formes cliniques d'après le siège de la dilatation du gros intestin. — 1° Forme généralisée. — Elle paraît être moins fréquente que les formes localisées à un segment du gros intestin. Sur 40 cas observés, P. Duval a trouvé l'ectasie totale dans 13 cas, soit dans une proportion de 32,5 p. 100.

Cette forme s'accompagne surtout d'une distension abdominale très exagérée, étendue à tout l'abdomen et se caractérise par l'importance des phénomènes généraux et des troubles consécutifs à cette distension, par le refoulement des organes et en particulier par la compression cardio-pulmonaire.

2° Forme localisée a un segment du gros intestin. — Le côlon pelvien est le segment du gros intestin le plus souvent ectasié, dans une proportion de 43,4 p. 100 d'après les statistiques de Duval.

Dans ces formes, la distension ne porte que sur une partie limitée de l'abdomen et le tympanisme, limité à la région ectasiée, sera entouré d'une zone de sonorité normale. Les symptômes d'intoxication seront variables suivant le siège de la coprostase, très accentués lorsque la maladie se localisera au cæcum ou au côlon ascendant, beaucoup moins marqués dans les lésions du côlon descendant. Nous ne reviendrons pas sur ce point déjà étudié.

II. Formes cliniques d'après l'âge du sujet. — Nous adopterons, pour cette étude, la classification utilisée par Weil dans sa remarquable thèse et nous diviserons ces formes en trois catégories :

1° Chez le nouveau-né et chez l'enfant jusqu'a son sevrage. — « Un enfant naît absolument sain en apparence ; on le met à la mamelle ; il prend le sein de bon gré et garde ce qu'il a reçu. Au bout d'un jour on s'inquiète de ne pas voir sortir le méconium et pourtant l'enfant a déjà reçu un, peut-être plusieurs purgatifs ordinaires. On envoie chercher le médecin : à l'examen, il trouve l'anus perméable. Le doigt est facilement introduit dans le rectum et, en le retirant, un peu de méconium se montre. Peu à peu l'abdomen devient volumineux, distendu, et présente évidemment tous les signes d'une pression intraabdominale considérable. » (Hirschprung.)

A cet âge, la maladie est caractérisée par la rétention du méconium, le ballonnement du ventre, les mouvements péristaltiques, le caractère exceptionnel des vomissements.

2° Chez l'enfant après son sevrage. — Nous rappellerons l'action parfois funeste du sevrage, déjà mentionnée à l'étiologie. A ce moment, la constipation devient de plus en plus opiniâtre, interrompue de loin en loin par des débâcles diarrhéiques très fétides.

Les vomissements sont plus fréquents. Les douleurs deviennent plus intenses, revêtant dans quelques cas le caractère de coliques très violentes. A cet âge on rencontrera assez fréquemment les troubles du développement et les déplacements des organes abdominaux ou thoraciques. L'amaigrissement et la dénutrition font alors partie des symptômes presque constants.

3° Chez l'adulte. — Les symptômes sont en général moins marqués que chez l'enfant et, d'autre part, c'est le plus souvent à cet âge qu'apparaîtront les fécalomes.

La constipation existe généralement depuis l'enfance ; mais il n'est pas très rare de la voir apparaître à un âge avancé, comme dans les observations de Favalli, Syers et Versé où elle ne s'était développée qu'à cinquante et soixante-cinq ans.

VIII

Diagnostic. — 1. **Positif.** — « Le diagnostic de l'ectasie colique est a priori facile ; il est en effet peu d'affections où la constipation soit chroniquement si opiniâtre, où la distension abdominale atteigne ces proportions énormes, où la reptation sous-pariétale des anses intestinales se voie avec autant de précision ; ce trépied symptomatique permet d'affirmer le diagnostic. »

2. **Différentiel.** — Rares autrefois (trois pour Pierre Duval en 1903), les erreurs de diagnostic sont devenues fréquentes ; nous les verrons chez l'enfant, chez l'adulte.

a. Enfants. — *Gros ventre rachitique* (Genersich). — Il n'y a là ni péristaltisme ni constipation, mais les signes du rachitisme sont au complet (thorax en carène, chapelet rachitique, front olympien, etc.), les deux choses coexistent souvent d'ailleurs, et alors le mégacolique est un rachitique.

Gros ventre dyspeptique (Marfan, 1895). — Mais le

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 37, p. 597.

ventre est très flasque, tympanique, sourd, et l'on observe de la diarrhée verte.

Gros ventre névropathique (Variot, Société de pédiatrie, 1907). — Affection très rare où il n'y a aucune constipation (Variot), alors qu'on y voit quelquefois du météorisme et du péristaltisme.

Péritonite tuberculeuse (Bristow). — a. *Forme ascitique.* — Mais ici l'élévation de la température, le ventre en obusier, la véritable ascite, la fréquence des lésions pleurales (loi de Godelier), aident puissamment au diagnostic.

b. *Forme fibro-caséeuse.* — La matité en damier, les sueurs nocturnes, l'absence du trépied symptomatique constituent ici les principaux éléments du diagnostic.

c. *Forme fibro-adhésive.* — L'absence des symptômes cardinaux du mégacôlon est nette. Les causes de ces confusions consistent dans la distension abdominale, la sensation de flot, la circulation collatérale et jusqu'aux gâteaux péritonéaux qui simulent des fécalomes.

Tuberculose des ganglions mésentériques. — Mais ici, en raison de la profondeur des ganglions mésentériques, on ne sent rien à la palpation ; en aucun cas on ne sent de fécalomes.

Invagination intestinale chronique (Hue). — L'alternative de constipation et de diarrhée, l'anorexie, la cachexie peuvent y faire penser ; mais le ventre est peu ballonné, les vomissements fréquents, les selles muco-sanguinolentes ; enfin on sent des tumeurs molles changeant de consistance au palper.

Appendicite (Richardson). — Mais la crise n'a pas le même aspect, la triade de Dieulafoy est absente et l'appendicite à l'inverse du mégacôlon est rare au-dessous de cinq ans, quoique non exceptionnelle (observations de Mme Nageotte, de Ombrédanne, à la Société de Pédiatrie).

Malformations rectales. — Le toucher rectal, qui est une des premières méthodes de diagnostic à employer, soit chez le nourrisson en cas de rétention méconiale, soit chez le jeune enfant en cas de constipation et ballonnement, permettra d'éliminer cette erreur par la constatation d'un rectum à parois normales.

Imperforations anales. — L'erreur sera évitée de la même façon, mais dès la naissance, la non-issue du méconium ayant attiré immédiatement l'attention du médecin et lui ayant fait constater la présence d'une membrane obturante.

b. Adultes. — Nous mettrons à part les organes génitaux de la femme dont les lésions peuvent être confondues avec le mégacôlon.

a. *Appareil génital de la femme.* — *Kystes de l'ovaire* (Tuffier, Saint-Martin). — Ils apparaissent vers trente ans sur la ligne médiane, sont reconnaissables au palper; mais le diagnostic est quelquefois compliqué pour les deux raisons suivantes :

1° Le kyste peut comprimer l'intestin d'où constipation et nouvelle erreur possible ;

2° Le kyste peut être dermoïde et conserver l'empreinte du doigt comme une tumeur fécale dans le mégacôlon.

Tumeurs solides de l'ovaire (Brook, Blanc et Charlot). — Elles sont surtout reconnaissables au toucher : l'ascite y est constante.

Affections salpingiennes (hydro-hématosalpinx : Blanc et Charlot). — Elles sont reconnues par le toucher bimanuel et les irradiations douloureuses lombaires très nettes.

Tumeurs fantômes, qui sont caractérisées par leur apparition et leur disparition brusques, l'influence de la suggestion, leur disparition au chloroforme.

b. *Affections abdominales des adultes en général.* — *Occlusion intestinale* (Fitz, Woolmes, Bristow, Roux de Brignoles). — *Causes d'erreur.* — Ce sont les vomissements, le ballonnement, la constipation intense et la pseudo-ascite de Delbet, Mathieu, Ricard.

Moyens de diagnostic. — Ce sont les douleurs beaucoup plus violentes, l'arrêt absolu des matières et des gaz, les vomissements fécaloïdes répétés, ce qui est exceptionnel dans le mégacôlon. D'ailleurs la coexistence est fréquente et sera étudiée au chapitre des complications.

Rétrécissement du grêle. — La reptation des anses rend l'erreur possible ; mais l'ancienneté de la constipation, le degré de la distension abdominale, le siège de cette distension permettront le diagnostic.

Tumeurs intestinales (cancer du côlon). — Elles ne se produisent que chez des individus âgés, s'accompagnent d'une cachexie rapide et d'engorgement ganglionnaire, de douleurs fortes et d'hémorragies perpétuelles.

Entérite tuberculeuse. — La confusion serait possible n'était l'absence du trépied symptomatique.

Anse sigmoïde anormalement longue (Mamrot, 1913). — Cette anse peut se couder et donner le tableau de la colectasie.

Enfin la confusion peut exceptionellement être faite avec :

Rein mobile (Pierre Duval) ;
Tumeurs de l'épiploon (Fabre de Parrel) ;
Tumeurs du mésentère (Dubourgue) ;
Colite aiguë simple (Hugues).

IX

Complications. — Nous diviserons les complications du mégacôlon en quatre classes suivant qu'elles sont dues :

1° A des phénomènes d'obstruction aiguë ;
2° A l'aggravation des lésions des parois coliques ;
3° A la compression des organes voisins ;
4° A l'intoxication stercorémique due à la coprostase.

I. Complications par obstruction intestinale aiguë. — Ces accidents ont été étudiés par Guinard dans le *Nouveau traité de chirurgie* (1910). Ils sont fréquents puisque, dans 55 cas de mort réunis par Tuffier, ils furent observés 26 fois. Avec Guinard nous les classerons en trois groupes suivant les mécanismes qui les produisent :

1° Production spontanée d'une valvule. — Le segment d'intestin ectasié est parfois si volumineux

et son lieu de passage avec l'intestin normal si brusque que l'orifice supérieur du segment sain est comprimé par la région dilatée, véritable ballon élastique qui l'écrase. « Il se produit à l'union du segment sain et du segment malade une valvule iléo-cæcale à l'envers, en sorte que la circulation intestinale peut se faire de bas en haut, mais non dans le sens physiologique; c'est ce qui explique comment on peut, par une sonde ano-rectale, faire pénétrer de grandes quantités de liquide, sans que ce liquide puisse être évacué. » (Guinard.)

2° Coudure de l'intestin. — Au niveau des angles hépatique et splénique du côlon, il existe normalement une disposition qui favorise la formation d'une valvule. Si le côlon transverse se dilate d'une façon exagérée, sa coudure sur les côlons ascendant ou descendant produira une occlusion automatique. Pour Morestin, la cause habituelle de l'obstruction intestinale serait cette coudure au niveau de l'angle colique gauche.

3° Torsion du gros intestin. — C'est, pour Guinard, une des complications les plus fréquentes du mégacôlon. « Sous l'influence des mouvements péristaltiques énergiques, d'un déplacement rapide et violent, d'un effort quelconque, le paquet de matières fécales, suspendu à son méso comme un paquet à une corde, évoluera sur lui-même et constituera une sorte de volvulus. » (Culan.)

II. **Complications dues à l'aggravation des lésions des parois coliques.** — Ces lésions produisent dans certains cas de la *colite ulcéreuse* due à l'action des matières septiques longtemps contenues. Elle est caractérisée par des poussées de débâcles diarrhéiques : un malade de Génersich avait environ 20 selles par jour. Les selles sont très liquides, de couleur verdâtre et répandent une odeur très fétide. Parfois cette diarrhée s'accompagne d'*hémorragies intestinales*, toujours peu abondantes. Les ulcérations peuvent atteindre toutes les tuniques intestinales et amener, par perforation de l'intestin, des *péritonites* mortelles, tout à fait exceptionnelles d'ailleurs.

III. **Complications dues à la compression des organes voisins.** — 1° Troubles respiratoires. — Le refoulement du diaphragme amène une compression cardio-pulmonaire qui se manifeste souvent par de la dyspnée. Cette dyspnée peut revêtir toutes les formes depuis la simple gêne respiratoire jusqu'à la respiration très pénible et parfois même jusqu'à la menace d'asphyxie accompagnée de cyanose (Hobbs). Cette dyspnée s'amende d'une façon passagère à l'occasion des débâcles spontanées ou provoquées.

2° Troubles circulatoires. — Le cœur subit parfois des déplacements importants par suite du refoulement du diaphragme. Sa pointe bat quelquefois dans le troisième ou le quatrième espace intercostal. Il existe alors souvent un certain degré de *faiblesse cardiaque*, des *palpitations*, et ces accidents sont liés bien plus à la distension abdominale qu'à l'intoxication.

3° Compression de l'uretère. — Elle amène parfois des accidents très sérieux de rétention rénale. Fenwick signale des hématuries parfois inquiétantes.

4° Compression des gros troncs prévertébraux. — Futterer et Griffits ont signalé la dilatation parfois très marquée des veines de la paroi abdominale. Il existe dans certains cas au niveau du foie un réseau variqueux sous-cutané en tête de méduse.

5° La compression des veines iliaques a pour conséquence un œdème de la paroi abdominale et des membres inférieurs signalé par Hirschprung.

IV. **Complications dues à l'intoxication stercorémique.** — Nous ne reviendrons pas sur le rôle capital que joue le siège de la dilatation dans l'importance de ces troubles d'intoxication chronique.

Au premier plan de ces accidents se place la tétanie en raison de la fréquence relative avec laquelle elle a été observée. Trousseau l'avait déjà signalée comme pouvant être provoquée par une constipation opiniâtre. Chez un malade de Guinard âgé de seize ans, la cachexie était extrême et les crises de tétanie se reproduisaient tous les huit ou quinze jours; dans une seule journée 8 attaques successives se produisirent, ainsi que le rapporte Culan dans sa thèse.

Certains auteurs ont voulu attribuer cette tétanie à la déshydratation du système nerveux sous l'influence de la diarrhée persistante. Cette cause ne saurait être invoquée puisque les malades présentent le plus souvent une constipation opiniâtre. La théorie d'Eschrich est celle qui semble devoir s'appliquer à ces crises de tétanie. Cet auteur fait intervenir « une auto-intoxication par rétention résultant de l'insuffisante élimination des produits des échanges interstitiels anormaux ». Et ce qui vient à l'appui de la théorie de l'intoxication par coprostase, c'est que les crises de tétanie s'amendent et disparaissent d'une façon passagère sous l'influence des lavages abondants du côlon.

Les troubles psychiques se manifestent le plus souvent par des modifications du caractère. Un malade de Guinard était « triste, sauvage, méchant, violent, etc. » Un malade de Concetti souffrait d'une céphalalgie intense, présentait une grande tristesse et paraissait toujours très agité. Dans un cas de Morestin, le malade eut du délire au point de nécessiter son admission à l'hôpital. Là encore, nous voyons tous ces accidents s'amender ou disparaître sous l'action du traitement de la coprostase, ce qui plaide en faveur de la théorie de l'intoxication stercorémique.

Les troubles du développement ne sont pas très rares, on note la fermeture parfois très tardive des fontanelles. Fenwick a rapporté un cas d'évolution dentaire tardive. Dans plusieurs cas enfin, on a signalé les signes du rachitisme chez les jeunes malades atteints de mégacôlon.

Nous signalerons enfin parmi les troubles dus à l'intoxication :

L'*albuminurie* qui paraît fréquente, presque constante pour certains auteurs;

L'*oligurie*, fréquemment relevée dans les observations;

L'*indicanurie* plus ou moins abondante suivant le degré de la constipation et à laquelle, semble-t-il, il n'y a pas lieu d'attribuer une bien grande importance.

X

Evolution. Pronostic. — L'évolution est lente et progressive. Elle se fait le plus souvent vers l'aggravation des symptômes par suite des lésions de la muqueuse et de l'accumulation de matières fécales septiques. L'affection s'accompagne peu à peu d'une obstruction chronique plus ou moins complète qui donne lieu à tous les accidents d'intoxication qui peuvent en résulter. La marche est surtout rapide, comme le fait remarquer Weil, d'une part dans les tout premiers jours de la vie, et d'autre part à la période consécutive au sevrage : « Dans la plupart des cas, les enfants succombent dans un état de cachexie et d'amaigrissement extrême, avec tous les signes d'une dénutrition très prononcée. »

Presque toujours mortelle lorsqu'elle n'est pas reconnue ou qu'elle n'est pas traitée, la maladie de Hirschprung est cependant compatible avec la vie et on cite des malades qui ont vécu jusqu'à cinquante et même soixante-huit ans.

A QUEL AGE SE PRODUIT HABITUELLEMENT LA TERMINAISON FATALE? — Sur 30 cas, la mort est survenue d'après la statistique de P. Duval :

Dans les premiers jours de la vie, dans.	2,3 p. 100	des cas.
Dans les six premiers mois, dans.....	9,2	—
De six mois à un an, dans..........	6,9	—
De un an à cinq ans, dans...........	23	—
De huit ans à quinze ans, dans........	11,5	—
A l'âge adulte, dans	16,1	—

A QUELLE LÉSION EST DUE LA MORT? — *Chez l'enfant*, les principales causes de mort sont l'obstruction intestinale par accidents stercorémiques, la colite ulcéreuse et les maladies intercurrentes (broncho-pneumonie, grippe, etc.).

Chez l'adulte, la mort est due sur 50 cas signalés par Weil dans sa thèse, 13 fois à l'obstruction intestinale, 4 fois à la colite aiguë, 8 fois à la péritonite, 6 fois à la diarrhée profuse.

EN CONCLUSION nous voyons que, si l'on cite des cas où le mégacôlon ne met pas l'existence du sujet en danger et même où l'état de santé est parfait, le pronostic de l'affection n'en reste pas moins sévère et, malgré les moyens de diagnostic perfectionnés et les interventions chirurgicales très variées, la mortalité s'élève encore à 60 ou 63 p. 100 des cas. Les malades restent exposés toute leur vie à des accidents très sérieux d'obstruction intestinale, aux lésions ulcératives des parois coliques et à une maladie intercurrente dont le pronostic sera d'autant plus grave que l'état général est déjà plus atteint. Il importera donc de faire le diagnostic le plus précoce possible et d'intervenir rapidement, c'est de ces deux éléments que dépendra la sévérité du pronostic.

XI

Traitement. — Quoique nous réservions la plus large part au traitement chirurgical, nous nous inspirerons de Frœlich, Kredel, Tuffier et Duval pour ne pas négliger le traitement médical à indications précises. A l'exemple de Patel et Gayet dans leur bel article du *Lyon chirurgical* de mars 1911, nous finirons cette étude en donnant les indications respectives de l'un et l'autre de ces traitements.

I. Traitement médical. - Nous le décrirons avec Weil (Th. Nancy) successivement avant le sevrage, chez l'enfant, chez l'adulte.

a. DE LA NAISSANCE AU SEVRAGE. — Il faut :

1° Après la naissance, évacuer le méconiun retenu grâce au petit doigt introduit dans le rectum.

2° Régler les tétées par heures et durées bien exactement.

3° Eviter le lait de vache mal donné, il est trop riche en caséine et sels calcaires, trop pauvre en sucre et graisse; on le coupera avec de l'eau sucrée à 5 p. 100 ou de la crème de lait (Biedert).

4° User des lavements et du massage abdominal. *Lavement* qui ne se donnera cependant jamais en cas de colite aiguë ou de distension.

Technique : on portera la sonde rectale très haut à 15, 20, 25 centimètres pour dépasser le coude de l'S iliaque sur le rectum et arriver au vrai foyer de la rétention.

Liquide injecté : ce sera de l'eau soit pure, soit boriquée, soit huileuse ou glycérinée; dans les cas pressants ce sera de l'eau salée.

Quantité : jamais plus d'un demi-litre chez le nourrisson.

Pression : le bock ne sera jamais à plus de 50 centimètres de haut.

Température : jamais inférieure à 35 degrés.

Fréquence : on les donnera souvent, régulièrement et avec persévérance à la même heure, même après sédation des symptômes.

Massage abdominal. — Portera sur le côlon descendant et l'S iliaque, il sera très modéré, portera d'abord sur les muscles de la paroi, puis en cercle autour de l'ombilic, puis enfin le long du cadre colique.

5° On usera peu des laxatifs qui seront légers et cesseront s'il y a vomissement.

6° Les applications galvaniques seront très prudentes.

b. CHEZ L'ENFANT APRÈS LE SEVRAGE. — On franchira moins périlleusement la redoutable étape du sevrage, d'abord en la retardant notablement, puis en observant de la prudence dans l'emploi du lait de vache et des amylacées, en continuant lavements et massages très régulièrement, en usant de ceinture abdominale, en évitant les purgatifs inutiles qui augmentent la distension.

Lévy a eu des succès avec la strychnine, la belladone et l'ésérine. Wilkie a signalé l'efficacité paradoxale de l'opium que l'on explique pourtant par la sédation de l'élément « spasme ». Yohannsen joint

l'atropine à l'électrisation de l'abdomen et au massage. En résumé, les médicaments dont on ne saurait être trop avares chez le jeune enfant seront administrés ici plus facilement.

c. Chez l'adulte. — Le plan reste le même (lavements, massage).

On usera de la *méthode de Malibran :* on donne le soir un lavement froid et abondant à garder toute la nuit, au matin on masse l'intestin et on évacue le contenu intestinal après lavage intestinal de 2 litres d'eau chaude à faible pression. Guinon et Berstelmann ont signalé le succès de la sonde ano-rectale à demeure.

L'opium, le lavage électrique sont à essayer, et même dans les cas graves, le lavage d'estomac.

II. **Traitement chirurgical.** — La thérapeutique chirurgicale du mégacôlon est efficace mais trop souvent aussi meurtrière. D'ailleurs les chiffres de P. Duval (*Revue de chirurgie*, 1909) sont édifiants à ce sujet :

Résultats de thérapeutique chirurgicale : 60 p. 100 de guérison, 6,8 p. 100 d'amélioration.

Résultats de thérapeutique médicale : 25 p. 100 de succès au maximum.

1° Ponction intestinale. — Opération inutile et dangereuse, elle n'est plus défendue de nos jours. Sur 5 cas, Martin note « 1 mort, 4 insuccès », et Forgue et Reclus l'accusent d'être « très dangereuse, car on n'est jamais sûr que les gaz à haute tension ne feront pas sourdre un peu de liquide septique ».

2° Laparotomie simple. — Elle est très accessoire permettant cependant dans quelques cas de rétablir le cours des matières par massage direct de l'intestin et fécalotrypsie au risque d'ailleurs de léser la paroi. P. Duval sur 15 cas observe d'ailleurs 3 morts; ce n'est évidemment qu'une thérapeutique d'exception.

3. Colopexie. — *But.* — Eviter l'écrasement du bout colique inférieur par le bout supérieur distendu, et l'occlusion secondaire.

Point de fixation. — Woolner fixe le côlon à la fosse iliaque droite, Roux de Brignolles en deux points : à l'angle de torsion et à l'angle colique gauche.

Delkeskamp fixe le mésentère.

Avantages. — Rapide, facile et bénigne, elle donne des succès fréquents et durables ; elle est adoptée par Woolner, Trèves, Tzribicky.

Inconvénients. — Elle n'agit pas sur l'état pathologique de la paroi qui est profondément altérée dans les coudes très marqués. « C'est une bonne opération palliative ou un complément utile d'une intervention plus complète. » (Patel et Gayet.)

4. Coloplicature. — Analogue à la gastroplicature de Bircher ou à la rectoplicature de Gérard-Marchand : c'est la formation artificielle de plis longitudinaux destinés à rétrécir le calibre du côlon ; et cela avec de la soie, le catgut étant résorbé trop vite : « On prend des ris sur la paroi. » (Pozzi.)

Cette méthode compte des succès, mais elle est plutôt palliative.

5. Colotomie. — Pour beaucoup d'auteurs, elle est très meurtrière, car quasi impossible à mener aseptiquement ; elle a pour but l'ablation d'un fécalome et consiste dans l'incision du côlon. En outre, beaucoup de cas de guérisons opératoires ne sont pas des guérisons de la maladie. Patel et Gayet vont jusqu'à la qualifier de « détestable ressource ». Guinard en fait connaître les résultats : 5 cas ; 2 morts, 3 insuccès. Cela n'est point absolu cependant : nous connaissons un succès durable et complet chez une petite malade de nos maîtres les professeurs Oddo et Silhol ; opérée en 1908, elle a maintenant six ans et se porte parfaitement. Le résultat fut rapide : deux mois après l'intervention, elle pesait 3 kilogrammes de plus. La portion du côlon incisée fut l'anse sigmoïde.

6. Colostomie. — Considérée longtemps comme bénigne et efficace contre la douleur et l'obstruction, elle est jugée très sévèrement aujourd'hui. Gayet et Patel ont qualifié ses statistiques de « vrais martyrologes » (8 décès sur 15 cas). La cause de ces insuccès résulte dans la mauvaise qualité de l'étoffe intestinale qui est épaisse, cartonnée, se prête mal aux sutures et à l'adhésion péritonéale ; enfin l'orifice de la colostomie ne livre pas passage en pratique aux matières dures accumulées dans l'intestin à parois paralysées. Les modernes lui préfèrent la cæcostomie et surtout l'*appendicostomie*, cette dernière ayant sur l'autre les avantages de n'être pas nuisible à la nutrition générale, de n'être pas désagréable, car continente, d'avoir enfin des résultats des plus durables.

L'appendicostomie est très appréciée, car rapide, bénigne et permettant de précieux lavages de l'intestin, enfin la fistule appendiculo-cutanée est facile à guérir.

7. Entéro-anastomose ou exclusion unilatérale des côlons. — Préconisée par Guinard, elle est adoptée par Lejars, Floderus (de Stockolm, 1911), Sorel (de Dijon), Pluyette, Richardson, Giordano.

Technique. — Elle se fait soit en une iléo-sigmoïdostomie, le plus fréquemment, soit en une iléo-rectostomie (quand l'S iliaque est lésé) ; dans les 2 cas la section du grêle se fait à quelques centimètres du cæcum ; on ferme le bout inférieur ou cæcal ; on abouche le bout supérieur latéralement avec l'anse sigmoïde ou la partie la plus élevée du rectum.

Avantages. — Elle évite l'infirmité dégoûtante qu'est l'anus iliaque ; elle met au repos la musculature affaiblie de l'intestin malade ; elle permet l'atrophie du segment colique inutile ; elle ne gêne en rien, bien mieux, prépare à merveille pour des opérations ultérieures parfois nécessaires ; enfin elle est beaucoup moins dangereuse que la colectomie ; anastomose : 6 cas, 1 mort ; colectomie : 13 cas, 5 morts (Gayet et Patel).

Inconvénients. — Pauchet (d'Amiens) et les partisans de la colectomie reprochent à l'anastomose de laisser un sac où séjournent des matières septiques

qui peuvent causer des réactions nerveuses graves et d'ailleurs des cas ont été publiés sans résultat.

8. Colectomie. — Les partisans en sont nombreux : Tuffier et Morestin, Pauchet et Picqué. En 1913, Picqué à la séance du 8 janvier de la Société de chirurgie relate le premier cas de colectomie totale ; depuis il écrivit « que le succès de la colectomie totale tranche définitivement la question de la valeur comparative des deux opérations ».

C'est évidemment l'opération la plus complète, la plus radicale, la plus logique, mais aussi certainement la plus grave, la plus difficile et la plus longue. La mortalité en est élevée, 38 p. 100 ; et le nombre des guérisons définitives est loin d'égaler le nombre des guérisons opératoires.

Les longueurs considérables d'intestin à réséquer sont sans inconvénient. Kümmer (Société médicale de Genève, 29 mai 1913) réséqua 40 centimètres. Gayet et Patel, 82 à 83 centimètres ; nombreux sont les cas de 17, 30 et 45 centimètres. Une discussion encore ouverte existe entre les partisans de l'opération en un, deux ou trois temps (technique de Villard et Chassagnard). En 1909, Pierre Duval, dans la *Revue de chirurgie*, disait à ce sujet : « Les méthodes en plusieurs temps ne sont que des techniques passagères de légitime sécurité, mais laisseront dans un avenir de technique perfectionnée la place à la colectomie en un temps. »

Les partisans les plus décidés de la colectomie lui ont cependant imposé des limites, des *indications* précisées par Pauchet à la Société de chirurgie dans la séance du 11 décembre 1912.

Cet auteur étudie les mégacôlons avec ou sans occlusion, compliqués ou non de lésions intestinales, haut ou bas situés ; dans ce dernier cas, il préconise la colectomie par voie abdomino-périnéale qu'il a lui-même pratiquée (Société médicale de Picardie, janv. 1913), il associe suivant les cas et les complications, la colectomie, l'appendicostomie, la cæcostomie, etc.

III. Choix de traitement suivant les indications. — Nous considérons, avec Gayet et Patel, trois sortes de malades atteints de mégacôlon :

1. Les constipés ;
2. Les porteurs de tumeur abdominale ;
3. Les obstrués.

I. Constipés. — On essaiera le traitement médical et tous les laxatifs, après quoi, s'il y a échec, on tentera une coloplicature ou coloplexie ou surtout un abouchement iléo-sigmoïdien.

II. Porteurs de tumeur. — a. *Le diagnostic est posé avant l'intervention.* — Si le fécalome a résisté aux lavements portés très haut, à l'huile et à la glycérine, on interviendra, non par une colotomie (Gayet et Patel), mais par une cæcostomie ou une appendicostomie de sûreté qui précéderont une colectomie définitive.

b. *Le diagnostic n'est pas posé avant l'intervention.* — Le ventre ouvert, on voit un gros côlon contenant un fécalome, on essaiera très doucement la fécalotrypsie, cependant dangereuse : on fera une colectomie, réservant la colotomie aux fécalomes de dureté pierreuse.

III. Obstrués. — Dans les obstructions légères chez des sujets résistants, c'est-à-dire très rarement, on fera une laparotomie exploratrice et curatrice. Le plus souvent ce sera un anus artificiel d'urgence, quitte à rechercher la cause plus tard, lorsque l'orage sera passé. Après une soigneuse désinfection du côlon par la fistule, on fera une colectomie conservant la fistule, vraie soupape de sûreté protégeant les sutures de la colectomie.

Donc chez les sujets résistants : laparotomie exploratrice et opération radicale ; chez les sujets faibles : fistulisation intestinale surtout par l'appendice suivie plus tard, après cessation des accidents d'occlusion et après diagnostic exact des lésions, d'une des interventions énumérées plus haut et ayant les meilleures chances de guérir le mégacôlon.

BIBLIOGRAPHIE

Pour la bibliographie antérieure à 1907, consulter la thèse de Weil, Th. de Nancy, 1910.

Année 1907. — Abrand. *Soc. de chir.*, 3 nov.
Baron. *Jahrb. f. Kind.*
Baumgartner. *Presse méd.*, p. 634.
Blanc et Charlot. *Loire méd.*, p. 324.
Clemens. *Münch. med. Woch.*, p. 2502.
Dauzinger. Inaug. diss., Berlin.
Fletcher and Robinson. *Brit. med. Journ.*, p. 370.
Furiro. *Schinburs*, Tokio, p. 246.
Guinon. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, p. 1542.
Hartmann. *Soc. de chir.*
Hawkins. *Brit. med. Journ.*, t. II, p. 482.
Hue. *Normandie méd.*, p. 230.
Ito et Soyesima. *Deut. Zeit. f. Chir.*, p. 459.
Lœwenstein. *Centralbl. f. path. Anat.*
Monges. *Marseille méd.*, p. 175.
Muraka. *Zitwa zass.*, Tokio, p. 116.
Neter. *Münch. med. Woch.*, p. 1817.
Neugebauer. *Arch. f. klin. Chir.*, Bd LXXXII, p. 503.
Pfisterer. *Jahrb. f. Kind.*
Schönstadt. *La Clinique*, 27 sept., p. 623.
Schutzler. *Soc. des méd. de Vienne*, 14 juin.
Schreiber. *Arch. f. Verdauug.*, Bd XIII, f. 2.
Schukmann. *Deut. med. Woch.*, n° 6.
Schwartz. *Bull. de la Soc. de chir.*, p. 1176 ; — *Presse méd.*, p. 781.
Skelding. *Brit. Journ. childr. dris.*, London, p. 526.
Tuffier. *Bull. de la Soc. de chir.*, p. 214 et 1068.
Tuffier et Schwartz. *Bull. de la Soc. de chir.*, p. 900.
Variot. *Bull. de la Soc. de péd. de Paris*, t. IX, p. 299.

Année 1908. — Allaria (G.-B.). *Arch. de méd. des enf.*, sept.
Bessel-Hagen. *Revue de chir.*, août, p. 311.
Bureau. *Gaz. méd. de Nantes*, p. 301-313.
Cerné. *Normandie méd.*, p. 182.
Delmas. *La Clinique*, p. 298.
Destot. *Soc. de chir. de Berlin*, in *Revue de chir.*, août.
Fabre de Parrel. *Normandie méd.*, p. 173-175.
Feldmann. *Brit. med. Journ.*, London, p. 260.
Fuiney. *Surg. gyn. and obst.*, Chicago, p. 623-643.
Gaujoux. *Arch. de méd. des enf.*, Paris, p. 721-755.
Kœppe. *Monat. f. Kind.*, Bd VI, n° 10, p. 496.
Kohts. *Therap. der Gegen.*, n° 5, p. 193.
Le Calmé. Th. de Paris, 1908-1909.
Littré et Gilbert. *Dict. méd., chir., pharm.*
Pétriwalsky. *Arch. f. klin. Chir.*, p. 318.
Raulin. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, p. 89-91.
Wagner. *Surg. gyn. and obst.*, Chicago. p. 44-46.

Année 1909. — APERT. *Précis des maladies des enfants.*
CHASSAGNARD. Th. de Bordeaux.
COLEY et CHAFFEC. *Ann. of surg.*, p. 464.
DEBRY. *Bull. de la Soc. méd.-chir. de Liége*, p. 279.
P. DUVAL. *Revue de chir.*, p. 306.
GUINARD. *Bull. de la Soc. de chir.*, p. 418.
JAYLE. *Presse méd.*, p. 803.
LANGMEAD. *Proc. of the royal Soc. of med.*, juin.
MORESTIN. *Bull. de la Soc. de chir.*, n° 13.
OKINCZYC. *Revue de chir.*, p. 867.
POTTER. *Intern. clin. Philadelphie*, p. 196.
SCHMIDT. *Beit. z. klin. Chir.*, p. 682.
SOMMER. *Deut. med. Woch.*, p. 1347.
TERRIEN. *Journ. de méd. interne*, p. 31.
VERSE. *Münch. med. Woch.*, n° 13.
WILKIE. *Edinb. med. Journ.*, p. 213.
ZEZAS. *Centralbl. f. Greuz. d. Med. und Chir.*, p. 81.

Année 1910. — AUBERT et WEILL. *Marseille méd.*, p. 406.
BAR. *Bull. de la Soc. obst. de Paris*, p. 172.
BAUMEL. *Journ. des prat.*, p. 401.
BIERMANS. *Deut. Zeit. f. Chir.*, t. V, p. 24.
CULAN. Th. de Paris.
DEBRY. *Soc. méd.-chir. de Liége*, p. 79.
FRASCELLA. *Il Policlinico*, p. 180.
FRŒLICH. *Prat. des mal. des enf.*, t. VII.
GAYET. *Soc. de chir. de Lyon*, 16 juin.
GUINARD. *Nouveau Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet.
JONG et MÜSKENS. *Med. Tij. Wor. Gen.*, p. 1118; — *Mitt. a. d. Greuz. der Med. und Chir.*, p. 649.
JOSSELIN. *Journ. de chir.*, sept.
KAUSCH. *Revue de chir.*, 4 avril.
MÉRY, GUILLEMOT et GÉNÉVRIER. *Traité des maladies des enfants*, t. II.
MORESTIN. *Bull. de la Soc. de chir.*, p. 362.
PATEL. *Ann. gyn. et obst.*, p. 629; — *Province méd.*, 29 oct.
PÜLLS. *Beitr. z. klin. Chir.*, t. LXIX, p. 310.
RŒRSCH. *Scalpel et Liége méd.*, p. 545.
SCHOU et SILFELDE. *Ngœs. f. Lœger*, p. 417.
STROBELL. Th. de Leipzig.
WALKER. *Lancet clin.*, 17 fév.
WEIL. Th. de Nancy.
WILKIE. *Allg. Wiener med. Zeit.*, p. 27.
ZŒPPFEL. *Virch. Arch.*, t. CXCV, 3, 1.

Année 1911. — BENSAUDE, GILLARD et RONNEAUX. *Bull. méd.*, t. XXV, n° 94; — *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1er déc.
CASICCIA. *Liguria med.*, p. 243.
CHATOU. *Arch. méd.-chir. de province*, t. VI, n° 9, p. 533.
COHEN. *Journ. méd. de Bruxelles*, nov., t. XVI, n° 46.
DELORE. *Revue de méd.*, t. XXX, p. 229.
FLICHE. *Bull. de la Soc. de chir.*, p. 1365.
GAYET et PATEL. *Lyon chir.*, p. 209.
GŒBELL. *Arch. f. Chir.*, t. XCV, p. 921.
HELLER. *Münch. med. Woch.*, p. 1057.
HERJBROCK. *Nederl. Tij. v. Gen.*, p. 783.
HOFFMANN. *Deut. med. Woch.*, t. XXXVII, n° 48, déc., p. 2307-2309; — *Beit. z. klin. Chir.*, t. LXXIV, f. 1, p. 80.
KONJETZNY. *Beit. z. klin. Chir.*, t. XXIII, p. 155.
LEGGETT. *Brit. med. Journ.*, p. 77.
PATEL. *Pathol. int.*, p. 65.
PARKINSON. *Proced. of the royal Soc. of med.*, p. 75.
PETROVITCH. *Ier Congrès jougo-slave de méd. op.*, sept., p. 81.
RICHE. *Soc. de chir.*, 12 déc.
SCHEPELMANN. *Soc. des méd. de Halle-sur-Saale*, 13 juillet.
TERRY. *The Journ. of the amer. med. Assoc.*, t. VII, p. 9.
TOSSATI. *Clin. chir.*, p. 2453.

Année 1912. — CLERMONT. *Arch. méd. de Toulouse*, t. XIX, n° 10, 15 mai.
HOFFMANN et PABROVITCH. *Journ. de chir.*, janv.
PAUCHET. *Soc. de chir.*, 17 déc.
PIÉRI. *Revista osped.*, Rome, t. II, n° 8, avril.
RICHE. *Journ. de chir.*, fév.
SUNDHOLM. *Finsk. Hand.*, t. LIV, n° 3.

Année 1913. — GRÉGOIRE et P. DUVAL. *Bull. de la Soc. de chir.*, 14 janv.
KÜMAER, PATRY et MAILLARD. *Soc. méd. de Genève*, 29 mai.
MAUCLAIRE. *Soc. de chir.*, 22 janv.
MEYER. *Deut. med. Woch.*, t. XXXIX, p. 416.
NAVARRO. *Soc. de chir.*, 29 nov.
PAUCHET. *Arch. prov. de chir.*, oct.; — *Soc. méd. de Picardie*, janv.
PORTE. Th. de Paris. — *Le Médecin praticien*, 31 déc.
SORREL. *Clinique infantile*, 1er déc., n° 23.
VAN DEN TRIJŒF. *Wiener klin. Woch.*, 31 juillet.

Année 1914. — BROCA. *Traité de chirurgie infantile.*
PÉHU. *Arch. de méd. des enfants*, janv.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 1er AVRIL 1914)

Anus artificiel. — M. TUFFIER fait un rapport sur une modification apportée par M. Descarpentries (de Roubaix) pour éviter les hernies dans les anus artificiels. M. Descarpentries fait une incision de 15 centimètres, dénude l'aponévrose du grand oblique, isole une bandelette du muscle grand oblique qu'il passe dans le méso et empêche l'intestin de rentrer.

Anesthésie régionale. — M. LEJARS fait un rapport sur un cas d'intervention sur les voies biliaires dans lequel M. Sourdat (d'Amiens) a eu recours à l'anesthésie régionale, qui a été obtenue par une série de piqûres de novocaïne à distance sur le trajet des nerfs lombaires et des nerfs intercostaux. L'opération a duré une heure; l'anesthésie a été parfaite.

M. TUFFIER fait observer, à ce propos, qu'en effet l'anesthésie est parfaite quand on atteint bien le nerf, ce qui est parfois bien difficile.

Angiome veineux caverneux du mésentère. — M. GOSSET fait un rapport sur l'observation présentée dans la dernière séance par M. Julliard (de Genève). Il s'agissait d'un angiome veineux caverneux du mésentère. Ces faits sont très rares.

Kyste juxtahépatique. — M. HARTMANN fait un rapport sur une observation présentée par M. Dujarrier. Femme de trente-quatre ans, antérieurement opérée d'appendicite, actuellement atteinte d'une tumeur sus-hépatique. Opération le 26 février. La tumeur en question s'était creusé une loge dans la face supérieure du foie. M. Dujarrier enleva cette tumeur. Il s'agissait d'une poche kystique développée au niveau de l'insertion du ligament suspenseur. M. Hartmann rapproche de ce fait un cas de M. Tuffier et d'autres analogues. Dans tous ces cas, ces kystes occupaient toujours la même situation, la face supérieure du foie. M. Dujarrier croit qu'il s'agit là d'une malformation congénitale. M. Hartmann ajoute que ce n'est là qu'une hypothèse.

Fracture de l'astragale. — M. PICQUÉ fait un rapport sur une observation de M. Baudet. Un jeune homme de vingt-neuf ans fait une chute sur le pied. On constate que ce pied est en varus, le bord antérieur du tibia très saillant. Une radiographie montre que la tête de l'astragale fait saillie avec une fracture de la pointe de la malléole interne. Il n'y a pas de diastasis. L'astragale est fracturé au niveau du col et du corps. Il s'agit d'une fracture vertico-transversale de l'astragale. M. Baudet pratique une astragalectomie totale. Les suites immédiates furent bonnes, les suites éloignées sont inconnues.

Il s'agit donc ici d'une fracture vertico-transversale. C'est la variété la plus commune. M. Picqué rappelle plusieurs faits analogues. Quelle est l'étiologie de ces fractures astragaliennes? Généralement une chute d'un lieu élevé, le pied

étant en flexion. Le mécanisme? La fracture se fait par arrachement ou par écrasement. Au point de vue de l'anatomie pathologique on distingue deux types : la fracture du col seul et la fracture du col et du corps. Quant aux indications opératoires, lorsque le déplacement est incorrigible, il faut faire l'astragalectomie. La réduction, quand elle est possible, ne donne pas de bons résultats.

Les affections chirurgicales du côlon. — M. Cunéo trouve que M. Duval attache une grande importance à la colite membraneuse. Il estime que dans ces cas le cæcum est toujours fixe. M. Cunéo l'a vu très souvent mobile. Dans la péricolite membraneuse, le voile est plus rouge, plus épais qu'à l'état normal. Mais ce ne sont pas là des indications suffisantes pour justifier la résection. Or, M. Delbet pense qu'il faut réséquer dans la presque totalité des cas. M. Cunéo trouve que c'est excessif.

La résection est, somme toute, une opération importante et l'affection est relativement bénigne.

Pour M. Cunéo, les indications opératoires doivent être ainsi formulées : ces malades sont le plus souvent envoyés aux chirurgiens comme atteints d'appendicite chronique. Très fréquemment l'appendicectomie suffit à les soulager et même à les guérir. Il est quelquefois utile d'y ajouter une cæcopexie ou une cæcoplastie supplémentaire. Ce sont là de petites opérations très simples et très bénignes. Quelles sont donc les indications de la résection? Il est très difficile de fixer des indications primitives. La résection doit être réservée aux cas très graves ou aux cas de cancer et de tuberculose. Quant aux anastomoses, M. Cunéo n'en est pas très partisan. Il leur préfère généralement la résection qu'il ne considère pas comme plus grave que l'anastomose et dont les résultats sont plus sûrs. En résumé, dans la très grande majorité des cas, M. Cunéo se contente de l'appendicectomie avec cæcopexie ou cæcoplastie.

M. Hartmann, à l'appui de l'opinion que vient d'exprimer M. Cunéo sur les anastomoses, rappelle que sur cinq cas d'iléo-sigmoïdostomie, il a dû recourir ultérieurement quatre fois à la résection.

M. Duval résume la discussion, depuis le début. Il est d'accord sur bien des points avec MM. Lenormant, Souligoux, Cunéo. Comme eux il n'opère que les cas graves. Par contre, M. Duval se trouve en désaccord avec M. Delbet sur l'importance de la membrane de Jackson que nie M. Delbet, sur la facilité du diagnostic du cæcum mobile, sur les indications de la résection.

Traitement opératoire des gangrènes sèches des orteils. — M. Quénu rappelle les bons effets de l'air chaud sur certains cas de gangrène des orteils. Mais il insiste sur les bons résultats des sections nerveuses, de la névrectomie à distance dans les gangrènes douloureuses. M. Quénu rappelle qu'il a publié sur ce sujet une première note le 5 décembre 1893, six mois avant la note de M. Lancereaux auquel on attribue à tort la paternité de cette méthode. M. Quénu critique la formule actuelle au point de vue du siège de l'amputation quand celle-ci s'impose. Il est partisan des amputations basses. La crainte de la mort du lambeau est une erreur. Toutefois, dans ces cas, la possibilité d'une réamputation n'est pas contestable. M. Quénu apporte plusieurs faits à l'appui de cette manière de voir. Il délimite les cas où doivent être pratiquées ces opérations économiques. Dans ces opérations, il n'y a pour ainsi dire pas d'hémostase à faire.

LIVRES NOUVEAUX

Handbuch der speziellen Pathologie des Harns (1), par F. Blumenthal.

Ce livre abonde en renseignements intéressants. L'auteur y a rassemblé tout ce que l'on sait de précis sur les urines au cours des diverses maladies locales ou générales. Il est naturellement obligé de traiter à ce propos des modifications des échanges dans ces diverses affections. La documentation de cet ouvrage est extrêmement riche et les publications françaises y tiennent une place importante, à côté des publications allemandes qu'il est intéressant de trouver rassemblées et résumées dans les divers chapitres. C'est un livre qu'on consultera avec fruit et qui rendra d'importants services à ceux qui voudront se renseigner sur l'état des urines, dans n'importe quelle branche de la pathologie. A. Lemierre.

Zur Klinik des Lymphatismus (2), par E. Stverk et O. Horak.

Après avoir rapidement passé en revue différents états constitutionnels anormaux, l'arthritisme, le rachitisme, la diathèse exsudative, l'infantilisme généralisé ou partiel, l'entéroptose, l'albuminurie orthostatique, les auteurs s'attachent à l'étude du lymphatisme. Ils donnent, comme critérium anatomique de cette anomalie constitutionnelle, les caractères énoncés par Paltauf et Bartel : hypertrophie du tissu lymphadénoïde particulièrement à l'anneau pharyngé, à la rate et à la muqueuse intestinale, la persistance du thymus, l'hypoplasie du système chromaffine, l'hypoplasie cardio-artérielle, l'hypoplasie génitale et quelques détails accessoires.

En se plaçant au point de vue du service militaire des sujets lymphatiques, ils disent que ceux-ci ne sont pas en général impropres au service; mais ils y courent certains dangers : affections du myocarde par surmenage, susceptibilité plus grande aux infections, tendance au suicide.

Il importe d'examiner aux rayons Röntgen les jeunes soldats au point de vue des dimensions de leur aorte : l'angustie aortique doit commander un service moins pénible particulièrement pendant la période d'entraînement. A. Lemierre.

Mikroskopie und Chemie am Krankenbett (3), par Hermann Lenhartz et E. Meyer.

Ce livre est la septième édition d'un manuel très répandu en Allemagne; depuis la mort de Lenhartz, il a été revu et complété par E. Meyer. Il comprend les recherches bactériologiques cliniques, les examens hématologiques, l'examen des crachats, des humeurs, du suc gastrique, des matières fécales, des urines, des liquides pathologiques : exsudats, pus, liquide des kystes hydatiques, envisagés tant au point de vue microscopique qu'au point de vue chimique.

Le texte est enrichi de nombreuses figures, dont beaucoup en couleurs. Le texte est sobre et clair. Les auteurs n'indiquent que les méthodes et les procédés les plus connus et dont la valeur est suffisamment prouvée. A. Lemierre.

Pathologisch-Anatomisches Praktikum (4), par Richard Oesbreich.

Ce petit livre n'est ni un traité, ni même un manuel. C'est un résumé, une sorte d'aide-mémoire extrêmement rapide d'anatomie pathologique macroscopique et microscopique, avec un complément de pathologie générale. Son emploi exige naturellement la connaissance préalable des matières qui y sont inscrites. A. Lemierre.

---

(1) Un vol. de 490 pages. — Berlin-Vienne, Urban et Schwarzenberg.
(2) Un vol. de 94 pages. — Berlin-Vienne, Urban et Schwarzenberg.
(3) Un vol. de 390 pages. — Berlin, Julius Springer.
(4) Un vol. de 300 pages. — Berlin-Vienne, Urban et Schwarzenberg.

FORMULAIRE

RÉGIME DES DIABÉTIQUES

Le régime lacté est souvent ordonné aux diabétiques maigres à dénutrition azotée. Le lait n'est pas toujours toléré et donne souvent soif.

C'est alors que d'excellents résultats ont été obtenus avec le « Képhir Salières », champagne lacté, sans sucre, riche en levures, à la dose d'une canette par jour.

COURS ET CONFÉRENCES

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. (Hospice de la Salpêtrière. Professeur : M. DÉJERINE.) — COURS DE VACANCES. — Ce cours a pour but de faire faire aux élèves une revision de toutes les affections du système nerveux. Il sera fait à un point de vue essentiellement pratique : des malades seront présentés et examinés à chaque leçon devant les élèves, le diagnostic et le traitement de leur affection sera toujours discuté avec soin, des présentations de pièces anatomiques et des projections de coupes et de microphotographies serviront à montrer la nature des lésions causales.

Ce cours sera fait à la Salpêtrière du 6 au 24 avril 1914 sous la direction de M. le professeur Déjerine, par MM. les docteurs Jumentié, Pélissier, Regnard, Tinel, Bourguignon, Baudoin et Chenet, chefs de clinique et chefs de laboratoire à la Faculté.

L'enseignement se fera à la consultation de la clinique Charcot, le matin à dix heures un quart et l'après-midi à quatre heures un quart. Les élèves qui voudraient examiner quelques malades par eux-mêmes en dehors des leçons pourront y être autorisés en en adressant la demande aux chefs de clinique.

Le droit d'inscription est fixé à 80 francs.

Seront admis, les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants titulaires de 16 inscriptions sur la présentation de la quittance de versement.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER (89, rue d'Assas. Professeur : M. Paul BAR). — COURS DE PRATIQUE OBSTÉTRICALE, par MM. Jeannin et Lequeux, professeurs agrégés; assistés de MM. Dupont et Lemeland, anciens chef de clinique; Metzger, chef de clinique; Levant et Wilhelm, chefs de clinique adjoints; Pelissier, Didier, de Mendoza, Georghiu, Radier et Couput, moniteurs. — Réservé aux étudiants ayant seize inscriptions, et aux docteurs français et étrangers.

Ce cours comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours, à neuf heures du matin, à trois heures et à cinq heures du soir. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales.

Le cours commencera le lundi 6 avril 1914.

Programme du cours. — Lundi 6 avril, à neuf heures. M. Lequeux. Examen des femmes accouchées et des nouveau-nés (visite dans les salles); — à cinq heures. M. Metzger. Diagnostic des présentations et des positions (palper, auscultation, toucher).

Mardi 7 avril, à neuf heures. M. Jeannin. Présentation de malades; — à trois heures. Exercices de palper, d'auscultation et de toucher au lit des malades; — à cinq heures. M. Dupont. Le forceps sur le sommet (positions directes).

Mercredi 8 avril, à neuf heures M. Lequeux. Policlinique des femmes enceintes. Examen des malades par les élèves du cours; — à trois heures. Exercices pratiques de forceps; — à cinq heures. M. Dupont. Le forceps sur le sommet (positions obliques).

Jeudi 9 avril, à neuf heures. M. Jeannin. Examen des femmes accouchées (visite dans les salles); — à trois heures. Exercices pratiques de forceps; — à cinq heures. M. Wilhelm. Le forceps sur la face et le front.

Vendredi 10 avril, à neuf heures. M. Lequeux. Policlinique des femmes enceintes. Examen des malades par les élèves du cours; — à trois heures. Exercices pratiques de forceps; — à cinq heures. M. Wilhelm. Le forceps sur les présentations élevées.

Samedi 11 avril, à neuf heures. M. Jeannin. Traitement actuel de l'hémorragie par insertion vicieuse du placenta; — à trois heures. Exercices pratiques de forceps; — à cinq heures. M. Lemeland. La version par manœuvres internes (version séparée).

Mardi 14 avril, à neuf heures. M. Jeannin. Présentation de malades; — à trois heures. Exercices pratiques de version; — à cinq heures. M. Lemeland. L'extraction du siège décomplété, mode des fesses.

Mercredi 15 avril, à neuf heures. M. Lequeux. Policlinique des femmes enceintes. Examen des malades par les élèves du cours; — à trois heures. Exercices pratiques de version et d'extraction du siège; — à cinq heures. M. Metzger. L'extraction après version, les difficultés.

Jeudi 16 avril, à neuf heures. M. Jeannin. Examen des femmes accouchées (visite dans les salles); — à trois heures. Exercices pratiques de version (revision); — à cinq heures. M. Levant. L'embryotomie céphalique.

Vendredi 17 avril, à neuf heures. M. Lequeux. Policlinique des femmes enceintes. Examen des malades par les élèves du cours; — à trois heures. Exercices pratiques d'embryotomie céphalique; — à cinq heures. M. Levant. Les différents procédés d'embryotomie rachidienne.

Samedi 18 avril, à neuf heures. M. Jeannin. Le traitement actuel de l'éclampsie puerpérale; — à trois heures. M. Lequeux. Les procédés de dilatation rapide du col; — à quatre heures. Exercices pratiques d'embryotomie rachidienne.

Pour renseignements et inscriptions, s'adresser à M. le chef de clinique, à la Clinique Tarnier.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Le droit à verser est de 50 francs.

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — COURS PRATIQUE ET COMPLET DE DERMATOLOGIE ET DE VÉNÉRÉOLOGIE, du 1er mai au 8 juillet 1914 (vingt-troisième cours), sous la direction de M. le professeur Gaucher, avec le concours et la collaboration de MM. Bar, Balzer, Castex, Hudelo, Morestin, Gastou, Emery, Milian, Terrien, Zimmern, Lacapère, Cathelin, Paris, Rostaine, Louste, Fouquet, Touchard, Desmoulière, Druelle, Claude et Ehrmann.

Le cours aura lieu du vendredi 1er mai au mercredi 8 juillet, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, l'après-midi, à deux heures et à trois heures et demie, ou le matin, à neuf heures, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre de la clinique.

Ce cours sera essentiellement pratique et portera surtout sur le diagnostic et le traitement. Toutes les démonstrations seront accompagnées de présentations de malades, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis et de préparations microbiologiques ou histologiques. L'application des médications usuelles (frotte, douches, électricité, scarifications, épilation, électrolyse, radiothérapie, radiumthérapie, photothérapie, etc.) sera faite devant les élèves.

Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs.

Des certificats d'assiduité et d'instruction pourront être délivrés aux auditeurs à la fin du cours.

PROGRAMME ET RÉPARTITION DES COURS. — M. Gaucher. Lésions élémentaires de la peau. Médication hydrominérale.

M. Bar. Syphilis et grossesse.

M. Balzer. Eczéma. Impétigo. Ecthyma.

M. Castex. Syphilis du nez, du larynx et de l'oreille.

M. Hudelo. Gale. Prurits et prurigo. Lichens. Pityriasis.

M. Morestin. Opérations esthétiques en thérapeutique cutanée.

M. Gastou. *Maladies parasitaires du cuir chevelu :* Teigne tondante et favus. Pityriasis versicolor. Erythrasma. Cara-

thés. Syphilis tertiaire de la langue. Ulcères de jambe et des pays chauds. Eléphantiasis. Morve; farcin. Actinomycose. Purpura.

M. Emery. Chancre mou. Traitement de la syphilis.

M. Milian. Histologie de la peau normale. *Syphilis tertiaire :* Syphilides tuberculeuses; syphilides ulcéreuses; gommes. Syphilis du testicule et des os. Syphilis cérébrale. Syphilis médullaire. Hérédo-syphilis. *Parasyphilis :* Neurasthénie. Paralysie générale. Tabes. *Laboratoire :* Treponema pallidum, examen ultra-microscopique.

M. Terrien. Syphilis oculaire.

M. Zimmern et Erhmann. Radiothérapie. Traitement par les courants de haute fréquence. Electrothérapie et électrolyse.

M. Lacapère. Chancre syphilitique. Pelade. Acnés. Dermites artificielles. Tumeurs épithéliales de la peau. Leucoplasie buccale et génitale. Kraurosis vulvæ. Urticaire.

M. Cathelin. Blennorragie aiguë et chronique. Complications génito-urinaires chirurgicales de la blennorragie chez l'homme : Prostatites. Cystites. Abcès urineux. Néphrites suppurées. Traitement de la blennorragie. Traitement des rétrécissements de l'urètre.

M. Paris. Zona. *Laboratoire :* Sang, pus, cultures, inoculations. Bacilles de la lèpre, de la tuberculose, du chancre mou. Examen microscopique des teignes et des parasites végétaux. Sporotrichose et actinomycose. Bacille de la morve. Anatomie pathologique générale des maladies de la peau. Séro-diagnostic de la syphilis, de la lèpre et du mycosis fongoïde.

M. Rostaine. Herpès. Végétations. Dermatoses congénitales. Phtiriase et mélanodermies. Bouton d'Orient. Lupus tuberculeux et tuberculoses cutanées typiques et atypiques. Pemphigus. Erythèmes. Alopécies. Folliculites suppurées. Dyshidrose.

M. Louste. Psoriasis. Séborrhée et eczéma séborrhéique. Tumeurs conjonctives de la peau et mycosis fongoïde. Complications médicales de la blennorragie. Balanoposthites et phimosis. Lupus érythémateux. Traitement du lupus.

M. Fouquet. Syphilis expérimentale. Syphilis secondaire. Syphilis du voile du palais. Sporotrichoses.

M. Touchard. Sclérodermie. Lèpre.

M. Desmoulière. Matière médicale dermatologique.

M. Druelle. Démonstrations pratiques de diagnostic. Petite chirurgie dermatologique.

M. Claude. Radiumthérapie. Photothérapie.

Deux cours semblables ont lieu chaque année : le premier en mai, juin et juillet; le second, en octobre, novembre et décembre.

Le droit à verser est de 150 francs.

Seront admis, les docteurs et étudiants français et étrangers, pourvus de seize inscriptions, sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation. Les bulletins de versement, relatifs à ce cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures. Pour renseignements complémentaires, s'adresser, le matin, à la clinique (hôpital Saint-Louis).

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 2, 1914.) Tapia : L'application de l'anesthésie locale à la laryngectomie pratiquée suivant le procédé de Gluck. — Sargnon et Toubert : Traitement chirurgical des sténoses fonctionnelles du larynx avec cornage. — Blanc et Jarsaillon : Cinq cas de laryngostomie. — Lautmann : La tuberculose de l'oreille moyenne.

Archives d'électricité médicale, expérimentales et cliniques. — (N° 378, 25 mars 1914.) Mazérès : Recherches des corps étrangers. Sur trois procédés pratiques concernant la localisation avec ou sans compas. — Allard : Les agents physiques dans les ankyloses. Thermothérapie et luminothérapie. — Marquès : Traitements électriques des ankyloses. — Scott-Warthin : Les modifications des tissus leucémiques produites par leur exposition aux rayons de Röntgen. — Guido Holzknecht : Diaphragme compresseur basé sur l'effet. — Bucky : Quelques données physiques sur la radioactivité et les substances radioactives.

Bulletin médical. — (N° 23, 21 mars 1914.) Valude : Diagnostic des tumeurs de l'œil. — Plicque : Traitement de l'arthritisme.

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 5, 10 mars 1914.) L. Pron : La belladone en thérapeutique gastrique.

Clinique. — (N° 13, 27 mars 1914.) Castaigne : Formes graves de l'angine de Vincent. — Ramond : Formes cliniques des hémorragies méningées. — Dardel : Quelques notes de diététique pour le traitement de l'obésité.

Echo médical du Nord. — (N° 11, 15 mars 1914.) Lambling : Sur les quantités de purines apportées par les divers aliments.

Journal de médecine interne. — (N° 8, 20 mars 1914.) Legueu : Les rétrécissements infranchissables.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 11, 15 mars 1914.) A. Le Dantec : Quelques réflexions sur l'incorporation du contingent créole.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 13, 26 mars 1914.) Mahillon : Quel est le mode de chauffage central que nous devons conseiller ?

Lyon médical. — (N° 11, 15 mars 1914.) J. Paviot : Essai de pathogénie et d'étiologie de la myocardite hypertrophique dite idiopathique.

Marseille médical. — (N° 6, 15 mars 1914.) E. Boinet et A. Sauvan : La fièvre de Malte à Marseille. — J. Livon : Môle vésiculaire et chorio-épithéliome. — A. Sauvan : La première extraction de cataracte est-elle bien due à Daviel ?

Montpellier médical. — (N° 9, 1er mars 1914.) Jeanbrau : Accidents du travail; interprétation de quelques articles du tarif Dubief. — (N° 10, 8 mars.) Abel Blanchard : Divorce et aliénation mentale.

Presse médicale. — (N° 21, 14 mars 1914.) Marchoux : La lèpre des rats. — L.-M. Pautrier : Le diagnostic de la lèpre par les moyens de laboratoire. — C. Lian et A. Vernes : Du rôle étiologique de la syphilis dans les aortites chroniques avec ou sans insuffisance aortique et dans la néphrite hydrurique. — (N° 22, 18 mars.) Ch. Nicolle : Aperçu sur le kala-azar. — Jacques Calvé : Un mot sur la méthode d'Abbott.

Progrès médical. — (N° 11, 14 mars 1914.) Legueu : La technique opératoire de la prostatectomie.

Province médicale. — (N° 11, 14 mars 1914.) P. Lombard (d'Alger) : Section du nerf cubital chez un enfant. Résultat trois ans après l'intervention. — H. Leroy (de Lille) : Rapports entre la circulation veineuse de l'appendice et la circulation veineuse du rein droit.

Revue de médecine. — (N° 3, 10 mars 1914.) G. Maranon : Hyperchlorhydrie et hyperthyroïdisme. — J. Mollard et A. Dumas : Du bruit de galop au cours et dans la convalescence de la fièvre typhoïde d'après quelques cas personnels.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 11, 14 mars 1914.) Raoul Arnal : De l'anesthésie locale pour opérations pratiquées sur l'appareil auditif.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 10 francs par an. Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

Hopitaux de Paris. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 3 avril. — MM. Basset, 16; Toupet, 14; Berger, 18.

Séance du 4 avril. — MM. Okinczyc, 18; Mercadé, 17.

Sont admis à prendre part à la troisième épreuve (consultation écrite) MM. Gernez, Cauchoix, Okinczyc, Bréchot, Berger, Kendirdjy, Mercadé, Martin, Bazy, Pascalis, Cadenat, Küss, Guimbellot, Toupet et Basset.

Prochaine séance, mercredi 22 avril à seize heures et demie, à Necker.

— Concours d'accoucheur des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Lepage, Ribemont-Dessaignes, Pinard, Porak, Potocki, Brault et Thiéry.

Candidats inscrits : MM. Delestre, Guéniot, Metzger, Lequeux, Lévy (Edmond), Levant, Wilhelm, Dupont, Lemeland, Le Lorier, Willette, Chirié.

— Concours de l'internat de Brévannes. — Le jury est provisoirement composé de MM. Merklen, Lœper et Grégoire.

Candidats inscrits : MM. Chalet, Ruppe, Barois, Chicandard, Thin, Narboni, Boissier, Loyauté, Tzancoff, Brousse, Pecker, Pelbois, Dugué, Ravina, Peyre, Potez, Denoyelle, Lelong, Delotte, Bourdeaux, Granet.

La lutte contre l'alcoolisme. — La Ligue nationale contre l'alcoolisme a adressé à M. Peytral, président de la commission du budget au Sénat la lettre suivante :

« Paris, le 28 mars 1914.

Monsieur le président,

Lors de la discussion du budget, la Chambre des députés a adopté dans sa séance du matin, le 24 mars 1914, un amendement ainsi conçu :

« L'impôt sur la licence est supprimé à dater du 1er janvier 1915. »

Au nom de la Ligue nationale contre l'alcoolisme, nous prenons la liberté de faire part à la commission du budget du Sénat de la très vive indignation soulevée parmi les membres de notre association et chez tous les citoyens soucieux de la santé publique à la suite de ce vote dont la hâte indique suffisamment les raisons d'ordre électoral qui l'ont motivé.

La Ligue nationale a le souci, vous le savez, Monsieur le président, de conserver en matière politique une attitude d'absolue neutralité, mais il s'agit là d'une question qui intéresse au plus haut point l'hygiène de la France et l'avenir de la race.

Le vote du 24 mars a été, de l'avis général, emporté par surprise, et malgré l'avis du gouvernement représenté par le ministre des finances, la suppression de la licence prive le budget de ressources importantes alors que précisément celui-ci est obligé de faire face à des dépenses extraordinaires, elle est votée au moment où une commission chargée d'étudier le remplacement de la licence allait aboutir à des conclusions et cela sans tenir compte de ses travaux. L'amendement du 24 mars supprime un des seuls obstacles à la multiplication effrayante des cabarets si dangereuse pour la santé publique et si préjudiciable même aux intérêts des débitants actuellement existants.

En faisant entendre notre protestation véhémente contre une mesure précipitée et si peu étudiée, nous avons confiance que le Sénat saura montrer comme d'habitude assez de calme et d'indépendance pour rejeter cet amendement. Le Sénat, en effet, s'est montré à plusieurs reprises préoccupé de l'hygiène publique et en particulier a paru s'inquiéter des dangers de l'alcoolisme lorsqu'il a voté la limitation du nombre des débits de boissons alors que la Chambre a constamment ajourné cette mesure. C'est ce qui nous fait espérer qu'une fois encore nous n'aurons pas en vain compté sur le Sénat pour défendre les vrais intérêts du pays et nous vous serions reconnaissants, Monsieur le président, si vous vouliez bien attirer l'attention des membres du Sénat et en particulier de la commission du budget sur la gravité de la question qui nous occupe.

Veuillez agréer, Monsieur le président, l'assurance de notre haute considération.

Le secrétaire général,
F. Riemain.
Le président, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine,
Debove. »

RENSEIGNEMENTS

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Charles Amat, ancien secrétaire de la rédaction du *Bulletin général de thérapeutique*; — Conor, médecin-major de première classe à l'hôpital du Belvédère, mort victime du devoir professionnel : notre regretté confrère a succombé aux suites d'une infection contractée au laboratoire; il avait reçu la croix de la Légion d'honneur il y a quinze jours alors que son état inspirait déjà de vives inquiétudes; — Dubuisson, député du Finistère, président du Comité d'organisation du Congrès des praticiens pour 1914 : le docteur Dubuisson à la Chambre et à l'Union des syndicats médicaux fut un vaillant défenseur des intérêts du corps médical, aussi sera-t-il regretté de tous ses confrères; — A. Guillemin, ancien maire d'Alger; — Schulz (de Saint-Jean-en-Royans).

JURISPRUDENCE

ÉTUDIANTS, INTERNES ET HONORAIRES

La presse quotidienne le 14 février 1914 rendait compte dans ces termes d'un jugement rendu la veille par la 6e Chambre du Tribunal civil de la Seine :

« Alors que sur la route de Rocquencourt ils faisaient du 100 à l'heure dans une somptueuse automobile, M. S..., riche Américain, son amie et son chauffeur furent victimes d'un grave accident et transportés en piteux état à l'hôpital de Versailles.

Là des soins éclairés leur furent prodigués par l'interne de service, M. B..., et lorsque, après plusieurs jours, M. S... voulut se faire transporter à Paris, dans un de ces grands palaces qui avoisinent l'Etoile, il pria l'interne de lui continuer ses soins en ville.

Celui-ci accepta, et trois mois durant il vint régulièrement voir ses malades, posant et déposant les appareils à fractures, radiographiant, massant, droguant, tant et si bien que ses clients ne conservèrent de leur accident aucune infirmité ni suite fâcheuse.

L'interne, qui entre temps avait passé brillamment sa thèse de doctorat, réclama alors des honoraires; mais, alléguant qu'un interne était mal fondé à formuler pareille réclamation, M. S... refusa, menaçant le jeune praticien de poursuites disciplinaires en cas de nouvelle demande.

Le docteur B..., actuellement chirurgien assistant à l'hôpital de Tunis, ne se laissa pas intimider par cette menace et il assigna son client en paiement de 2000 francs d'honoraires.

La 6e Chambre, sans examiner la question de savoir si un interne a droit à des honoraires, s'est bornée, dans son jugement, à constater le résultat des soins donnés en ville, a condamné M. S... à payer les 2000 francs d'honoraires réclamés. »

Si on s'en rapporte purement et simplement à cette note, le jugement rendu est très critiquable et est contraire aux notions les plus élémentaires du droit médical.

Avant 1892, époque où ils ne donnaient valablement des soins médicaux que sous la direction de leur maître, les tribunaux refusaient aux étudiants tout droit à des honoraires, les considérant alors comme les préposés de celui-ci et ne pouvant réclamer de rétribution qu'à lui, mais jamais directement au malade (Trib. Seine, 13 oct. 1842, *Gaz. des trib.*, 15 oct. 1842; et 29 juillet 1881, *Sirey*, 1881, 2, 247). Mais depuis la loi du 30 novembre 1892 il faut en décider autrement dans les hypothèses où ils ont le droit d'exercer la médecine pour leur compte personnel; ils sont alors de véritables médecins réguliers.

Quelles sont ces hypothèses? L'article 6 de la loi de 1892 nous les énumère. « Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés aux concours et munis de douze inscriptions, et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée, peuvent être autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé. Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois : elle est renouvelable dans les mêmes conditions. » Il est bien spécifié que les étudiants et internes, postulant le diplôme universitaire, doivent être exclus de cette faculté d'exercer l'art de guérir (v. *Gaz. des hôpit.*, n° 28 du 7 mars 1914, p. 459) : la circulaire du 15 novembre 1913 ne laisse aucun doute à cet égard.

Ainsi donc, hors ces cas bien spécifiés, l'étudiant ou l'interne n'ont pas le droit d'exercer la médecine. S'ils le font, ils commettent un acte répréhensible susceptible d'être sanctionné par les peines de l'article 16 de la loi de 1892. Il en serait de même si l'autorisation préfectorale n'était pas régulière (Trib. Dieppe, 2 janv. 1899, *Ann. d'hyg. publ.*, 1899, XLI, 267).

Le défendeur opposant les dispositions de la loi de 1892, au médecin, le tribunal devait examiner le point qui lui était soumis, et il ne devait pas faire autrement que de débouter le demandeur s'il ne se trouvait pas dans les conditions de l'article 6 précité, ce qui nous paraît résulter du compte rendu des débats. Certes il est fort désagréable pour un étudiant en médecine d'être assimilé à un empirique, mais la jurisprudence est formelle, malgré le jugement que nous examinons aujourd'hui. Que dit en effet le jugement du 29 juillet 1881?

« Attendu qu'aux termes de la loi du 19 ventôse an XI, nul ne peut exercer la médecine, sans avoir de diplôme, de certificat ou de lettre de réception;

Qu'il résulte des documents soumis au tribunal que F..., reçu docteur, le 4 mai 1881, n'avait pas, au jour où il a donné ses soins à la veuve M..., le droit d'exercer la médecine;

Qu'il ne peut, dans ces circonstances, fonder sur l'infraction qu'il a commise une action en paiement d'honoraires; que sa qualité d'interne des hôpitaux, chargé par son professeur de donner certains soins à une malade, ne supplée pas au défaut de diplôme et ne lui constitue pas un titre pour exercer personnellement, en l'absence du médecin qui l'a désigné, et en dehors de l'hôpital, l'art de la médecine, et par suite ne lui confère aucun droit pour réclamer la rémunération de soins qu'il peut donner en sa qualité d'interne que comme le représentant du médecin... »

Le jugement du 13 octobre 1842, rendu sur un appel de justice de paix, fort court, dénie également ce droit aux honoraires à l'étudiant en médecine.

« Attendu qu'à l'époque où G... a commencé à donner ses soins à D..., il n'était qu'élève en médecine, que ces soins étaient alors gratuits, puisqu'il n'avait pas qualité pour signer des ordonnances, et que rien n'établit que depuis ils aient changé de nature... »

Le tribunal de la Seine a voulu créer une jurisprudence en faveur des étudiants en médecine, mais il l'a fait en ne tenant pas compte des dispositions législatives et réglementaires, et par suite il est essentiellement sujet à critique.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.





CACHETS "ROCHE"
DE THIOCOL
Chaque cachet renferme 0gr50 de THIOCOL "ROCHE"
PRIX 2frs.

CLINIQUE MÉDICALE

ÉTUDES SUR LA PATHOLOGIE DE L'ULCUS

VI

L'ULCUS DUODÉNAL

Par M. ALBERT MATHIEU (*),
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

PRÉAMBULE. — D'une façon générale et un peu schématique, le syndrome pylorique avec prédominance de la rétention sur l'hypersécrétion correspond, comme l'a indiqué le premier M. Hayem, à une sténose incomplète du pylore.

Le syndrome pylorique avec prédominance de l'hypersécrétion sur la rétention correspond, d'après la démonstration qu'en ont donnée Soupault et Hartmann, à l'ulcus pylorique ou juxtapylorique.

Le syndrome pylorique avec prédominance des phénomènes douloureux, de la douleur tardive avec une hypersécrétion peu marquée ou moins marquée, correspond à un ulcus récent ainsi que l'ont démontré d'abord les indications de Soupault et surtout les recherches des chirurgiens anglo-américains.

Dans l'exposé sommaire que je viens de faire, il n'est pas question du duodénum, et nous devons nous demander maintenant : l'ulcus du duodénum a-t-il une individualité clinique, est-il possible d'en faire le diagnostic par les moyens médicaux en dehors de l'exploration chirurgicale ?

Quand Soupault conçut la doctrine du syndrome pylorique correspondant à l'ulcus pylorique ou juxtapylorique, il y engloba l'ulcus duodénal. Il s'exprimait, en effet, de la façon suivante en 1906, bien que, dès 1900, sa conception pathogénique fût déjà complète :

« C'est en prenant en considération ces données presque expérimentales que nous avons proposé de donner aux douleurs tardives la dénomination de syndrome pylorique, dans un travail fait en collaboration avec le docteur Hartmann, il y a quelques années.

Nous croyons que, chaque fois qu'on constate ce syndrome d'une façon nette, on doit admettre l'existence d'un trouble fonctionnel, d'une lésion anatomique du pylore *ou du duodénum* (1). »

Par conséquent, pour lui, en ce qui concerne la symptomatologie de l'ulcus, le duodénum était une annexe du pylore ; il faisait partie de la zone d'influence pylorique et sa physionomie pathologique ne différait pas de celle du pylore lui-même.

Au contraire, Moynihan qui avait commencé vers la même époque que Soupault à s'occuper de cette question, et qui n'a formulé complètement sa doctrine que plus tard, Moynihan a dit : le syndrome pylorique, même réduit aux douleurs tardives et surtout à la faim douloureuse revenant par périodes paroxystiques plus ou moins éloignées, correspond à l'ulcus duodénal. Ici, il n'était plus question du pylore.

Avec Soupault et Hartmann, le pylore est tout. Avec Moynihan et les chirurgiens anglo-américains, il semble que le pylore ne soit plus qu'un organe entièrement subordonné au duodénum.

Mon opinion est connue : je considère que la doctrine de Soupault qui complète celle de M. Hayem est la vraie, et cette conviction s'est établie dans mon esprit par l'observation d'un nombre considérable de faits dans lesquels la constatation de l'existence et de la localisation de l'ulcus a été faite soit par voie d'autopsie, soit, beaucoup plus souvent, par voie de laparotomie exploratrice.

Cette doctrine que l'on peut appeler actuellement la doctrine française est celle qui triomphera partout dans quelque temps. Quand on lit les travaux publiés à l'étranger, et en particulier ceux qui ont été publiés en Allemagne dans ces derniers temps, on a la conviction très vive que, de tous côtés, on y vient et on sera forcé d'y venir, parce qu'elle représente la vérité.

Cette tendance à accepter l'idée française se trouve en particulier très nettement exposée dans un travail récent, que j'ai cité déjà. M. Kemp (de Copenhague) y a revendiqué d'une façon expresse la priorité de la compréhension exacte de ces questions pour Soupault et pour l'école française, tout en reconnaissant, comme il est juste de le faire, que Moynihan et les chirurgiens anglo-américains ont rendu un grand service en apportant des faits nouveaux. Toutefois, ces faits comportent d'une façon évidente la confirmation de la doctrine française et l'extension de son domaine.

L'ULCUS DUODÉNAL VRAI A-T-IL UNE INDIVIDUALITÉ CLINIQUE ? — Je viens de dire que Soupault et Hartmann considéraient le syndrome pylorique comme la traduction clinique d'un ulcus pylorique, juxtapylorique ou duodénal. Il résulte de cette conception que, pour eux, l'ulcus duodénal n'avait pas d'individualité clinique et qu'il n'y avait pas lieu de chercher à le différencier cliniquement.

Mon expérience personnelle m'a conduit à une opinion différente. Dans une communication faite à la Société médicale des hôpitaux, le 2 décembre 1910, j'ai rapporté des faits, qui me paraissent démontrer d'une façon nette que l'ulcus du duodénum vrai, c'est-à-dire l'ulcus du duodénum éloigné du pylore, pouvait être reconnu, dans un certain nombre de cas tout au moins. J'ai rappelé à ce propos le travail publié par M. Bucquoy dans les *Archives de médecine*, en 1887, travail dans lequel cet auteur a cherché à démontrer que l'ulcus du duodénum, qui n'avait jusque-là qu'un état civil anatomo-pathologique, avait en réalité également une histoire clinique. Il lui attribuait comme signes, indépendamment de la prédominance des hémorragies par l'intestin, la douleur vers la droite, la conservation de l'appétit, l'absence de phénomènes

(*) Conférence faite le 26 février 1914 à l'hôpital Saint-Antoine. (Compte rendu sténographique revu par l'auteur.)
Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 8, p. 117; n° 14, p. 213; n° 21, p. 325; n° 29, p. 464, et n° 36, p. 581.

(1) SOUPAULT. *Traité des maladies de l'estomac*, 1906, p. 167.

dyspeptiques et le rétablissement rapide de la santé après que la crise paroxystique était terminée.

Evidemment, ce syndrome clinique a besoin d'être modernisé, mais il me paraît rester vrai dans son ensemble. Il existe bien un ulcus du duodénum vrai, éloigné du pylore, que l'on peut, dans un certain nombre de cas tout au moins, diagnostiquer avec une certitude à peu près complète. M. Œttinger a du reste défendu la même idée et contribué à sa démonstration par des observations personnelles (1).

Le travail le plus récent sur ce sujet est dû à M. Houdart, prosecteur de la Faculté, élève de M. Hartmann, qui a étudié l'ulcus du duodénum non perforé et qui s'est basé, pour cette étude, sur 17 cas suivis de laparotomie exploratrice fournis par MM. Hartmann et Lecenne (2).

Les conclusions de ce travail sont presque négatives en ce qui concerne la possibilité de distinguer cliniquement l'ulcus du duodénum de l'ulcus pylorique ou juxtapylorique. M. Houdart admet bien que, dans un certain nombre de cas, il peut y avoir des présomptions ; mais ces signes sont d'après lui tellement incertains, qu'en réalité le diagnostic de l'ulcus du duodénum relativement à l'ulcus pylorique ou juxtapylorique ne présente aucune solidité.

Cette tendance me paraît trop pessimiste et je crois que l'on peut diagnostiquer l'ulcus du duodénum dans un nombre de cas plus considérable qu'il ne l'admet. La raison de notre divergence tient surtout à ce que M. Houdart a maintenu réunis dans un même bloc, dans une même masse indivise, des faits d'ulcus duodénal appartenant à des époques de l'ulcus et à des conditions anatomo-pathologiques très différentes les unes des autres. Il a mis dans le même sac l'ulcus récent et l'ulcus compliqué de périduodénite et de sténose du duodénum. Il y a même laissé quelques cas typiques d'ulcus juxtapylorique.

Si l'on établit la différenciation légitimée par ces conditions anatomo-pathologiques différentes, et si d'autre part on fait intervenir l'examen radioscopique, on trouve qu'il est possible actuellement de subdiviser l'ulcus duodénal en un certain nombre de variétés et d'en faire le diagnostic de présomption sinon de certitude, dans un nombre de cas plus grand que cela ne semblerait résulter des faits rapportés ex æquo par M. Houdart, quelque intéressants que ces faits soient du reste par eux-mêmes.

Variétés cliniques de l'ulcus duodénal. — Il résulte de ce qui précède qu'il faut, si l'on veut faire quelques progrès cliniques dans cet ordre d'idées, subdiviser l'ulcus du duodénum en diverses variétés.

Quelles sont donc ces variétés ? Quels sont les types schématiques qui peuvent nous servir de points de repère, de poteaux indicateurs dans la série continue des faits allant de l'ulcus duodénal vrai et pur à l'ulcus avec périduodénite et sténose.

En laissant de côté l'*ulcus latent* ne se révélant que par une perforation presque inattendue et l'*ulcus à type hémorragique* sans phénomènes douloureux comme on en rencontre un certain nombre de cas, nous allons trouver encore les variétés suivantes :

L'ulcus duodéno-pylorique ;

L'ulcus duodénal vrai et pur ;

L'ulcus duodénal avec périduodénite adhésive et déformante ;

La sténose duodénale d'origine ulcéreuse qui peut être elle-même peu serrée ou très serrée.

L'ulcus duodéno-pylorique. — J'entends par là l'ulcus juxtapylorique qui affleure, qui entame même la valvule pylorique, mais qui s'est surtout développé sur le duodénum. J'irai même plus loin, je considérerai comme appartenant à ce groupe l'ulcus situé au voisinage du pylore sur le duodénum, ne touchant pas le pylore lui-même, mais qui est encore dans la zone d'influence du pylore. Il se révèle par les phénomènes de spasme et d'hypersécrétion exactement de la même façon que s'il s'agissait du pylore lui-même.

M. Houdart a certainement raison lorsqu'il écrit dans ses conclusions :

« La distance de l'ulcère au pylore commande en partie cette symptomatologie ; cela toutefois n'est pas absolu ; certains ulcères éloignés du pylore donnent le syndrome pylorique ; d'autres rapprochés présentent quelques-uns de ces signes. »

Ce qui importe, en effet, c'est moins la localisation topographique de la lésion que sa situation dans ou en dehors de la zone d'influence du pylore, et il n'est pas démontré que cette zone soit délimitée exactement de la même façon dans tous les cas chez les divers individus.

Il conviendrait aussi, ce que n'a pas fait M. Houdart, de distinguer l'ulcus pur de l'ulcus compliqué de périduodénite ou de sténose.

Quelle est donc la séméiologie que l'on peut attribuer à l'ulcus duodéno-pylorique ? C'est celle de l'ulcus pylorique lui-même. Ce sont des périodes de douleurs séparées les unes des autres par des périodes plus ou moins prolongées d'accalmie pendant lesquelles le malade souffre peu, quelquefois ne souffre pas du tout. Les périodes paroxystiques sont surtout caractérisées par la douleur à horaire tardif, la tendance à l'hypersécrétion, la présence d'une certaine quantité de liquide chlorhydro-peptique le matin à jeun dans l'estomac. Ce n'est pas qu'on ne puisse, toutefois, dans un certain nombre de cas, trouver un certain nombre de signes qui attirent l'attention vers le duodénum. Ce sera la douleur plus nettement à droite, ce seront certains caractères de l'examen radioscopique que j'indiquerai tout à l'heure, et l'on peut avoir là déjà une présomption plus ou moins marquée de localisation duodénale.

Ulcus duodénal vrai et pur. — A côté de ces faits incomplètement dessinés il y en a d'autres dans lesquels le syndrome de l'ulcus duodénal vrai est net, précis, et permet de faire le diagnostic certain.

Voici, à ce propos, une observation typique que

(1) W. Œttinger. *Soc. méd des hôpit.*, 25 mai et 1er juin 1911.

(2) Houdart. *L'Ulcus du duodénum non perforé*, Th. de Paris, 1913.

j'ai déjà présentée à l'Académie de médecine; je la reprends ici à cause de sa netteté. Ce n'est pas la seule que j'aie dans mon dossier; j'en ai présenté quatre autres déjà à la Société médicale des hôpitaux et je pourrais en citer ici un nombre à peu près égal; si je reviens sur celle-ci c'est parce qu'elle présente un caractère schématique vraiment frappant.

Un homme de trente-huit ans chez lequel on ne trouve ni syphilis, ni éthylisme antérieur, avait depuis trois ans des digestions lentes, de la somnolence après le repas. Il était doué d'un bon appétit et mangeait plutôt trop. Six semaines avant de se présenter à nous il avait éprouvé des battements dans l'abdomen, un peu de gêne vers la droite de l'ombilic, puis huit jours après débutaient des crises extrêmement intenses à horaire tardif qui siégeaient vers l'hypocondre droit si bien que son médecin crut qu'il s'agissait d'une affection du foie. Les douleurs tardives étaient d'une régularité remarquable. Elles se produisaient à dix ou onze heures du matin et de trois à cinq heures du soir tous les jours. Ces crises étaient supportables le matin, mais extrêmement vives dans l'après-midi, et le malade était obligé de se plier en deux tellement la souffrance était violente. Il y avait des fusées douloureuses qui irradiaient de la région ombilicale vers le bord droit du sternum et dans le dos, mais qui ne remontaient pas du côté de l'épaule.

A l'entrée du malade dans mon service les paroxysmes douloureux avaient pris une intensité plus considérable. Il n'avait du reste eu à ce moment aucun vomissement, pas d'hématémèse, et nous n'avons pas trouvé de liquide dans l'estomac le matin

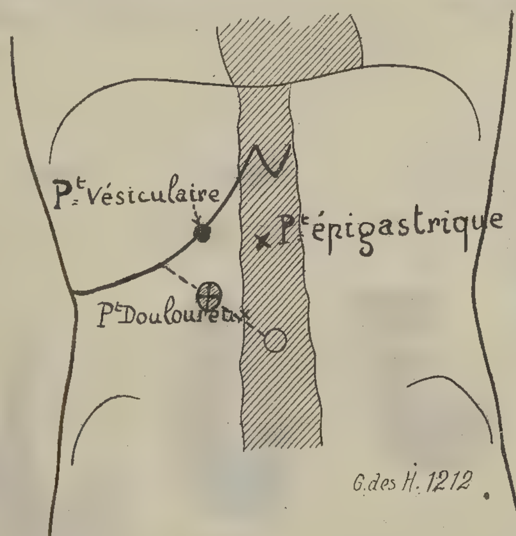


FIG. 1.

à jeun. A l'exploration se révélaient des points douloureux assez nettement caractérisés. On en trouvait au niveau du point épigastrique sur la ligne médiane, puis un autre très marqué au-dessous du rebord des côtes, sur une ligne oblique allant de l'ombilic vers le rebord des côtes et figurée sur le schéma ci-contre (fig. 1), nettement au-dessous du point vésiculaire. Pas de douleur au point vésiculaire dont l'emplacement est figuré plus haut sur le schéma.

L'examen radioscopique a été pratiqué par M. Béclère. On a trouvé un estomac petit, notablement situé au-dessus de l'ombilic et s'évacuant assez rapidement (fig. 2). On voyait se dessiner de la façon la plus nette le duodénum, du reste déformé. Le duodénum n'a pas ici l'anse ascendante qu'il présente ordinairement. Il est plus incliné en bas ce qui tient sans doute à ce que l'estomac est situé plus haut qu'il ne l'est habituellement. Puis, on trouvait un point douloureux indiqué par une croix sur la figure,

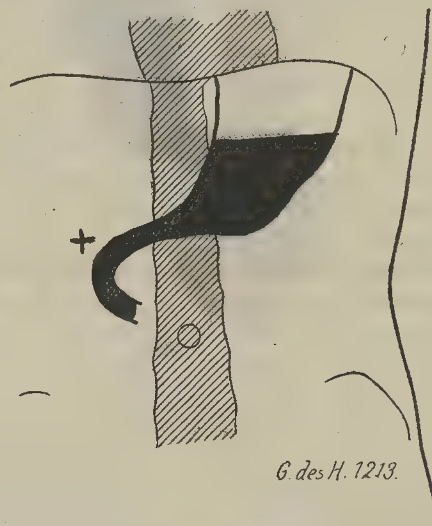


FIG. 2.

situé à l'union de la première avec la seconde partie du duodénum, point douloureux extrêmement net que l'on a retrouvé à des examens antérieurs avec la même fixité et la même intensité. Ce point, nous avons pu nous en assurer, correspondait exactement au point douloureux constaté à la palpation de l'abdomen.

Pendant le séjour du malade à l'hôpital il y a eu une petite poussée de melæna, et ceci complétait le diagnostic.

Ce malade a été opéré par M. Labey, et voici la note dictée par ce chirurgien après la laparotomie exploratrice :

« Pylore intact; à l'union de la première et de la seconde partie du duodénum, on constate une traînée cicatricielle étalée exagérant l'angle duodénal ; à la palpation, légère induration au niveau de cette cicatrice, traînée blanchâtre qui court sur la première partie du duodénum et se termine au pylore. Pas d'adhérences aux parties voisines, en particulier à la vésicule ; gastro-entérostomie postérieure. »

Les résultats de l'opération ont été d'emblée et se sont maintenus excellents.

Je n'attribue pas grande importance à la traînée blanchâtre qui s'étendait, sans adhérence périphérique, de la lésion ulcéreuse vers le pylore. En cas semblable, il est fréquent de trouver des petites poussées inflammatoires périgastriques, mais en tout cas, dans le cas présent, le pylore n'était pas en jeu au point de vue physiologique.

Nous avons ici un type d'image radioscopique de l'ulcus du duodénum : un petit estomac avec évacuation rapide et point douloureux persistant, limité, siégeant nettement sur le duodénum à une distance assez grande du pylore.

Dans le plus grand nombre de cas de ce genre, on constate des contractions péristaltiques intenses correspondant tout à fait à l'image reproduite ici (fig. 3) : un petit estomac hypertonique avec des contractions péristaltiques exagérées. Contraire-



Fig. 3.

ment à ce qui s'observe en cas d'ulcus pylorique, il y a dans les faits de ce genre une évacuation rapide du contenu de l'estomac et on aperçoit rapidement le bismuth dans les anses de l'intestin grêle.

Nous avons avec M. Béclère vu souvent cette image radioscopique.

Les figures 4 et 5 montrent combien sont différentes les images radioscopiques dans l'ulcus sténosant du pylore.

Pour ce qui concerne l'état antérieur de l'estomac, il faut tenir compte tout d'abord de la forme de l'estomac. Il peut être un estomac hypertonique, hypotonique ou même atonique, suivant la classification



Fig. 5.

de Schlesinger (fig. 6). En somme, deux types principaux, le petit estomac hypertonique avec évacuation typique, et l'estomac allongé et dilaté. Entre ces deux extrêmes, tous les intermédiaires sont possibles.

Pour ce qui concerne l'estomac du type atonique, nous pouvons concevoir qu'il est favorable à la production d'une variété particulière d'ulcus du duodénum. Lorsque l'estomac est allongé et le pylore ptosé, il se fait un tiraillement au niveau du coude du duodénum, à l'attache du ligament hépato-duo-



Fig. 4.

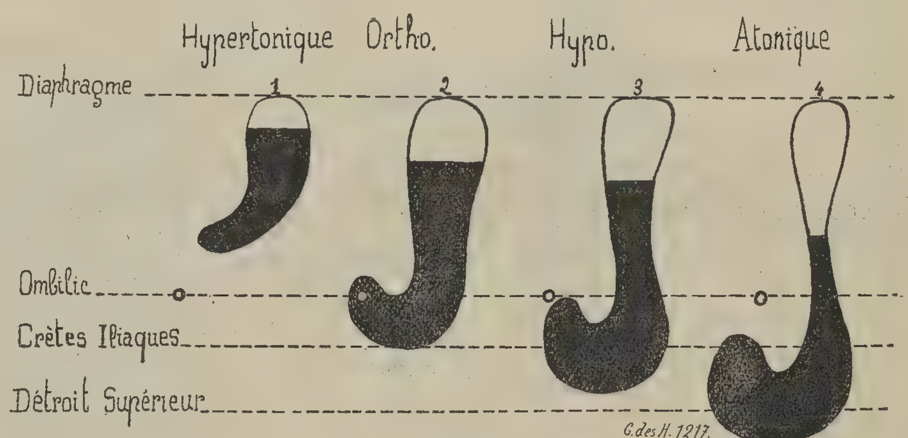


Fig. 6.

On peut considérer comme certain que la présence de l'ulcus sur le duodénum a tendance à faire que l'estomac se rétracte, que ses contractions soient exagérées et qu'il se vide rapidement; mais il y a des cas dans lesquels ceci ne se trouve pas réalisé.

Ces variations peuvent tenir à des circonstances différentes. C'est ainsi qu'on peut supposer un état préalable de l'estomac antérieur à la production de l'ulcus. Ou bien encore la sténose consécutive amène une tendance à la stase et à la dilatation.

dénal. Il se fait une coudure, et alors, à l'examen radioscopique, on voit se dessiner le bulbe duodénal dilaté avec une netteté plus ou moins grande, et quelquefois avec une persistance prolongée. La persistance de l'image d'un bulbe dilaté peut du reste seule constituer une présomption d'ulcus duodénal et non son apparition passagère.

Les auteurs allemands admettent d'une façon courante, Haudek en particulier, ce en quoi ils ont, je pense, raison, que le séjour du suc gastrique dans

le bulbe dilaté, constituant une sorte de stase limitée, est de nature à y provoquer la production d'un ulcus. La stase du suc gastrique a dans la genèse de l'ulcus une importance bien démontrée par les expériences de Frémont sur ses chiens.

Il est vraisemblable que la dilatation du bulbe et la rétention du liquide dans sa cavité est une condition favorable pour que se produise l'ulcus du duodénum, soit immédiatement juxtapylorique, soit à une petite distance du pylore.

La figure 7 est l'image de l'examen radioscopique d'une malade actuellement en traitement dans mes salles. Elle a vraisemblablement un ulcus du duodénum en aval d'un bulbe qui est particulièrement



Fig. 7.

dilaté. L'estomac est descendu assez fortement; il est allongé, mais il y a des contractions péristaltiques exagérées telles qu'on ne les voit guère sur des estomacs simplement ptosés. Le bulbe duodénal est énorme, très dilaté, et, plus loin, le trajet du duodénum est indiqué jusqu'au commencement même du jéjunum par une mince traînée grisâtre ; il semble donc y avoir rétrécissement sous-jacent du duodénum.

Cette malade ne s'améliore pas par le traitement; elle continue à souffrir et je suppose qu'elle doit avoir un rétrécissement ulcéreux au niveau du point où se termine la dilatation du bulbe, d'autant plus qu'on constate là un point douloureux limité et permanent (1).

L'estomac ptosé, allongé et plus ou moins dilaté, on peut le trouver aussi avec un ulcus pylorique, mais alors la douleur siège non pas sur le duodénum mais sur le pylore, et malgré des contractions péristaltiques énergiques il y a retard à l'évacuation.

Le fait que l'estomac ne se vide pas est un signe qu'il y a ou du spasme du pylore ou une sténose.

(1) Le professeur Lejars a depuis pratiqué la laparotomie exploratrice chez cette malade; il n'a pas aperçu de lésion ulcéreuse mais des signes de périduodénite diffuse. Il y avait une coudure inférieure à l'union de la première avec la seconde partie du duodénum; mais le duodénum était dilaté dans toute son étendue. Comme, dans des cas analogues, on a maintes fois constaté l'existence d'un ulcus du bulbe duodénal, les considérations précédentes conservent cependant leur valeur générale.

Lorsque la lésion est duodénale, sans sténose, l'estomac se vide, à moins qu'il n'y ait un certain degré de rétrécissement en aval du pylore.

Dans ce dernier cas, les conditions sont les mêmes que lorsque la sténose est pylorique.

Ulcus duodénal avec périduodénite adhésive et déformante. — L'ulcus du duodénum suscite très souvent des lésions de périduodénite et des lésions cicatricielles. Les lésions cicatricielles et les adhérences périphériques sont de nature à déformer le duodénum, l'image radioscopique et aussi l'ensemble sémiologique correspondant.

Ces adhérences peuvent quelquefois passer inaperçues. J'en citerai un cas plus loin; mais dans un certain nombre de cas on peut les diagnostiquer parfois en raison de déformations du duodénum assez variées et du reste assez rares. La plus fréquente, la plus caractéristique est celle que présentait un de nos malades dont voici l'histoire sommaire.

Il s'agit d'un homme de vingt-sept ans souffrant de l'estomac déjà depuis huit ans, ayant eu des douleurs extrêmement intenses qui étaient calmées par l'alimentation, mais qui n'étaient pas calmées par le bicarbonate de soude. Ce malade avait continué à souffrir par périodes de plus en plus longues, de plus en plus rapprochées les unes des autres. Au moment d'un de ces paroxysmes, l'on constata à la consultation un point douloureux épigastrique très net et la présence d'une certaine quantité de liquide, dans l'estomac six heures après l'ingestion d'une tasse de café au lait. Je dois dire du reste qu'ultérieurement, aux divers examens pratiqués à l'hôpital, où il a séjourné pendant des semaines, on n'a jamais trouvé de liquide le matin à jeun. Il est du reste commun, quel que soit le siège de l'ulcus, de trouver un peu de liquide le matin à jeun au lendemain d'une crise paroxystique ; ceci n'a de valeur au point de vue du diagnostic de la localisation pylorique que si ce phénomène persiste pendant une période de plusieurs jours; il a d'autant plus de valeur dans ce sens que cette période de rétention est plus prolongée.

A l'examen radioscopique, estomac allongé, en crochet. Contractions péristaltiques un peu fortes mais pas très exagérées, pas très violentes. Ce qu'il y avait de caractéristique, c'était une dilatation siégeant sur le duodénum, mais ne correspondant pas au bulbe (fig. 8). Dans le cas particulier, le pylore est situé à distance en amont de cette dilatation. Il existe entre le pylore et la dilatation duodénale un canal rétréci, et d'autre part, au delà de la dilatation, se dessine également un second canal rétréci qui lui fait suite : par conséquent, dilatation du duodénum entre deux points rétrécis. Douleur à la pression au niveau de la partie dilatée du duodénum.

La même image s'est représentée exactement de la même façon à un examen ultérieur. Ce malade souffrait beaucoup, nous n'arrivions pas à le soulager malgré le repos, les applications chaudes, un régime très sévère, et divers essais médicamenteux. L'intervention chirurgicale fut décidée.

Ce malade a été opéré par M. Labey qui a trouvé

des lésions qui correspondent exactement à ce qu'avait montré l'examen radioscopique de M. Béclère; des adhérences autour du duodénum le fixant vers la profondeur, au-dessous du foie, une dilatation évidente de la partie moyenne de la crosse duodénale et, à sa partie convexe, une cicatrice ulcéreuse; pas de lésion pylorique. Tout cela correspond exactement à ce qu'on avait vu sur l'écran.



Fig. 8.

On a donc pu, dans ce cas, faire le diagnostic de la lésion duodénale en raison de l'histoire du malade tout d'abord, et surtout de l'image radioscopique. Il existe ainsi un ulcus du duodénum que l'on peut appeler à type radioscopique. Ici la radioscopie a permis de faire un diagnostic direct; elle peut amener quelquefois au diagnostic par la voie indirecte.

L'exemple clinique suivant montrera bien ce que j'entends par là.

Il y a environ deux mois, je recevais la visite d'une malade venant d'un pays étranger, qui se plaignait depuis un an de douleurs extrêmement intenses dans la région épigastrique, et surtout dans la région sous-hépatique. Ces douleurs avaient pris une violence considérable; elles n'avaient été calmées d'une façon suffisante par aucun des moyens employés. A l'examen radioscopique, on trouvait un estomac qui descendait peu bas, qui était à peu près égal dans ses dimensions sur toute son étendue, mais qui présentait cette particularité d'être à demi couché sous le foie, de sorte que cette partie sous-hépatique se trouvait très allongée vers la droite. Il n'y avait du reste pas de signe de fixité de l'estomac et pas de signe de rétention. M. Béclère a trouvé par la palpation un point douloureux situé assez haut, en dehors du pylore, mais au-dessous de la vésicule biliaire. Du reste, dans ce cas particulier, il n'y avait aucune espèce d'antécédent biliaire, pas de coliques hépatiques, pas de jaunisse.

Nous avons pensé que, dans ces conditions, il devait s'agir d'adhérences périduodénales. Cette malade a été opérée par M. Ricard, et ses constatations ont complètement confirmé cette façon de voir. Il y avait des brides étendues autour du duodénum qui le fixaient profondément sous le foie; la vésicule était intacte.

Ici, vous le voyez, le diagnostic a été fait grâce à la radioscopie, mais il a été fait indirectement.

Voici cette fois un fait différent dans lequel le diagnostic a été établi, malgré l'absence de points de repère radioscopiques.

Il se rapporte à une malade que nous avons soignée ici à deux reprises; elle était les deux fois entrée en pleine crise avec des douleurs extrêmement intenses, hypersécrétion considérable, vomissements abondants et un léger degré d'hématémèse donnant au liquide vomi une couleur un peu chocolat. Cette malade, au moment de ses deux crises paroxystiques, avait du liquide le matin à jeun, et elle présentait de plus à son premier examen quelques contractions péristaltiques visibles; elle vomissait des cuvettes d'un liquide hyperacide.

Autre particularité, cette malade, à chacune de ces deux crises, a eu une attaque de tétanie très marquée qui a duré pendant trois ou quatre jours. Je dois dire du reste à ce propos que, la seconde fois surtout, averti par ce qui s'était passé à la première crise, je lui ai fait faire d'emblée une injection hypodermique d'un milligramme de sulfate d'atropine, et je suis convaincu que ce traitement a contribué à faire tomber très rapidement la crise de spasme et d'hypersécrétion et les accidents de tétanie.

Quoi qu'il en soit, pendant le premier séjour de la malade dans mon service, au bout de quelques jours, alors qu'elle était mieux, qu'elle avait cessé de vomir, j'ai assisté à une reprise caractérisée par des douleurs siégeant sous le foie, irradiant vers le flanc du même côté qui m'ont fait diagnostiquer « poussée de duodénite ». Aussi, lorsque cette malade est rentrée, malgré les apparences d'ulcus pylorique ou juxtapylorique, ai-je pensé de nouveau à une lésion du duodénum, en raison de ce que je savais de son histoire antérieure, et, lorsqu'elle a été opérée par M. Labey, je n'ai pas été étonné de voir des adhérences autour du duodénum. Ces adhérences s'étendaient jusque vers la région pylorique, mais en s'affaiblissant et en disparaissant; il y avait par contre des adhérences plus fortes, plus solides vers la crosse du duodénum, fixée à la vésicule de telle sorte qu'il a été impossible à M. Labey de l'attirer au dehors pour l'examiner.

La présomption de lésions duodénales résultaient ici de l'existence antérieure d'une poussée que je devais, d'après les circonstances dans lesquelles elle s'était produite, considérer comme une poussée de périduodénite. Si, chez cette malade, il s'est produit ultérieurement un second paroxysme ayant toutes les apparences d'une crise pylorique, c'est vraisemblablement à cause de cette duodénite étendue qui venait affleurer le pylore.

Il faut s'attendre, en effet, à ce que la duodénite, dans ses paroxysmes, ou même au repos, entre les paroxysmes, déforme l'image clinique des crises paroxystiques. Il faut aussi se résoudre, en raison de ces poussées, à ne pas toujours pouvoir faire le diagnostic entre une lésion pylorique et une lésion duodénale.

Sténose duodénale d'origine ulcéreuse. — Cette

sténose peut être due à l'ulcus lui-même lorsqu'il s'agit d'un ulcus ancien, d'un ulcus calleux, et à ce point de vue je vous ferai remarquer que les images diverticulaires du duodénum, que Haudek a montrées correspondre à un ulcus extériorisé, sont tout à fait exceptionnelles ici. Il ne faut pas compter sur elles pour faire le diagnostic de l'ulcus calleux ou de l'ulcus extériorisé du duodénum. Il peut y avoir, par le fait de cet ulcus à parois indurées, des accidents de sténose. Il peut s'en produire aussi par le fait des adhérences qui se sont établies au pourtour, et alors, dans ce cas, aucun moyen de diagnostiquer l'ulcus du duodénum de l'ulcus pylorique lorsque le rétrécissement est voisin du pylore. Le diagnostic différentiel ne pourrait se faire que par la radioscopie dans des cas où l'ulcus siégerait assez loin du pylore pour qu'il se fasse en aval une dilatation marquée du duodénum.

En clinique, en dehors de l'examen radioscopique, on ne diagnostique la sténose du duodénum que lorsqu'elle se produit très bas, au-dessous de l'ampoule de Vater, point au-dessous duquel siège du reste très rarement un ulcus. Dans ce cas, il y a reflux de la bile dans l'estomac, et c'est un fait caractéristique. On trouve à l'examen radioscopique une grosse dilatation duodénale formant une espèce de boudin coudé qui vient s'arrêter au niveau du point resserré.

Utilité d'un diagnostic exact des lésions ulcéreuses du duodénum. — Pour terminer cet exposé, il nous reste à nous demander si cela vaut la peine de tant se tourmenter pour arriver à établir le diagnostic différentiel de la localisation de l'ulcus au duodénum. Cela ne peut avoir d'importance que si ce diagnostic comporte une sanction thérapeutique, que s'il y a une différence dans la façon dont on doit se comporter lorsqu'il existe un ulcus du duodénum, ou lorsqu'il existe un ulcus pylorique.

Eh bien! lorsque l'ulcus est immédiatement juxtapylorique, lorsqu'il n'est pas différencié en somme de l'ulcus pylorique, juxtapylorique ou sus-pylorique, cela n'a aucune espèce d'importance. La façon de se comporter reste la même. Le diagnostic de l'ulcus du duodénum ne prend une importance plus grande que lorsqu'il existe des particularités anatomiques nettement distinctes. Ainsi, chez cet homme qui présentait un ulcus du duodénum à longue distance du pylore, bien qu'il n'y eût que six semaines qu'il souffrît — et c'est pour cela du reste que son ulcus était resté vrai et pur — je l'ai fait opérer tout de même en raison de l'existence de cette lésion en plein duodénum, avec l'idée qu'il était exposé à des dangers plus grands qu'avec un ulcus situé au niveau du pylore.

Il y a d'autres conditions dans lesquelles on est amené à opérer, par exemple lorsqu'il y a des accidents d'hémorragie qui deviennent excessifs soit par leur abondance, soit par leur répétition, soit à la fois par leur répétition et leur abondance. Dans ce cas, il faut intervenir et intervenir d'autant plus tôt qu'on a la certitude qu'il s'agit d'un ulcus du duodénum. Il y a lieu d'opérer encore quand il s'agit de lésions déformantes sténosantes susceptibles de rendre très difficile le passage des aliments à travers les régions déformées et sténosées, ou encore lorsqu'il s'agit de venir à bout de phénomènes douloureux qu'on n'arrive pas à calmer par les moyens médicaux. Sans aucun doute, il vaut infiniment mieux savoir d'avance ce que l'on trouvera vraisemblablement. Le chirurgien, instruit de ce qu'il doit chercher, le cherchera avec la persévérance voulue et au bon endroit.

Evidemment, à l'heure actuelle, étant données les similitudes de symptomatologie existant entre l'ulcus du duodénum et l'ulcus pylorique, le chirurgien est amené à explorer d'une façon plus régulière et plus complète le duodénum qu'il ne le faisait autrefois. Cette exploration systématique permet de reconnaître que, en effet, il existe beaucoup plus de cas de l'ulcus du duodénum qu'on ne l'admettait antérieurement. Si cette notion doit pousser les chirurgiens à faire cette recherche avec un plus grand soin et à ne pas laisser inaperçues des lésions duodénales que l'on n'aurait pas soupçonnées antérieurement, elle ne doit pas amener les chirurgiens français à faire leur mea culpa et à penser que seules les recherches des chirurgiens anglo-américains ont appris aux médecins français ce qu'il en est des rapports de l'ulcus pylorique et de l'ulcus duodénal. Les publications françaises ont autant et même plus que les publications anglo-américaines jeté la lumière sur cette intéressante question de pathologie gastrique.

ACTUALITÉS

LE MARIAGE DES SYPHILITIQUES

« Me doibs-je marier ou non? » demandait Panurge à ses conseillers, et en particulier à Rondibilis médecin; celui-ci, voyant Panurge bien complexionné, lui répond que « le plus tost sera le meilleur » et que, s'il rencontre femme de semblable santé, ils engendreront de très beaux enfants.

Depuis quelques années, on a beaucoup insisté sur la nécessité d'un examen médical avant le mariage; les renseignements relatifs à la santé des futurs époux ont au moins autant d'importance que les questions de fortune, de situation sociale, habituellement mises au premier plan. Avant d'accepter une proposition d'assurance en cas de décès, les Compagnies exigent un rapport médical très détaillé, qui les fixera, dans la mesure du possible, sur « les chances de longévité de la personne à assurer »; elles demandent au médecin chargé de ce rapport de tenir compte tant des faits révélés par l'examen que des antécédents de famille, de l'état de santé antérieur, des habitudes et de la profession du proposant. Ainsi se trouvent révélées les grosses tares, affections cardiaques, tuberculose, diabète, albuminurie et seuls sont acceptés les sujets « d'une constitution et d'une santé qui leur donnent des chances de longévité supérieures aux chances moyennes de leur âge ». Si les compagnies d'assurances sur la vie s'entourent de toutes ces garanties pour arriver à tenir leurs engagements tout en distribuant de beaux dividendes à leurs actionnaires, n'est-il pas surprenant que, lors d'un mariage, les parents des futurs époux puissent se contenter, pour la plupart, d'indications très vagues sur la santé de ceux-ci? C'est pourquoi les exemples abondent de jeunes ménages très rapidement éprouvés par la maladie d'un des conjoints, de situations com-

promises du fait d'affections incurables; ce sont alors des désastres comme celui-ci : dans une famille riche et considérée deux jeunes filles font ce qu'il est convenu d'appeler de beaux mariages; le mari de l'une d'elles est phtisique au bout de dix-huit mois; un an plus tard le mari de l'autre devient paralytique général.

Avant tout projet de mariage les jeunes gens et les jeunes filles devraient donc venir trouver leur médecin et poser la question préjudicielle : « Me dois-je marier ou non? » Ainsi consulté, le médecin se trouvera parfois en présence de cas bien difficiles; il devra baser sa décision et sur l'examen minutieux du cas particulier et sur des lois générales établies par l'expérience, lois plus on moins codifiées dans les livres qui font autorité.

Ces lois n'ont naturellement rien d'immuable; de temps en temps leur revision s'impose. A propos des cardiaques, Peter avait écrit : « Fille, pas de mariage; femme, pas de grossesse; mère, pas d'allaitement »; aujourd'hui on permet souvent le mariage à des cardiaques, car on ne compte plus les jeunes femmes atteintes de lésions valvulaires qui ont accouché heureusement (Fiessinger). En ce qui concerne les syphilitiques, une doctrine avait été établie; puis des faits nouveaux se sont produits, des progrès ont été réalisés dans le diagnostic et le traitement de la syphilis si bien que la question du mariage des syphilitiques est redevenue d'actualité, comme le témoigne un très remarquable travail de M. Brocq (1).

Civatte publia en 1907 (2) les résultats d'une enquête faite par lui sur le mariage des syphilitiques auprès des spécialistes les plus connus des différents pays. De la lecture de ces réponses on pouvait dégager certaines règles générales (3). Tous les syphiligraphes, sauf un, reconnaissent qu'on peut permettre le mariage sous certaines conditions; seul Mibelli est intransigeant et, s'appuyant sur ce fait qu'il est impossible d'affirmer la guérison de la maladie, il ne se croit pas autorisé à permettre le mariage aux syphilitiques.

Théoriquement, cette opinion s'appuie sur des arguments très solides (4); en effet, dans le mariage, un syphilitique court trois risques : le risque de procréer des enfants malades, c'est le risque le moins grand, car un syphilitique bien traité, faisant traiter sa femme pendant la grossesse, aura de beaux enfants; le risque de contagionner sa femme, et l'on sait qu'un syphilitique même très ancien, même traité, n'est pas à l'abri de plaques muqueuses tardives, génitales ou buccales, contagionnantes; enfin le risque de faillir à ses devoirs de chef de famille en tombant malade (hémiplégie, tabes, paralysie générale). Comme le fait très bien remarquer Gougerot, ces deux derniers risques ne peuvent être complètement conjurés par le traitement le plus actif et le plus minutieux, mais pratiquement les risques deviennent si minimes, si rares, avec un traitement précoce, prolongé et surveillé, qu'ils ne sont pas supérieurs aux risques de maladie qui menacent tout individu (Gougerot).

L'interdiction du mariage aux syphilitiques ne s'applique donc qu'à certains cas exceptionnels : syphilis maligne précoce, syphilis à récidives incessantes, syphilis ayant présenté une localisation sur les centres nerveux ou les nerfs craniens, et, d'après Audry, syphilis contractée à un âge déjà avancé. Dans tous les autres cas, c'est-à-dire dans la syphilis bénigne, ordinaire, d'évolution normale, un jour vient où le médecin donnera au syphilitique l'autorisation de se marier. D'après l'enquête de Civatte, les conditions à remplir pour qu'un syphilitique puisse se marier étaient les suivantes : quatre années (1) devront s'être écoulées depuis le début de la maladie, période pendant laquelle aura été institué un traitement sérieux; le malade devra n'avoir présenté aucun accident depuis deux ans au moins; il suivra une cure mercurielle immédiatement avant le mariage, et on le préviendra qu'il est prudent pour lui de se traiter par cures intermittentes jusque vers la sixième ou huitième année.

Mais en 1907, on ne connaissait ni le 606, ni la réaction de Wassermann; il s'agit donc aujourd'hui, comme l'écrit Brocq, de savoir si ce code des syphilitiques doit être modifié; en d'autres termes, peut-on, en se servant des nouveaux produits arsenicaux, permettre aux syphilitiques de se marier avant les dates anciennement fixées? Brocq répond que la question est fort complexe, qu'il faut sérier les faits pour arriver à une grande précision; puis il passe en revue les divers cas qui se présentent.

Voici un malade soigné dès le début de l'infection par l'arsenobenzol; il n'a jamais eu d'accidents secondaires et la réaction de Wassermann n'a jamais été positive. Certains syphiligraphes réclament pour ce malade le droit au mariage quelques mois à peine après la constatation de l'accident primitif; car, disent-ils, ce sujet est radicalement guéri de son infection puisqu'il n'a jamais eu d'accidents d'infection générale, puisque son Wassermann est resté toujours négatif, puisqu'il est susceptible de reprendre la syphilis. Brocq reprend chacun de ces arguments et les discute. 1° Le sujet n'a jamais eu d'accidents d'infection générale. Mais on voit des syphilitiques qui, même sans traitement aucun, ne présentent pas d'accidents secondaires visibles pendant un an ou deux ans, qui ont alors des érosions contagieuses des muqueuses, et, plus tard, des accidents tertiaires. L'absence d'accidents secondaires chez un sujet contaminé et traité ne constitue donc pas une preuve décisive de guérison. 2° Le Wassermann est resté toujours négatif. Il est incontestable que si un sujet vigoureusement traité dès l'apparition du chancre, avant que le Wassermann ne soit devenu positif, ne voit apparaître aucun accident suspect, et conserve un Wassermann négatif pendant plusieurs mois après la cessation du traitement, il y a de très fortes chances pour qu'il soit définitivement guéri de sa maladie; des syphiligraphes connus affirment que, depuis qu'ils emploient l'arsenobenzol dès l'apparition du chancre, ils n'ont jamais observé le moindre accident syphilitique chez des malades de cette catégorie. Mais Brocq fait deux remarques : on voit des cas, rares sans doute mais incontestables, d'accidents syphilitiques secondo-tertiaires ou tertiaires, des plus nets, coïncidant avec un Wassermann négatif; d'autre part, des faits également indiscutables prouvent qu'après être resté longtemps négatif à la suite d'un traitement par l'arsenobenzol, le Wassermann peut redevenir positif après un an, deux ans même, et des accidents syphilitiques peuvent alors de nouveau se produire. Par conséquent, conclut Brocq, dans l'état actuel de la science, il n'y a, la réinfection exceptée, aucun moyen réellement sûr de savoir si oui ou non un syphilitique est complètement guéri. 3° Le sujet est susceptible de reprendre la syphilis. Brocq admet que la réinfection syphilitique est possible et que, dans ces conditions, le sujet qui a repris la syphilis était guéri complètement de la première infection. Mais il ne pense pas que de ces faits exceptionnels on puisse tirer de grandes conséquences pratiques. De ce que certains sujets ont pu guérir complètement, on n'est pas en droit de conclure que tous les sujets placés dans des conditions identiques seront, eux aussi, radicalement guéris; la médecine n'est pas une science exacte et l'on ne peut, lorsqu'il s'agit de malades, raisonner comme dans une expérience de physique

(1) Brocq. La question du mariage des syphilitiques, *Bull. méd.*, 21 et 25 fév. 1914.

(2) Civatte. *Ann. de dermat. et de syphil.*, déc. 1907.

(3) G. Bureau. A quelle époque et à quelles conditions peut-on autoriser le mariage d'un syphilitique, *Gaz. méd. de Nantes*, 15 août 1908.

(4) Gougerot. *Le Traitement de la syphilis en clientèle. L'indispensable en syphiligraphie*, Paris 1914.

(1) Beaucoup de syphiligraphes exigent cinq ou six ans; lorsqu'il s'agit d'une femme syphilitique il faut être plus sévère et attendre encore davantage.

et de chimie. Sait-on si l'arsenobenzol agira de la même manière, avec la même puissance dans tous les cas? Nous n'avons, à propos de la stérilisation totale de la syphilis traitée dès son début, que des probabilités et nulle certitude.

Ainsi donc les arguments en faveur du mariage précoce des syphilitiques traités dès le début par l'arsenobenzol laissent encore prise à la discussion. Et Brocq adopte la règle suivante. Un syphilitique vigoureusement traité dès l'apparition du chancre, n'ayant jamais présenté d'accidents secondaires appréciables, ayant toujours eu des Wassermann négatifs, peut à la rigueur se marier avant l'expiration des délais autrefois exigés, à la condition d'être mis en surveillance pendant un laps de temps d'au moins deux ans.

Brocq examine ensuite la situation du malade qui n'a pas été soigné dès le début de l'infection et dont l'organisme est totalement infecté quand on commence le traitement. On doit alors s'en tenir aux règles anciennes et encore sont-elles aggravées par la question de la double réaction de Wassermann du sérum sanguin et du liquide céphalo-rachidien. Théoriquement, il faut, en effet, pour permettre à un syphilitique de se marier, que les réactions de Wassermann soient chez lui devenues négatives à la suite du traitement, qu'elles se maintiennent négatives après une assez longue période de repos, et qu'ensuite il n'y ait pas de réactivation des Wassermann par une cure de traitement hydrargique ou par une injection d'arsenobenzol. Mais dans la pratique, en dehors des centres scientifiques et des grands hôpitaux, on ne pourra guère multiplier ainsi les Wassermann, et quand il est impossible de pratiquer des Wassermann, on devra se conformer aux règles anciennement posées, en exigeant plusieurs années de traitement sérieux à partir de l'apparition du chancre. Si l'on peut faire des Wassermann répétés, voici la formule de Brocq : le syphilitique qui a eu un Wassermann positif et des accidents d'infection secondaire doit se traiter vigoureusement pendant deux ans, si ses Wassermann sont rapidement devenus négatifs, sinon jusqu'à ce que ses Wassermann soient devenus négatifs ; il devra, pour pouvoir se marier, ne pas avoir eu d'accidents syphilitiques depuis deux ans ; il ne pourra se marier avant l'expiration des délais autrefois exigés que si, après deux ans de traitement, ses Wassermann sont négatifs et restent négatifs, malgré des réactivations, pendant une période de surveillance d'un an et demi (donc il ne pourra se marier que trois ans et demi après le chancre).

Il est encore des syphilitiques dont les Wassermann continuent à rester positifs malgré des traitements intensifs ou redeviennent constamment positifs après une période de repos ou après une réactivation. Ces cas sont tout à fait exceptionnels ; Brocq n'en a jamais observé. Pour ces malades, Brocq conseille six ou huit ans de traitement avant de leur permettre de songer au mariage.

Reste à étudier le cas d'un ancien syphilitique qui veut se marier. On le lui permettra s'il n'a aucune tare tenant à la syphilis, s'il a été bien soigné, si, depuis deux ans, il ne présente aucun accident, s'il a un Wassermann négatif. Mais il arrivera parfois que toutes les autres conditions étant remplies, le Wassermann soit positif. Brocq ne pense pas que l'existence d'un Wassermann positif, chez un ancien syphilitique, parfaitement bien portant d'ailleurs, prouve d'une manière certaine que ce syphilitique soit dangereux pour sa femme et doive procréer des hérédo-syphilitiques ou tout au moins des tarés ; il a trouvé des Wassermann très positifs chez des sujets mariés qui avaient eu la syphilis avant leur mariage et dont les enfants étaient très bien constitués (1).

(1) Je connais un aortique de cinquante ans dont le Wassermann est positif ; ce malade a eu un chancre à dix-sept ans, n'a suivi aucun traitement ; marié à vingt-cinq ans, il a deux enfants très vigoureux et ne présentant aucun signe de syphilis héréditaire.

On ne doit donc pas interdire le mariage aux anciens syphilitiques à Wassermann positif, mais on leur conseillera un traitement sérieux avant le mariage, pour essayer de rendre le Wassermann négatif.

Toutes ces questions relatives au mariage des syphilitiques sont donc bien délicates ; pour nous, praticiens non spécialisés en syphiligraphie, mais désireux toutefois d'avoir une opinion et de pouvoir, à l'occasion, donner un conseil, nous devons, je crois, retenir de ces discussions deux idées principales : si le 606 et le 914 guérissent plus rapidement que le mercure les accidents immédiats, ils n'empêchent pas, pas plus que le mercure, les récidives ; les malades, traités par le 606, devront donc continuer à être surveillés, car ils peuvent, du jour au lendemain, avoir des accidents et redevenir contagieux (Gougerot).

En ce qui concerne la réaction de Wassermann, il est certain que la connaissance d'un Wassermann positif ou négatif est un renseignement de première importance, dont la valeur absolue doit être acceptée sans discussion ; mais en somme, comme le fait remarquer H. Malherbe (1), le Wassermann n'a guère changé la manière de voir et les conditions requises pour admettre le syphilitique au mariage, puisque le syphilitique récent ne doit pas se marier même avec un Wassermann négatif, tandis que certains vieux syphilitiques, dont le Wassermann reste positif, ne paraissent pas dangereux pour leur femme et ne font peut-être pas courir grands risques à leurs enfants.

M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 3 AVRIL 1914)

Syringomyélie consécutive à une infection périphérique. — MM. Georges GUILLAIN et Jean DUBOIS présentent à la Société un malade exerçant la profession de plombier. En 1893, en faisant un dégorgement d'eaux ménagères, il se piqua au médius droit ; il se produisit alors une inflammation très virulente de la main qui nécessita au bout de quelques semaines une amputation du médius. Dans les années qui suivirent se développèrent des panaris multiples aux deux mains, des troubles de la sensibilité, puis des troubles de la marche. Actuellement, on constate des troubles trophiques mutilants aux deux mains avec cheiromégalie, une paraplégie spasmodique avec signe de Babinski bilatéral, des troubles de la sensibilité avec dissociation syringomyélique très typique. La ponction lombaire ne montre ni hyperalbuminose, ni réaction cellulaire du liquide céphalo-rachidien ; l'intradermo-réaction à la tuberculine et à la luétine sont négatives. Ils ont constaté des troubles vaso-moteurs spécialement accentués dans la zone où existe l'anesthésie thermique ; ces troubles vaso-moteurs, que l'on peut provoquer en traçant des raies avec la tête d'une épingle, dessinent schématiquement la zone des troubles de la sensibilité.

Cette syringomyélie leur paraît reconnaître une origine infectieuse. Les nerfs périphériques jouent un rôle important, à leur avis, dans la conduction des infections. Les microbes, les toxines peuvent par cette voie nerveuse périphérique, par la névrite ascendante, créer des lésions secondaires méningées médullaires, épendymaires, périépendymaires. Les observations de syringomyélie paraissant consécutives à des lésions infectieuses périphériques sont intéressantes à recueillir, car l'on sait combien cette étiologie possible peut avoir d'impor-

(1) MALHERBE. Sur la réaction de Wassermann, *Gaz. méd. de Nantes*, 28 mars 1914.

tance dans la jurisprudence pour le règlement d'indemnités à la suite d'accidents du travail.

Le type adulte de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse. — MM. E. Rist et P. Ameuille. L'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse qui donne des signes d'une netteté variable chez l'enfant n'en donne pas chez l'adulte. Cela tient à des différences anatomiques considérables qui existent entre elles.

L'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse de l'enfant est très volumineuse, même si les lésions pulmonaires qui la déterminent sont toutes petites. Elle est caséeuse, encerclée de sclérose, et la périadénite qui l'engaine la fait adhérer aux organes voisins.

Chez l'adulte, même pour des lésions pulmonaires bilatérales totales, l'adénopathie est peu volumineuse, jamais caséeuse, jamais adhérente aux organes voisins. Le ganglion ne diffère pas notablement de ce qu'il serait dans une pneumonie ou une bronchopneumonie.

Histologiquement les adénopathies tuberculeuses de l'enfant comportent tous les éléments rencontrés dans la tuberculose : follicules, masses caséeuses, scléroses ; chez l'adulte il s'agit le plus souvent d'une réaction épithélioïde un peu spéciale.

Il s'agit vraisemblablement là d'un fait de réaction allergique du ganglion trachéo-bronchique à la tuberculose.

Effets favorables de la compression oculaire sur certains phénomènes nerveux. — M. Lœper insiste sur les effets favorables obtenus par la compression oculaire sur certains phénomènes nerveux tels que le vertige, certains accès dyspnéiques, certaines crises d'angoisse, tels que surtout l'éternuement, le bâillement et le hoquet. Cette action suspensive fréquente, sinon constante, s'exerce par l'intermédiaire du trijumeau et se substitue vraisemblablement dans le bulbe à l'irritation anormale ou au déséquilibre de certains centres.

L'insuffisance fonctionnelle du cœur hypertrophié. Son origine surrénale. L'asystolie surrénale. — MM. O. Josué et F. Belloir attirent l'attention sur une variété d'insuffisance cardiaque que l'on voit survenir dans les cas d'hypertrophie du cœur. A l'autopsie on est surpris de trouver un muscle cardiaque hypertrophié et dont les lésions peu intenses ont été certainement incapables de déterminer la mort. Les accidents trouvent leur explication dans l'atrophie et les lésions des capsules surrénales. On sait que les sécrétions de ces glandes sont indispensables à la contraction du myocarde et dans les cas d'hypertrophie ces glandes s'hyperplasient (Wiesel, Vaquez et Aubertin, Josué et Paillard). Tandis qu'à l'état normal le rapport entre le poids des capsules et celui du cœur est de 1/30 et varie ainsi qu'ils l'ont constaté dans vingt-quatre autopsies diverses de 1/15 à 1/50, dans leur quatre observations les auteurs ont trouvé des rapports de 1/98, 1/104, 1/55, 1/73, avec en plus des lésions profondes de la médullaire et de la corticale.

Au point de vue clinique, cette variété d'asystolie s'individualise par l'hypertrophie cardiaque considérable, coïncidant avec un abaissement persistant des deux pressions artérielles (maxima et minima), la ligne blanche surrénale et le plus souvent l'arythmie complète. Signalons aussi la fréquence de la tuberculose pulmonaire chez ces malades. Tous sont morts de la même façon, brusquement, sans agonie. L'adrénaline et les extraits surrénaux semblent avoir donné une amélioration. Il y aura lieu de mettre en œuvre cette thérapeutique dès qu'on soupçonnera le déficit surrénal.

Poliomyélite diffuse avec troubles sensitifs isolés au début. — MM. Simonin et V. Raymond (du Val-de-Grâce). Il s'agit d'un soldat qui a présenté au début un syndrome caractérisé par des troubles digestifs et bronchiques, de la fièvre et un violent point de côté droit.

Les troubles moteurs n'ont débuté que trois semaines après sous forme de quadriparésie avec atrophies portant surtout sur les petits muscles des mains et des pieds. Il s'y joignait des douleurs sur le trajet des troncs nerveux et des troubles sphinctériens.

Au bout d'un an, il ne persistait qu'une atrophie du premier interosseux des deux mains.

Les auteurs concluent à une poliomyélite à forme de méningo-myélite diffuse à début sensitif rendant le diagnostic particulièrement difficile.

Créatine et créatinine urinaire chez les diabétiques. — MM. F. Rathery, L. Bluet et M. Deffins. L'étude de la créatine et de la créatinine urinaire peut fournir des renseignements de premier ordre sur l'état du métabolisme azoté. La créatinine et la créatine constituent un véritable test du métabolisme endogène, chez des sujets mis à une alimentation sans créatine. Chez le sujet normal, l'excrétion de créatinine oscille autour de 1 gramme à 1g30 avec un régime sans viande ; ce chiffre comme l'a montré O. Folin est constant pour un même sujet. Quant à la créatine on ne la retrouve pas dans l'urine normale. La recherche de la créatine et de la créatinine dans l'urine n'a éte faite que par quelques auteurs et encore très accessoirement. Seuls Max Burger et Machovitz ont fait récemment paraître un mémoire dont les conclusions sont assez identiques aux résultats qu'ils ont trouvés. Ils se sont servi du procédé colorimétrique de Jaffé préconisé par Folin dont ils ont contrôlé du reste l'extrême sensibilité. Les auteurs ont constaté que chez tout diabétique consomptif avec réaction de Gerhart positive il existait des doses souvent considérables de créatine dans l'urine, la créatinine et la créatinine totale étaient habituellement augmentées. Dans le diabète simple, on ne retrouve que très inconstamment de la créatine dans l'urine, la créatinine habituellement augmentée ne l'est pas toujours.

Les recherches nous montrent que le dosage de la créatine et de la créatinine urinaire peut nous renseigner très utilement et très facilement sur le pronostic d'un cas donné de diabète, elles apportent un argument nouveau à ce fait sur lequel ils ont déjà insisté, c'est que le trouble du métabolisme azoté n'est pas spécial au diabète consomptif, mais peut se rencontrer également dans le diabète simple.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Encéphale. — (N° 3, 10 mars 1914.) Crocq : Le mécanisme du tonus musculaire des réflexes et de la contracture (1 planche). — Téofil Simchowicz : La maladie d'Alzheimer et son rapport avec la démence sénile (2 planches). — Vallon et Bessière : Les troubles mentaux d'origine cocaïnique. — Vieira de Moraes : La tension, les protéines et la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien et leurs relations.

Journal médical français. — (N° 3, 15 mars 1914.) Mouriquand : Les obésités d'origine glandulaire. — Leven : Le poids physiologique. — Marcel Labbé : Petits et grands accidents de l'obésité. — Rathery : Opothérapie ovarienne et obésité. Cures simples. Cures associées.

Semaine médicale. — (N° 9, 4 mars 1914.) R. de Bovis : Hystérectomie et conservation des ovaires. — (N° 10, 11 mars.) Lejars : Les grosses tumeurs syphilitiques du foie. — (N° 11, 18 mars.) J. F. Larreu : Un traitement efficace et pratique de la tuberculose pulmonaire.

ANALYSES

MÉDECINE

Le nystagmus (tremblement oculaire) et le sens de l'équilibre. (Cuénod (de Tunis). *Paris méd.*, 10 janv. 1914.) — Le nystagmus optique physiologique, étudié par Helmholz et Javal, est un mouvement de va-et-vient des yeux destiné à nous permettre de conserver dans le champ visuel des objets qui se succèdent rapidement. Le mécanisme du nystagmus en général et l'étude de ses diverses variétés côtoient un grand nombre de problèmes du plus haut intérêt.

Nous venons de voir ce qu'est le nystagmus physiologique; une autre forme importante est provoquée non plus par le mouvement rapide des objets qui nous entourent mais par les mouvements de notre corps, c'est le nystagmus vestibulaire lié à des modifications intéressant les canaux semi-circulaires qui constituent réellement l'organe du sens de l'équilibre; les recherches physiologiques récentes ont montré que, lorsque pour une raison quelconque les terminaisons nerveuses de l'appareil vestibulaire sont excitées, cette excitation tend à produire du côté des yeux une déviation compensatrice, point de départ du tremblement connu sous le nom de nystagmus vestibulaire.

Ewald a formulé à ce sujet la loi suivante : l'excitation ampullaire, transmise aux noyaux oculo-moteurs, provoque un nystagmus dont la phase primitive lente est orientée dans le même sens que celle du courant endolymphatique qui lui a donné naissance; le nystagmus est encore déclanché par tout ce qui détermine une irritation de l'un des deux vestibules ou du nerf vestibulaire ou de ses noyaux bulbaires (compression, calorification, galvanisation, tumeurs, etc.).

Le nystagmus d'origine centrale s'observe dans la maladie de Friedereich, la sclérose en plaques, les myélites non systématisées, la syringomyélie; le nystagmus observé dans les affections du cervelet représente un symptôme de compression à distance.

Il existe encore un nystagmus myoclonie, le nystagmus par amblyopie, le nystagmus des houilleurs; ce dernier dû, semble-t-il, à une fatigue musculaire périphérique locale.

Le mal de mer serait dû, enfin, pour l'auteur, aux mouvements rythmiques anormalement intenses de l'endolymphe contenue dans le labyrinthe et les canaux semi-circulaires, excitant les terminaisons ciliées du nerf vestibulaire dont le trajet centripète côtoie le noyau du pneumogastrique de Bechterew; l'influx nerveux se transmet ainsi sans doute au pneumogastrique, ce qui détermine alors le vomissement.

J. MILHIT.

Médications de l'expectoration. (Ménétrier et Stévenin. *Paris médical*, 28 fév. 1914.) — Il est possible d'agir sur l'expectoration, soit à l'aide de médicaments qui une fois ingérés s'éliminent par la muqueuse respiratoire, soit par des topiques agissant directement à la fois et sur la cause morbide et sur la région malade. Les inhalations d'oxygène ont été préconisées par Weill dans les broncho-pneumonies; les vaporisations d'eucalyptus, de menthol, d'eaux minérales sulfureuses, les pulvérisations peuvent rendre de très utiles services; les injections intratrachéales d'essence d'eucalyptus à 5 à 10 p. 100 dans l'huile d'olives, sont très efficaces dans la dyspnée et diminuent la toux et l'expectoration. Parmi les médicaments qui favorisent l'expectoration, il faut retenir surtout les vomitifs, l'ipéca, la poudre de Dower, le kermès, l'acétate d'ammoniaque, le benzoate de soude. Parmi les médicaments qui servent à tarir l'expectoration, il faut citer la belladone, l'atropine, mais surtout la terpine, administrée soit en pilules, soit en cachets, soit en potion alcoolique, car elle n'est pas soluble dans l'eau.

Les médicaments qui servent à modifier les sécrétions bronchiques, qui favorisent l'antisepsie des voies respiratoires sont l'eucalyptus, la créosote, le gaïacol, le goménol; ces dernières substances sont difficilement supportées par l'estomac. L'emploi des sulfureux est aussi très recommandé. Lorsque l'expectoration devient particulièrement fétide, on prescrira l'hyposulfite de soude, à la dose de 2 à 4 grammes, associée à la teinture d'eucalyptus.

J. MILHIT.

CHIRURGIE

Un cas de cancer primitif de la glande de Bartholin. (Herbert R. Spencer. *Proceedings of the royal Society of medicine*, vol. VII, n° 3, janv. 1914.) — Une femme de quarante-trois ans est envoyée à l'hôpital avec le diagnostic de bartholinite. Elle se plaint d'avoir à la vulve une grosseur et une douleur sourde depuis sept mois. La marche exaspère la douleur qui s'irradie quelquefois vers le coccyx. L'aine est également douloureuse. Les antécédents personnels n'offrent rien de particulier. La mère est morte d'un cancer.

A l'examen la vulve est rouge; les débris de l'hymen sont œdémateux; une tuméfaction soulève la petite lèvre gauche. Cette tumeur du volume d'une bille est mobile par rapport aux plans sous-jacents et à la muqueuse un peu bleuâtre qui la recouvre. Elle est plus dure qu'une glande de Bartholin enflammée et sa surface est légèrement irrégulière. Elle est un peu douloureuse à la palpation. Dans chaque aine on sent un ganglion augmenté de volume. A droite, la glande n'est pas perceptible. Pas de gonococcie vaginale.

Cette tumeur est enlevée sans difficulté ainsi que les ganglions inguinaux. La guérison se maintenait un an et demi après l'opération.

La tumeur à l'état frais avait l'apparence d'un squirrhe. Les coupes histologiques montrent un carcinome envahissant la glande. Le canal excréteur en est indépendant. La tumeur est formée de masses cellulaires rayonnant irrégulièrement à partir d'un centre occupé par des débris cellulaires et du sang. Les plus grandes masses épithéliales sont à la périphérie. Beaucoup de masses cellulaires au centre se sont rompues laissant de petits kystes visibles à l'œil nu. On constate une abondante infiltration de cellules rondes.

La tumeur est probablement un carcinome à cellules cylindriques, bien qu'en de nombreux endroits elle ait plutôt l'apparence d'un carcinome pavimenteux. Les coupes des ganglions inguinaux ont l'aspect du carcinome pavimenteux.

L'auteur s'efforce de démontrer que cette tumeur est bien un adénocarcinome, c'est-à-dire a pour origine la glande elle-même et non le canal excréteur. La ressemblance qu'elle offre avec un carcinome pavimenteux serait due, selon lui, à des dégénérescences cellulaires telles qu'on en voit dans l'adénocarcinome utérin.

Cette opinion est discutée par le Comité de pathologie de la Société qui pense qu'il s'agit plutôt d'une tumeur développée aux dépens du canal excréteur.

Dans la même séance, Eden rapporte un autre cas de tumeur adénocarcinomateuse de la glande de Bartholin.

P. CHASTENET DE GÉRY.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 10 francs par an. Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

CONCOURS DE L'INTERNAT EN MÉDECINE DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Deuxième épreuve.* — « Substance grise de la moelle (anatomie et physiologie). »

Ont obtenu : MM. Kahn, 13 points; Devaux, 15; Lucchini, 13; Tiphine, 12; Gouriou, 18; Brousseau, 19; Toutey, 15; Borel, 13; Gilles, 14.

Epreuve orale. — « Diagnostic et traitement des attaques épileptiformes. »

Ont obtenu : MM. Borel, 8; Toutey et Devaux, 10; Gouriou, 12; Tiphine, 11; Lucchini, 8; Kahn et Brousseau, 12; Gilles, 7.

Classement définitif. — MM. Gouriou, 59; Brousseau, 56; Kahn, 53; Toutey, 52; Devaux, 49; Tiphine, 47; Gilles, 44; Lucchini et Borel, 43.

Le jury était composé de MM. Mauclaire, Marcel Labbé, Marcel Briand, Bonnet, Vigouroux, Colin et Séglas.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Toulouse. — M. le docteur Desforges-Mériel, chirurgien chef de service des hôpitaux, nommé professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine, a été nommé chirurgien en chef honoraire des hôpitaux.

M. le docteur Dambrin, chirurgien adjoint, a été nommé chirurgien chef de service en remplacement de M. le docteur Desforges-Mériel.

LA VARICELLATION DES ENFANTS A L'HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS A STOCKHOLM. — MM. E. Lesné et Ch. Richet fils rapportent dans les *Archives de médecine des enfants* (n° 4, avril 1914) une méthode curieuse qu'ils ont vu employée à Stockholm pour éteindre les épidémies de varicelle qui peuvent survenir. « M. Kling a, en effet, trouvé un moyen de *variceller* de bras à bras les enfants comme jadis on les variolisait. L'incubation de cette varicelle inoculée est de huit jours environ ; puis apparaissent aux points inoculés des vésico-pustules qui évoluent comme une varicelle normale, mais restent localisées au point d'inoculation et n'ont jusqu'à présent jamais déterminé de complications. Les enfants ainsi varicellisés deviennent immunisés. Le gros avantage, c'est de restreindre la durée de ces interminables épidémies de varicelle que nous voyons parfois à l'hôpital. »

CERTIFICATS MÉDICAUX IMPOSÉS AUX FIANCÉS. — Le conseil mixte du patriarcat arménien a, au cours d'une séance récente, pris une résolution des plus sages et toute moderne. Il s'agit, dit le *Bulletin médical de Constantinople*, de préparer un règlement spécial d'après lequel les Arméniens des deux sexes devant contracter mariage seront tenus désormais de présenter au patriarcat, en vue de l'obtention du permis de mariage, un certificat médical établissant leur parfaite santé.

Le projet de ce règlement sera présenté à l'approbation de l'assemblée nationale arménienne.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Vézien, médecin principal en retraite, décédé à l'âge de quatre-vingt-onze ans.

ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE (49, rue Saint-André-des-Arts). — (Semestre d'été 1914.) [Les cours et les leçons cliniques sont publics.] — M. le docteur Bérillon, professeur à l'école de psychologie, médecin inspecteur des asiles d'aliénés, commencera le jeudi 7 mai, à cinq heures, 49, rue Saint-André-des-Arts, un cours de psychothérapie et de psycho-pédagogie.

Jeudi 7 mai, à cinq heures : La psycho-pédagogie. — Formation et éducation de la personnalité.

Jeudi 14 mai, à cinq heures : Conditions extrinsèques du développement mental : attention, imitation, suggestibilité, invention.

Jeudi 21 mai : Congé de l'Ascension.

Jeudi 28 mai, à cinq heures : Conditions extrinsèques du développement mental : milieu, suggestion, intimidation.

Jeudi 4 juin, à cinq heures : Les anomalies intellectuelles et morales chez l'enfant. — Les faux anormaux. — Erreurs de diagnostic en pédagogie.

Jeudi 11 juin, à cinq heures : La paresse chez l'enfant. — Rôle de la suggestion dans l'éducation de la volonté.

Jeudi 18 juin, à cinq heures : La timidité chez l'enfant. — Rôle de la suggestion dans l'éducation du caractère.

Jeudi 25 juin, à cinq heures : L'aphronie et la perversité chez l'enfant. — Rôle de la suggestion dans l'éducation du jugement.

Jeudi 2 juillet, à cinq heures : Applications de l'orthopédie

mentale : hypnotisme, psychothérapie, méthodes de rééducation.

Dimanche 7 juin, à deux heures et demie : Visite à l'établissement médico-pédagogique de Créteil (Seine). — Enfants et adolescents arriérés, instables et nerveux. — Ateliers d'éducation technique.

Enseignement pratique : Clinique de psychothérapie et Dispensaire médico-pédagogique, 49, rue Saint-André-des-Arts; consultations, mardis, jeudis, samedis, de dix heures à midi. Les jeudis, à onze heures, leçon clinique et présentation de malades. (Les médecins, les étudiants et les membres de l'enseignement sont admis à y assister.)

Pédagogie des enfants anormaux. — M. Rosset, instituteur, chargé de classe de perfectionnement, commencera le jeudi 7 mai, à cinq heures et demie, 49, rue Saint-André-des-Arts, un cours sur la pédagogie de l'enfance anormale.

Objet du cours : Les travaux des précurseurs et les idées actuelles sur l'éducation des anormaux.

Il continuera ce cours les jeudis suivants, à cinq heures et demie.

PRATIQUE MÉDICALE

Comment traiter les dyspepsies nerveuses ?

Les médications les plus diverses ont, tour à tour, essayé de s'adresser à la motricité, à la sécrétion, aux fermentations, etc. Leur efficacité, souvent aléatoire, n'est que momentanée et leur emploi prolongé conduit fréquemment à la gastrite médicamenteuse si redoutée à juste titre. Et cependant la psychothérapie n'est possible qu'à condition d'avoir la confiance du malade, et le meilleur moyen d'obtenir cette confiance est d'améliorer les troubles dyspeptiques. Or ceux-ci sont produits à l'origine, par la perturbation des réflexes qui, normalement, dirigent et régularisent la digestion. Cannon a montré que, lorsque l'acidité gastrique a atteint un certain degré, le pylore s'ouvre, il reste ensuite fermé, jusqu'à neutralisation, dans le duodénum, de l'acidité du chyle. Boldyrev a vu, de son côté, qu'à chaque ouverture du pylore une petite quantité du liquide duodénal reflue dans l'estomac et que ce reflux inhibe momentanément la sécrétion gastrique; tel est, en résumé, ce qu'on a appelé le contrôle pylorique. Dans les dyspepsies les plus diverses, l'ingestion d'une pilule Elkin (bile, pancréatine, soufre organique) à chaque malaise ou à la fin des repas exerce une action régulatrice qui ne peut s'expliquer que par l'intermédiaire du contrôle pylorique. C'est le traitement idéal des dyspepsies nerveuses.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine et de pharmacie navales. — (N° 3, mars 1914.) PLAZY : Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par le néosalvarsan. — CHEMIN : Des influences diverses qui se sont exercées, à travers les âges, sur le développement et l'enseignement de la médecine au Japon (*suite*). — CANDIOTTI : Le transport colloïdal des médicaments dans le choléra (Constantinople, déc. 1912-août 1913).

Echo médical du Nord. — (N° 12, 22 mars 1914.) LEMOINE : Cause des variations des chiffres de radiations pour tuberculose pulmonaire dans l'armée. Assistance à donner par les Sociétés de la « Croix rouge » aux hommes éliminés temporairement pour « imminence de tuberculose ». — (N° 13, 29 mars.) BARROIS : Note sur les gaz spontanés des eaux thermales de Saint-Amand. — POTEL : Sarcome de l'omoplate. Résection économique de l'omoplate avec conservation de l'articulation de l'épaule. Résultats fonctionnels, trois ans après l'intervention.

Medizinische Blätter. — (N° 5, 8 mars 1914.) FRANKL-HOCHWART : Troubles nerveux des fumeurs de tabac, particulièrement chez les enfants.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 9, 3 mars 1914.) AUTENRIETH et FUNK : Méthode de dosage colorimétrique de l'acide urique dans le sang et l'urine. — MANDELBAUM : Ferments peptolytiques dans les cellules et le sang. — LAMPÉ : Recherches sérologiques avec la réaction d'Abderhalden. — DEETJEN et FRAENKEL : Recherches sur la réaction de la ninhydrine de la glucosamine. — FLATOW : La réaction d'Abderhalden de la grossesse. — KÆMMERER et DIETERICH : Sur le procédé de la dialyse d'Abderhalden. — REINER MULLER : Intoxication carnée par bacilles du groupe paratyphique. — FISCHER : Cystite à amibes. — KEUPER : L'endémie dysentérique chez les petits enfants. — LUTSCH : Traitement de la dysenterie. — GELB : L'anesthésie locale en oculistique par la novocaïne. — REINHARD : Gonorrhée et complications gonorrhéiques chez un nourrisson. — VEITH : Nouvelle méthode de galvanisation de grandes portions du corps. — WELWART : Sur la diazoréaction d'Ehrlich. — HABERMANN : Importance des injections d'arthigon pour le diagnostic et le traitement de la gonorrhée.

Province médicale. — (N° 12, 21 mars 1914.) L. SPILLMANN et R. ZUBER : La vaccinothérapie dans le traitement des pyodermites staphylococciques. — Ch. MURARD : Les complications pleurales du pneumothorax artificiel. Etude clinique.

Semaine médicale. — (N° 12, 25 mars 1914.) BARD : Le pouls de la veine cave inférieure et la danse des jugulaires dans les anémies graves.

Therapie der Gegenwart. — (N° 3, mars 1914.) SCHREIBER : Etat actuel de l'immunisation active contre la diphtérie d'après Behring. — KLEMPERER et JACOBY : Traitement de la cystinurie. — LEWIN : Radiumthérapie du carcinome du cardia et de l'œsophage. — JAKOBI : Valeur clinique de l'adigan, nouvelle préparation de digitale. — BLUMENTHAL et LEWIN : Nouvelles recherches sur le traitement de rats sarcomateux par substances extraites de la tumeur elle-même. — M. DOHRN : Synthèses des glycosides des purines par Emile Fischer.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 5, 29 janv. 1914.) VON GRAFF : La maladie de Basedow comme contre-indication de la radiothérapie gynécologique. — BUSSON et KIRSCHBAUM : Manifestations anaphylactoïdes chez le cobaye après injections intraveineuses de substances empêchant ou accélérant la coagulation. — POHL : Sur la chemothérapie de la tuberculose. — POLLAK : Sur la pathogénie de l'œdème néphritique. — (N° 6, 5 fév.) SCHLESINGER : Le grand âge comme facteur important de variation des syndromes cliniques. — HESS et MÜLLER : Sur les anémies. L'œdème dans les anémies. — SCHÜLLER : Radiumthérapie en urologie. — BUCURA : Technique du traitement intra-utérin. — MEYER : Un service de clinique pharmacologique à la policlinique générale de Vienne. — (N° 7, 12 fév.) CHWOSTEK : Pathogénie de la maladie de Basedow. — W. et R. HABERFELD : Symptômes pseudo-leucémiques comme conséquence de piqûres de tiques. — PUPOVAC : Mobilisation de l'articulation du coude ankylosée. — FICHL : Expériences sur le traitement spécifique de la gonorrhée et de ses complications. — SZYLY : Chemothérapie de la kératite syphilitique. — VESCO : Sur la réduction de la graisse de la paroi abdominale.

La sciatique d'origine sacro-vertébrale. — M. H. Forestier expose une conception de la pathogénie sacro-vertébrale de certaines sciatiques.

Certains lumbagos siègent à l'articulation sacro-vertébrale apophysaire; l'arthrite de cette articulation, en réagissant sur le nerf lombo-sacré situé immédiatement en avant, détermine un syndrome sciatique. Cette arthrite conditionnerait dans certains cas la scoliose sciatique; souvent méconnue, elle serait prise pour de l'arthrite sacro-iliaque qui doit être exceptionnelle.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur des symptômes pseudo-leucémiques comme suite de piqûres de tiques. (W. Haberfeld et R. Axter Haberfeld. *Wiener med. Woch.*, 12 fév. 1914, n° 7, p. 149.) — Les auteurs ont été frappés de la fréquence, dans le moyen Brésil, d'adénopathies moyennes ou grosses qu'ils ne pouvaient rattacher à aucune maladie déterminée.

Ils ont eu l'occasion d'observer un homme souffrant d'une poussée d'adénite aiguë dans l'aisselle gauche; mais en même temps existaient chez lui des ganglions assez volumineux dans la région cervicale et dans l'autre aisselle.

Cet homme n'était ni tuberculeux, ni syphilitique. L'examen du sang montra 6 200 000 globules rouges et 7 200 globules blancs avec la formule suivante :

Lymphocytes	63 p. 100
Polynucléaires neutrophiles	27
Eosinophiles	4
Formes de transition	4
Mononucléaires	2

Les auteurs remarquèrent aussi que cet homme présentait sur ses téguments, particulièrement dans l'aisselle, des petits noyaux indices de piqûres de tiques. Cette constatation permit aux auteurs d'établir l'origine du syndrome pseudo-leucémique qui les intriguait.

Les tiques constituent un véritable fléau au Brésil pendant la saison sèche. Il est très difficile aux hommes d'échapper à leurs piqûres. Celles-ci déterminent des papules prurigineuses qui laissent bientôt exsuder de la sérosité et sans tendance à la guérison. Elles peuvent persister des semaines et des mois, s'accompagnant toujours de prurit.

L'examen d'un grand nombre de sujets ainsi piqués montra chez eux le syndrome pseudo-leucémique typhique : adénopathies chroniques plus ou moins volumineuses et transformation de la formule hémoleucocytaire caractérisée par une diminution très accentuée à la fois relative et absolue des polynucléaires neutrophiles avec une augmentation et une prédominance très marquée des lymphocytes.

L'intensité du syndrome pseudo-leucémique n'est du reste pas en raison directe du nombre des piqûres de tiques.

Il apparaît deux ou trois jours après les premières piqûres et atteint d'emblée son maximum. Au bout de trois à quatre semaines la lymphocytose descend lentement de 60 p. 100 à 40 p. 100, et ensuite elle se maintient à ce niveau pendant des mois.

Il est à remarquer que déjà plusieurs auteurs tels que Wickline, Chamberlain et Vedder, Nocht, Marschall et Marwein ont noté dans les régions tropicales la diminution des polynucléaires ordinaires et l'augmentation des lymphocytes sans en découvrir la cause.

W. et R. Haberfeld pensent que le syndrome pseudo-leucémique est dû à une substance sécrétée par les tiques au moment de la morsure, substance qu'il serait intéressant de connaître pour étudier expérimentalement la pseudo-leucémie. A. LEMIERRE.

Sur le pouvoir pathogène des bacilles encapsulés. Mort subite de cause naturelle (D. Natoreck. *Wiener med. Woch.*, 26 fév. 1914, n° 9, p. 207.) — Un garçon de dix-huit ans, en pleine santé apparente, tomba dans la rue en revenant de son travail. Il fut admis mourant à l'hôpital et succomba aussitôt.

A l'autopsie, on trouva un foyer purulent dans une amygdale; la rate tuméfiée; dans l'estomac, quelques suffusions hémorragiques sous-muqueuses; une hypertrophie manifeste du tissu adénoïde intestinal, particulièrement marquée pour les follicules agminés de l'extrémité inférieure de l'iléon et les follicules isolés du rectum; de la tuméfaction des ganglions mésentériques.

Tout ceci était insuffisant pour expliquer la mort subite. On pratiqua l'ensemencement des fèces, de la bile et du sang prélevé aseptiquement dans la veine fémorale.

Tous ces ensemencements donnèrent au bout de vingt heures des colonies luxuriantes, brillantes, qui grossirent très rapidement jusqu'à devenir hémisphériques. Il s'agissait d'un bacille encapsulé identique au pneumobacille de Friedländer.

Il s'agissait donc d'une septicémie foudroyante due à ce microbe. La porte d'entrée de l'infection était peut-être l'amygdale : malheureusement on avait négligé de pratiquer l'ensemencement du pus amygdalien. A. LEMIERRE.

Intoxication carnée par des bactéries du groupe paratyphique-enteritis. (Reiner-Müller. *Münch. med. Woch.*, 3 mars 1914, n° 9, p. 471.) — Le 2 septembre 1913 un aubergiste de Ruigsberg, sa femme, trois servantes et un voyageur furent pris de vomissements, de diarrhée et de fièvre. La maladie dura environ neuf jours, tous guérirent.

Le diagnostic d'intoxication carnée fut porté et l'on envoya à l'institut d'hygiène de Kiel le restant d'une anguille, seul aliment qui pouvait être incriminé.

On isola, des morceaux d'anguille grillée, un bacille très abondant dans les parties centrales du poisson moins atteintes par la cuisson mais qui faisaient défaut dans les parties superficielles fortement grillées. Le bacille poussait sur la gélose tournesolée lactosée en colonies bleues, faisait fermenter le glucose, faisait virer le rouge neutre et ne donnait pas d'indol.

Il s'est montré très virulent pour le cobaye. Le même microbe fut isolé des matières fécales des trois servantes, à la fin de la maladie. Quelques jours après la guérison, il avait disparu des matières fécales.

Des épreuves d'agglutination montrèrent que ce microbe était très proche du bacillus enteritis type Breslau et du paratyphique B.

L'anguille, cause des accidents, avait été pêchée le 31 août à Flensburg et avait été achetée vivante, on peut penser que ce poisson était contaminé par sa propre alimentation.

Ce cas d'intoxication carnée, d'origine bactérienne, est le premier, d'après l'auteur, qui puisse être attribué d'une façon certaine à l'ingestion de poisson. A. LEMIERRE.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'ENDOCARDITE ET LA PÉRICARDITE AIGUËS

Un granule à 1/4 de milligramme de digitaline Nativelle ou XII gouttes de la solution au millième pendant 2 à 5 jours (pour tonifier le cœur).

NOTES POUR L'INTERNAT

LE CHARBON (1)

ÉTIOLOGIE. — Le charbon de l'homme dérive presque toujours du charbon spontané des animaux qui sévit habituellement sur les animaux d'élevage (moutons, chèvres, chevaux, bœufs), spécialement en certaines régions (Beauce, Brie, Champagne, dans les Balkans, en Russie, Sibérie, dans l'Amérique du Sud). Ce sont les cadavres enfouis qui constituent des foyers permanents d'infection, grâce aux spores qui sont ramenées de la profondeur à la surface par les vers de terre. L'homme s'infecte le plus souvent par une *inoculation externe, cutanée* ; cette contamination se rencontre surtout dans certaines professions (bergers, bouchers, vétérinaires, équarrisseurs, etc.). D'autre part, grâce à la résistance des spores, toutes les matières venant de bêtes charbonneuses peuvent propager à distance la maladie, ce qui explique la fréquence de cette affection, chez les tanneurs, les mégissiers, les pelletiers, etc. ; les produits épidermiques peuvent être virulents (poils, laine, crins), ce qui explique l'apparition du charbon, chez les matelassiers, les *cardeurs de laine*, etc. Les piqûres de mouches, ou d'autres insectes, sont rarement en cause. Le *charbon gastro-intestinal* est le plus souvent le résultat de la consommation de viandes charbonneuses ; en réalité ce mode d'infection ne s'observe que dans des proportions extrêmement faibles. Le lait des bêtes charbonneuses contient aussi des bactéridies. Le *charbon pulmonaire* résulte de l'inhalation de spores charbonneuses ; il s'observe lors de la manutention des laines (maladie des chiffonniers, des trieurs de laine).

SYMPTOMATOLOGIE. — Chez l'homme le charbon revêt deux formes principales : une affection locale du tégument, la PUSTULE MALIGNE ; une infection générale, en apparence primitive (CHARBON INTERNE), bien plus souvent secondaire en réalité à une infection digestive ou pulmonaire.

I. **Pustule maligne.** — C'est la forme la plus fréquente du charbon humain ; elle peut siéger en un point quelconque de la peau, apparaissant d'un à trois jours après la contamination ; elle se présente sous la forme d'une petite tache, rappetant une piqûre de puce, précédée et accompagnée souvent d'un violent prurit. Après douze à quinze heures, l'épiderme se soulève en une petite vésicule aplatie, contenant une gouttelette de sérosité rougeâtre. Déchirée par le grattage, elle est remplacée par une érosion du derme, jaunâtre, puis brune ; c'est le début de l'*escarre*. L'escarre envahit toute l'épaisseur de la peau. Après quelques heures, une journée au plus, de nouvelles vésicules apparaissent entourant en cercle l'escarre (aréole vésiculaire de Chaussier) ; la lésion ressemble « au chaton d'une bague enchâssée dans un cercle de petites perles ». Un jour plus tard les tissus sous-jacents se gonflent, formant une sorte de tumeur. L'escarre s'étend en profondeur et surtout en surface, envahissant la zone vésiculaire, tandis que de nouvelles vésicules se forment au delà ; la peau est rouge livide ; les parties voisines sont œdémateuses, indolentes ; le gonflement s'étend à distance, envahissant toute la face, tout un membre ; l'escarre, dont le diamètre ne dépasse jamais quelques centimètres, disparaît dans cet œdème. Parfois, on voit au pourtour quelques traînées de lymphangite avec engorgement des ganglions ; les veines sont parfois aussi dures et sensibles ; toutes ces lésions locales, dont l'évolution dure de quatre à neuf jours, sont remarquablement indolentes.

Les *symptômes généraux* apparaissent de quarante-huit à soixante heures après le début ; le malade accuse de la lassitude, des frissons, de la céphalalgie ; l'anorexie est complète, la langue très saburrale ; le pouls est fort ; la fièvre peut faire défaut, elle peut atteindre 40 degrés. Puis apparaissent des vomissements, de la diarrhée, des lipothymies, de l'oppression ; la température s'abaisse ; la peau se couvre d'une sueur froide ; les urines sont rouges, non albumineuses assez riches en indican et en urobiline. Parfois cependant s'installe une véritable anurie ; on note souvent un désaccord complet entre les phénomènes locaux, en apparence insignifiants, et les symptômes généraux, qui peuvent être fort graves. La mort survient du quatrième au neuvième jour, au milieu de phénomènes de collapsus, avec sueurs abondantes, vomissements bilieux, parfois sanguinolents, anurie, hypothermie, facies cholérique ; parfois on observe des symptômes tétaniques, des convulsions épileptiformes.

Lorsque la guérison doit survenir, une rougeur vive, érysipélateuse, remplace la teinte bleuâtre des tissus œdématiés ; le gonflement diminue ; les urines augmentent de quantité ; on note l'augmentation des chlorures et de l'urée ; les escarres se détachent, laissant une plaie assez longue à se cicatriser ; les signes généraux s'amendent, les vomissements cessent ; parfois il survient des *inflammations phlegmoneuses tardives* qui provoqueront la mort au bout de vingt à trente jours ; dans les cas bénins, la pustule maligne peut ne pas s'accompagner des symptômes généraux traduisant la généralisation de l'infection.

Le siège le plus fréquent de la pustule maligne est la face, le cou, les mains ; ce sont les pustules du cou, de la face, des paupières qui exposent aux désordres les plus graves. La *pustule des paupières* expose à la thrombose de la veine ophtalmique et des sinus de la dure-mère.

II. **Œdème malin.** — L'œdème malin (Bourgeois, 1843) a surtout été décrit au niveau des paupières. Il débute par la paupière supérieure et le malade y ressent d'abord une simple démangeaison ; puis apparaît une tuméfaction œdémateuse, qui augmente, devient grosse comme un œuf et se recouvre ensuite de vésicules, puis d'escarres, comme dans la pustule maligne. Cet œdème malin peut s'observer également au niveau du tronc, de la main, à la langue, aux lèvres. Les symptômes généraux sont plus rapides et plus graves que dans la forme précédente. Chauffard et Boidin ont signalé dans cette forme la tachycardie, la chute de la pression artérielle, le collapsus cardiaque, symptômes qui permettent de soupçonner l'existence d'une insuffisance surrénale aiguë.

III. **Charbon interne.** — Cette forme présente les mêmes symptômes d'infection que ceux de la deuxième période de la pustule maligne, celle-ci seule faisant défaut ; on décrit deux variétés principales au charbon interne.

a. CHARBON GASTRO-INTESTINAL. — Le début est brusque ; les prodromes consistent en fatigue, malaise, frissons, céphalalgie ; puis apparaissent, avec l'anorexie, les vomissements alimentaires, puis bilieux, sanguinolents ; la diarrhée est habituelle ; le ventre se ballonne ; la dyspnée est considérable, le pouls est petit, irrégulier, intermittent ; la fièvre peut manquer, elle est souvent modérée ; les symptômes généraux s'aggravent rapidement ; le facies est pâle avec cyanose des lèvres et facies péritonéal et bientôt le malade meurt en collapsus. A la période ultime surviennent parfois des accidents gangréneux (tubercules douloureux entourés d'un cercle inflammatoire, phlyctènes, etc.). On a signalé encore l'apparition tardive de purpura, de tuméfactions ganglionnaires, etc. L'évolution peut être foudroyante en un jour au plus ; habituellement l'évolution se fait en huit jours. Dans quelques cas légers la guérison peut être observée ; en réalité ces cas légers sont souvent méconnus.

b. CHARBON PULMONAIRE. — Cette forme s'observe chez des ouvriers exposés à l'inhalation de poussées charbonneuses ; c'est la maladie des chiffonniers, des trieurs de laine. La maladie débute par une faiblesse extrême, de la céphalée, des sueurs, de la dyspnée, de la toux ; bientôt le malade accuse des douleurs constrictives à la base de la poitrine ; l'expectoration est visqueuse, rouillée ou brunâtre, renfermant des bactéridies ; à l'auscultation on ne trouve que quelques râles fins de bronchopneumonie, parfois un épanchement pleural ; la fièvre est modérée. Bientôt l'asphyxie progresse, la température s'abaisse et le malade meurt dans le collapsus avec conservation de l'intelligence. L'évolution est rapide en quatre ou cinq jours ; la guérison est possible mais rare, elle est suivie d'une convalescence très longue.

Il faut encore signaler certaines formes cliniques exceptionnelles : forme nerveuse, avec convulsion et coma, forme paralytique ; sous le nom de forme septicémique, on décrit une forme d'infection générale, sans localisation appréciable, très semblable au charbon inoculé des animaux. (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 39, p. 639.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 10 francs par an. Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Lepage, Ribemont-Dessaignes, Porak, Potocki, Brault (qui acceptent); Pinard et Faure (qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation).

— CONCOURS DE L'INTERNAT DE BRÉVANNES. — Le jury est provisoirement composé de MM. Merklen (qui accepte); Grégoire et Ribierre (qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Ont été nommés dans les ordres coloniaux suivants :

NICHAN-EL-ANOUAR. — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Ringenbach, Rousseau et Thoulon (des troupes coloniales).

CAMBODGE. — *Au grade de commandeur.* — MM. le professeur Régis (de Bordeaux), le docteur Cognacq (d'Hanoï), le docteur Gaide (des troupes coloniales).

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Beaussenat (de l'armée) et Dupuy (des troupes coloniales).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Honorat et Bonnigal (de l'Indochine).

DRAGON DE L'ANNAM. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Bargy et Duran (des troupes coloniales), Lenoir (de l'Indochine), Ed. Bosc (de Montpellier).

ETOILE NOIRE. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Lautier et Sorel (des troupes coloniales); Lesné, médecin des hôpitaux de Paris; Scheffer, publiciste colonial.

ETOILE D'ANJOUAN. — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Cartron et Lejeune (des troupes coloniales).

Au grade de chevalier. — M. le docteur Pelle (de la marine).

LES MÉDECINS VÉRIFICATEURS ET LE SECRET PROFESSIONNEL. — M. Gilbert-Laurent, député, a demandé à M. le ministre de l'intérieur : 1° si un médecin traitant dans une petite ville, obligé d'être en même temps médecin vérificateur, est tenu de remplir le questionnaire relatif au décès de son client, et cela sous peine de voir le maire refuser le permis d'inhumer; 2° si le médecin peut se borner à mentionner que le décès est dû à une cause normale.

Le ministre vient de faire la réponse suivante que publie l'*Officiel* du 8 avril :

« La matière est réglementée par une circulaire du ministre de l'intérieur en date du 24 décembre 1866. Aux termes de cette réglementation, intervenue après avis du conseil d'hygiène et de salubrité et dont l'objet est d'empêcher les inhumations précipitées, le maire de chaque commune fait choix d'un ou de plusieurs médecins assermentés, chargés de constater les décès dont la déclaration aura été faite à la mairie, conformément aux prescriptions de l'article 77 du Code civil. Dès qu'une déclaration d'un décès est reçue, le maire fait parvenir au médecin vérificateur des décès un certificat que ce dernier doit remplir et sur lequel doivent être inscrits l'état civil de la personne décédée, la nature de la maladie, sa durée et ses complications, le nom du médecin traitant, du pharmacien et les conditions hygiéniques du domicile. Dans le cas où le décès paraîtrait douteux, l'officier de l'état civil est tenu de retarder la délivrance du permis d'inhumer jusqu'à certitude complètement acquise de la mort, par une visite nouvelle et un rapport spécial du médecin vérificateur. »

On remarquera que le ministre ne répond pas à la question posée.

BANQUET ANNUEL DE L'INTERNAT EN MÉDECINE. — Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 2 mai, à sept heures et demie, à la galerie des Champs-Elysées (Potel et Chabot), 72, avenue des Champs-Elysées, sous la présidence de M. le professeur Charles Richet.

Le prix de la souscription est fixé à 20 francs pour les anciens internes et à 12 francs pour les internes en exercice.

S'inscrire, auprès de M. le docteur Crouzon, commissaire du banquet, 70 *bis*, avenue d'Iéna.

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE EXTERNE. (Professeur : M. LEJARS; chef de laboratoire : M. Lutembacher; chef de laboratoire adjoint : M. Bordet.) — *Méthodes du diagnostic chirurgical.* — Une série de leçons pratiques sur les méthodes du diagnostic chirurgical aura lieu au laboratoire, à quatre

heures, les mardis, jeudis, samedis, à partir du 28 avril 1914. On suivra le programme général indiqué ci-dessous :

Mardi 28 avril : Examen de liquides prélevés par ponction exploratrice ou au cours d'une intervention : les liquides kystiques, sérofibrineux, purulents, hémorragiques; préparation et coloration des lames à examiner; les méthodes de Gram, de Ziehl.

Jeudi 30 : Id. : examen des lames préparées, cytologie et microbiologie.

Samedi 2 mai : Id. : technique des cultures et inoculations.

Mardi 5 : Exploration électrique des muscles et des nerfs.

Jeudi 7 : Le séro-diagnostic en chirurgie : méthode de déviation du complément (kyste hydatique, réaction de Wassermann).

Samedi 9 : L'hémo-diagnostic en chirurgie : formules sanguines dans les suppurations, le cancer, l'échinococcose.

Mardi 12 : Biopsies. Diagnostic histologique; inflammations et tumeurs du tissu conjonctif.

Jeudi 14 : Id. : tumeurs épithéliales.

Samedi 16 : L'œsophagoscopie.

Mardi 19 : Examen radiologique du thorax.

Samedi 23 : Examen du contenu gastrique.

Mardi 26 : Examen radiologique de l'abdomen.

Jeudi 28 : Rectoscopie.

Samedi 30 : Examen des urines.

Mardi 2 juin : Radiographie des membres. Lecture d'une radiographie.

Jeudi 4 : Coprologie.

Seront admis à ces leçons les docteurs et étudiants (titulaires de seize inscriptions), français et étrangers, sur la présentation de la quittance des droits. Le nombre des places est limité.

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis, samedis, de midi à trois heures.

Le droit à verser est de 50 francs.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'APEPSIE

Chez les apeptiques, le képhir rend les plus grands services en excitant d'une façon très active la sécrétion gastrique.

On donne un verre de « Képhir Salières », toutes les deux heures, dans les embarras gastriques longs à guérir et chez les cancéreux devenus très anorexiques.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 12, 22 mars 1914.) Dubourg : Méningite mixte à bacilles de Koch et diplocoques ne prenant pas le Gram (méningocoques ou paraméningocoques), chez un enfant de huit ans.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 12, 22 mars 1914.) E. Spéder : L'ergothérapie passive par la faradisation généralisée.

Paris médical. — (N° 16, 21 mars 1914.) Ehrmann : Les radiodermites. — Cathelin : Quelles prostates doit-on respecter ? — Plantier : L'hyperchlorhydrie de cause biliaire.

Presse médicale. — (N° 23, 21 mars 1914.) Claude et Rouillard : Rachitisme et dystrophies osseuses observés chez de jeunes animaux nés de procréateurs éthyroïdés. — Letulle : Puissance organogénique de la cellule cancéreuse. Un cas d'absence congénitale du radius. — (N° 24, 25 mars.) Landouzy et Debré : Les « porteurs de germes », importateurs de maladies exotiques, particulièrement de la dysenterie amibienne. — (N° 25, 28 mars.) Gosset et Masson : Tumeurs endocrines de l'appendice. — Paul-Vital Badin : Syphilis osseuse héréditaire tardive. — Desfosses : Bassin rétréci par absence de sacrum.

Progrès médical. — (N° 12, 21 mars 1914.) Léon Bernard et Jean Paraf : Le mécanisme et la nature des épanchements pleuraux consécutifs aux pneumothorax chez les tuberculeux (pneumothorax naturels et pneumothorax artificiels). — Wasserthal : Pipette pour défibriner le sang en petites quantités.

Province médicale. — (N° 13, 28 mars 1914.) Jullien (d'Amiens) : Vomito negro appendiculaire. Rôle du chloroforme. — E. Chauvin et H. Vallois : Recherches cadavériques sur l'exploration digitale de l'œsophage thoracique. Considérations sur l'extraction des corps étrangers.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 12, 21 mars 1914.) Arnal : De l'anesthésie locale pour opérations pratiquées sur l'appareil auditif. — (N° 13, 28 mars.) Gèzes : Sur un cas rare de localisation exclusive de la symbiose fuso-spirillaire au niveau de l'amygdale linguale. — Larozière : Rétrécissement spasmodique de l'œsophage chez un enfant de seize mois.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 8, 19 fév. 1914.) Sperk : Sur l'enfant faible. — Sluka : Fréquence de la tuberculose des sommets pendant l'enfance. — Weinländer : Nouvelle méthode de respiration artificielle. — Donath : Le sédobrol dans le traitement de l'épilepsie. — Leszlenyi et Winternitz : Emploi intraveineux de l'arthigon dans les affections gonococciques de la femme. — (N° 9, 26 fév.) Wernstedt : Le scorbut infantile. — Przygode : Formation de précipitines spécifiques dans les cultures artificielles de tissus. — Gobiet : Un cas de remplacement étendu des tendons par transplantation d'aponévroses. — Theilhaber : La doctrine de l'origine humorale des carcinomes et l'influence de cette doctrine sur le traitement. — Natouek : Sur le pouvoir pathogène des bacilles encapsulés. — (N° 10, 5 mars.) Forssel : Importance de la radiothérapie en médecine interne. — Arzt et Zarzycki : Sur la méiostagmine-réaction. — Grosz : Sur l'ulcération aiguë de la vulve. — Volk : La conception nosographique de l'ulcère aigu de la vulve. — Tornaï : Sur le traitement des troubles circulatoires par la ligature des membres. — Feldner : Symptomatologie de l'urémie dans les affections rénales. — Gioseffi : Prophylaxie de la peste dans le port de Trieste. — (N° 11, 12 mars.) Hess et Müller : Sur les anémies. — Egert : Sur le phénomène des contrastes dans les applications locales de tuberculine. — Stiefler : Contribution clinique à la paralysie agitante du jeune âge. — Fasiani : La réaction d'Abderhalden dans le carcinome. — Manoilof : Recherches avec la réaction d'Abderhalden dans l'helminthiase. — Ruppert : Amputation supravaginale spontanée d'un myome à pédicule tordu. — (N° 12, 19 mars.) Hirschbaum : Contribution à la chimie et la toxicologie du poison dysentérique. — Fränkel : Remarques sur la communication précédente. — Korencan : Sur la transplantation des os longs. — Roic : L'extirpation des kystes du pancréas. — Krokiewicz : La typhobacillose de Landouzy.

REVUE GÉNÉRALE

FORMES ANATOMIQUES ET CLINIQUES

DE LA

GROSSESSE TUBAIRE

Par MM. René PILATTE et Henri VIGNES.

Les travaux publiés au cours de ces dernières années sur la grossesse ectopique ont mis en lumière la très grande fréquence de cette affection : alors que les premières observations publiées depuis Lawson Tait étaient des cas d'inondations péritonéales graves, de nombreuses constatations opératoires récentes ont permis d'individualiser un certain nombre de formes larvées.

Cependant, malgré les progrès ainsi réalisés dans l'étude de la séméiologie, il n'en est pas moins difficile de conclure des symptômes à la lésion.

I

Anatomie de la grossesse tubaire au début. — **I. Siège.** — 1° Grossesse interstitielle. — Cette forme qui n'est pas en réalité une forme de grossesse extra-utérine est exceptionnelle; elle évolue rapidement soit vers la rupture, soit vers l'avortement, soit vers la formation d'une grossesse utérine angulaire.

2° Grossesse isthmique. — Beaucoup plus rare que la grossesse ampullaire (8 cas sur 77 grossesses tubaires d'après la statistique de Martin, 7 cas sur 35 d'après celle de Couvelaire), elle présente comme principal caractère d'aboutir rapidement à ce que ce dernier auteur a appelé l'*apoplexie ovulaire*, accident qui représente le stade initial des autres complications de la grossesse tubaire : hématosalpinx, avortement tubaire, rupture.

En réalité, si l'avortement est fréquent dans la grossesse ampullaire il est d'ailleurs exceptionnel dans la grossesse isthmique, et J. Couvelaire en a résumé les grands caractères de la façon suivante : « apoplexie ovulaire précoce s'accompagnant de rupture primaire intrapéritonéale du sac et d'hémorragie diffuse ».

Dans sept cas de grossesse isthmique qu'il rapporte, il y eut toujours interruption précoce de la grossesse avant la huitième semaine et toujours sous forme de rupture intrapéritonéale avec hémorragie abondante. Il en fut de même dans les séries observées par Taylor, Doléris, Werth, Aguinet, de telle sorte que l'on peut admettre la loi de Pinard : « L'œuf fait éclater la trompe d'autant plus tôt qu'il est greffé plus près de l'utérus, et cela en déterminant des hémorragies considérables. »

3° Grossesse ampullaire. — Cette forme est de beaucoup la plus fréquente (55 fois sur 77 cas d'après Martin, 28 fois sur 35 d'après Couvelaire), son évolution est caractérisée par la moins grande fréquence de la rupture des parois tubaires.

L'aboutissant le plus fréquent de cette variété est la formation d'un hématosalpinx qui par surdistension des parois pourra aboutir à une rupture secondaire de l'oviducte.

Mais, par suite de l'extensibilité considérable de l'ampoule ainsi que du voisinage de l'ostium abdominal, elle pourra évoluer vers l'avortement tuboabdominal.

Ces cas d'avortement tubaire, d'abord passés presque inaperçus en raison de leur tableau clinique moins accentué que celui de la rupture, furent longtemps mal étudiés, et il faut arriver à Bland Sutton, à la thèse de Gauthier (1893) et aux travaux d'Orthmann (1894) pour voir reconnaître la fréquence de l'avortement tubaire.

Pour Balfour Marshall, cet avortement s'observerait même plus fréquemment que la rupture, et cette opinion confirmée par Lejars a été également soutenue par Wilette qui a montré d'ailleurs que l'avortement tubaire pouvait être la cause d'une inondation péritonéale aussi importante que celle de la rupture.

4° Grossesse infundibulaire. — Rares à l'état primitif ce sont le plus souvent des grossesses ampullo-infundibulaires consécutives à la dilatation de l'ostium abdominal et à l'énucléation progressive de l'œuf en dehors de la trompe. La greffe de l'œuf peut cependant se produire quelquefois d'emblée dans le pavillon ou même sur une des franges (grossesses fimbriaires) ou enfin sur des pavillons accessoires. Tous ces cas sont d'ailleurs extrêmement rares.

Nous rappellerons toutefois à ce sujet que l'orifice abdominal de l'oviducte reste ouvert pendant les quatre ou cinq premières semaines de la grossesse et qu'il s'oblitère ensuite par agglutination des franges et par tuméfaction de la collerette péritonéale adjacente (Bland Sutton).

Ce mécanisme d'occlusion de la trompe analogue à celui décrit par Reymond dans les salpingites n'est d'ailleurs pas admis par tous les auteurs modernes qui considèrent que dans nombre de grossesses tubaires l'ostium abdominal peut rester ouvert jusqu'à un stade avancé.

II. Aspect macroscopique. — 1° *Aspect de la trompe gravide.* — « Lorsque le chirurgien intervient, il voit au niveau de l'une des annexes une tumeur formée par la trompe énorme, tuméfiée, rouge à sa surface et remplie d'un caillot ou de sang liquide.

Sa paroi est friable si tant est qu'elle ne soit pas rompue ou éraillée en un point.

Dans ce dernier cas il s'est échappé une quantité plus ou moins grande de sang qui s'est épanché dans le péritoine, plus rarement dans le ligament large. La trompe enlevée, si elle n'était pas rompue, forme une masse plus ou moins considérable suivant l'âge de l'œuf, mais qui déjà vers un mois et demi à deux mois atteint la grosseur d'un œuf de poule. » (Cornil.)

Si nous analysons ces caractères macroscopiques nous voyons que la trompe est plus ou moins augmentée de volume, qu'elle est plus ou moins défor-

mée ou malformée, que ses parois sont amincies par place et qu'elle est entourée d'adhérences.

L'augmentation de volume est progressive jusqu'au volume d'un utérus à terme. Il est rare cependant qu'elle l'atteigne sans devenir abdominale. Les aspects sont fort divers. La trompe est souvent tordue ou coudée, parfois même elle est contournée sur elle-même plusieurs fois, de telle sorte qu'une coupe perpendiculaire à l'axe de l'organe peut intéresser la cavité tubaire en plusieurs points, et cet enroulement en spirale serait pour un certain nombre d'auteurs un des stigmates d'état infantile d'où résulterait la prédisposition à l'ectopie de l'œuf.

M. Patel, dernièrement, a insisté sur cette disposition.

Il convient aussi de noter un certain nombre d'autres malformations parfois rencontrées, telles que les pavillons accessoires.

Les parois sont anormalement minces, au contraire de ce qui se passe dans les salpingites hémorragiques. Cet amincissement est d'ailleurs inégalement réparti sur les différentes parois de l'oviducte, et c'est au niveau de l'insertion pariétale de l'œuf qu'il atteint son maximum. Aussi est-ce là que se produira toujours la rupture.

Les adhérences sont presque toujours la règle, elles fixent la trompe aux organes voisins, et rapidement elles deviennent assez serrées pour constituer une gêne notable au cours d'une intervention.

2° Quant au contenu de la trompe examiné macroscopiquement il peut être constitué soit par l'œuf intact, soit par un caillot de sang coagulé, soit seulement par du sang noirâtre et sirupeux.

Lorsque l'œuf est intact il présente, du moins pendant les premiers mois, les mêmes caractères macroscopiques que l'œuf utérin, c'est dire qu'à partir de la troisième semaine jusque vers la huitième il est hérissé de villosités choriales sur toute son étendue; pour perdre ensuite ces villosités sauf dans sa portion adhérente où se développe le placenta.

De plus, il est important de savoir que pendant la période qui va du premier au troisième mois l'œuf, quoique comblant presque entièrement la cavité tubaire, ne lui adhère pas sur toute son étendue. Le pôle libre de l'œuf reste tel jusque vers la douzième semaine et la trompe reste perméable pendant toute cette période; les rapports de l'œuf pendant les trois premiers mois sont donc les mêmes dans la trompe que dans l'utérus.

Plus souvent la trompe gravide que l'on a l'occasion d'examiner est remplie par un caillot dont la caractéristique est d'être unique et adhérent en un seul point; cette particularité paraissait suffisante à Orthmann comme à Bland Sutton pour affirmer l'existence d'une grossesse ectopique.

En réalité cet examen macroscopique de la trompe, de ses parois et de son contenu, ne donne pas de renseignements certains en dehors des cas rares où l'on trouve l'œuf intact ou quelques débris ovulaires faciles à identifier et un examen histologique est nécessaire pour affirmer que l'on a bien affaire à une trompe gravide.

III. **Anatomie microscopique.** — Les lésions histologiques de la trompe gravide bien étudiées par Cornil et précisées ensuite par Couvelaire peuvent être considérées :

A distance du sac fœtal, à son voisinage, au niveau de sa zone d'implantation, enfin au niveau de son pôle libre.

1° A distance du sac fœtal, on ne constate que peu de modifications, la cavité tubaire tapissée par son revêtement épithélial cylindrique, cilié, normal reste perméable; l'épaisseur de ses parois est à peine augmentée et seulement du fait de l'hypertrophie légère de ses vaisseaux sanguins. Certaines franges tubaires sont augmentées de volume. Enfin d'une façon inconstante et toujours discrète on rencontre au niveau de quelques rares franges une légère hypertrophie des cellules conjonctives rondes et fusiformes, et ces modifications qui s'accentuent vers le troisième et le quatrième mois sont d'autant plus appréciables que les coupes portent sur des points plus rapprochés du sac fœtal, elles ne sont d'ailleurs que rarement assez nettes pour permettre d'affirmer à elles seules le diagnostic de la grossesse tubaire.

2° Au voisinage immédiat du sac fœtal. — Les modifications de la structure de la trompe deviennent plus nettes et d'autant plus accusées que la grossesse est plus avancée. Elles portent d'une part sur les franges tubaires hypertrophiées qui tendent à enchatonner le pourtour de l'œuf et d'autre part sur le chorion muqueux qui est le siège, d'où hyperplasie conjonctive avec infiltration leucocytaire diffuse.

Ces lésions longtemps mises sur le compte d'une salpingite desquamative préexistante ont été comparées d'autre part par Webster à la réaction gravidique normale de la muqueuse utérine et seraient la marque d'une prédisposition atavique de la trompe à fabriquer une caduque. En réalité la réaction gravidique de la trompe telle que nous venons de la décrire est toute différente; elle est minime, irrégulière, limitée; elle ne s'accompagne pas de disparition de l'épithélium, tous caractères qui sont opposés à ceux que présente la muqueuse d'un utérin gravide.

3° Au niveau de la zone d'insertion pariétale de l'œuf, la plupart des anatomistes qui ont étudié la grossesse tubaire ont constaté ce fait actuellement classique que l'on ne rencontre *aucune figure histologique rappelant l'épithélium tubaire* disparu complètement, ni aucune couche assimilable à la couche spongieuse de la caduque utérine.

Les modifications présentées par la paroi du sac tubaire sont donc bien différentes de celles de l'utérus gravide au niveau de la zone d'insertion.

De plus la paroi tubaire de l'œuf présente une infiltration leucocytaire diffuse qui constitue dans les premières semaines de la gestation le phénomène le plus net de la réaction maternelle. Entre les villosités placentaires qui pénètrent comme de véritables tumeurs malignes à travers les interstices de la paroi, apparaissent différents éléments cellulaires de morphologie variée : cellules polygonales

claires, cellules déciduales, volumineuses masses protoplasmiques multinucléées constituant de véritables plaques plasmodiales.

Enfin, et c'est ici le caractère le plus net d'une coupe de la zone adhérente lorsqu'on l'examine, toutes les couches de la paroi tubaire sont pénétrées par les villosités placentaires de l'œuf, comme dans une poussée irrésistible et, si quelques-unes de ces villosités s'arrêtent dans le chorion muqueux, les autres pénètrent dans la masse musculaire en en dilacérant les fibres. C'est à cette pénétration de la paroi par les villosités placentaires qu'est due pour une grande part la diminution de sa résistance et de son épaisseur.

C'est en effet au niveau de l'insertion pariétale de l'œuf que se trouve le point le moins épais de la paroi et celui où se fera la déchirure du kyste, déchirure qui est favorisée non seulement par la dissociation des éléments conjonctifs musculaires mais encore par des apoplexies interstitielles siégeant entre la capsule de l'œuf et la paroi ou au sein même de cette paroi.

4° Pour ce qui est de la *région du pôle libre de l'œuf* les observations des auteurs se rangent en deux catégories, suivant qu'ils admettent ou non une caduque réfléchie d'origine tubaire.

Pour Couvelaire il n'existe nullement, au niveau du pôle libre de l'œuf et séparant ce dernier de la cavité tubaire, de membrane analogue à la caduque réfléchie des grossesses utérines. La membrane limitante du pôle libre de l'œuf « ne fait que topographiquement la fonction de réfléchir », c'est une membrane d'origine uniquement fœtale constituée « d'un stroma alvéolaire de fibrome dense dans les mailles duquel se trouvent des cellules polygonales à gros noyau » et ce n'est qu'une partie de ce que Couvelaire appelle la capsule externe de l'œuf.

Pour Cornil, au contraire, tout au moins dans la partie de l'œuf voisine du placenta, il existe une membrane qui serait formée par « une expansion du tissu conjonctif de la trompe qui vient séparer le segment de cet organe occupé par le placenta et l'œuf d'avec la cavité restée libre constituant ainsi une véritable caduque réfléchie ».

IV. **Modifications à distance de l'appareil génital.** — Au niveau de l'utérus, on constate une hypertrophie notable que Cazeaux a étudiée en détail. Levret a formulé cette loi depuis longtemps : « Quoique l'enfant ne soit pas dans la matrice, cet organe augmente de volume à peu près de la moitié de celui qu'il acquerrait si l'enfant y était enfermé. »

L'utérus augmente de volume pendant les deux ou trois premiers mois, puis reste stationnaire à partir du quatrième, sa cavité mesurant alors de 12 à 14 centimètres. Le corps est mou et pâteux. Le col est ramolli, mais « ce ramollissement n'est jamais aussi complet, aussi profond que dans la grossesse utérine » (Pinard).

Ces diverses modifications sont influencées par l'âge et par le siège de la grossesse : plus l'œuf est greffé près de l'utérus, plus les modifications sont marquées. Elles sont aussi d'autant plus marquées que la grossesse est plus jeune, mais cette deuxième proposition est peut-être moins exacte et on a souvent pris pour des grossesses avancées la rétention d'un fœtus mort.

Il se produit pendant ce temps une réaction de la muqueuse utérine analogue à celle qui se produit dans une grossesse normale et la caduque aussi formée tombe, et cela sans qu'il y ait nécessairement mort de l'œuf, soit au début de la grossesse, six semaines à trois mois après la conception, soit à terme au moment du faux travail.

L'ovaire, généralement aplati et déformé par la tumeur ectopique au point qu'il faut parfois le sculpter dans la paroi, présente de son côté une persistance constante du corps jaune hypertrophié, absolument identique à celui d'une grossesse normale (Pottet), et souvent des lésions kystiques plus ou moins accentuées. Ces lésions, notées par un grand nombre d'auteurs au cours des interventions, sont assez fréquentes pour qu'on puisse se demander « s'il ne faut pas voir dans la présence du kyste plus d'une simple coïncidence et si la transformation kystique de l'ovaire ne peut pas jouer un rôle non seulement dans l'insertion vicieuse de l'œuf au niveau de la trompe, mais encore dans sa destinée, c'est-à-dire dans l'interruption précoce de la grossesse » (Bozy). Le corps jaune a été rencontré parfois du côté opposé au kyste (Sipfel).

Quant à *la trompe du côté opposé*, elle subit les mêmes modifications que dans une grossesse utérine, c'est-à-dire qu'elle présente un développement particulièrement important du système vasculaire avec prolifération du tissu conjonctif infiltré de cellules migratrices.

II

Evolution anatomique des grossesses tubaires. — I. **Le plus souvent la gestation se trouve interrompue,** il y a apoplexie ovulaire suivie d'hématosalpinx évoluant secondairement, soit vers la résolution, soit vers l'avortement, soit vers la rupture avec hématocèle enkystée ou inondation péritonéale.

1° L'apoplexie ovulaire est constituée par un épanchement sanguin qui est extra ou intraovulaire, sa pathogénie se réduisant à deux conditions : l'ouverture de vaisseaux importants lorsqu'ils sont pénétrés par les villosités placentaires, ou plus souvent l'ouverture des sinus maternels par atrophie des villosités fœtales. En effet, par suite de l'épaisseur insuffisante des parois tubaires le placenta et le fœtus se nourrissent mal, se développent mal, les villosités qui déjà n'obturent qu'imparfaitement les sinus maternels s'atrophient et l'ouverture de ces sinus aboutit rapidement à un épanchement de sang plus ou moins abondant se faisant à l'intérieur ou en dehors de l'œuf : s'il y a apoplexie intraovulaire elle peut être limitée et la tumeur sanguine peut se résorber ultérieurement; s'il y a apoplexie extraovulaire par épanchement de sang entre l'œuf et la paroi tubaire il se produit ce que Werth a appelé la rupture capsulaire interne par opposition à la rupture

proprement dite qu'il dénomme rupture capsulaire externe, la première n'étant que le premier stade de formation d'un hématosalpinx.

2° Lorsqu'il y a HÉMATOSALPINX, celui-ci se caractérise à l'opération par une trompe « distendue, souvent même très distendue arrivant au volume d'une tête de fœtus. Le sang qui la distend a quelquefois pu se frayer un petit orifice pour se déverser dans le Douglas. Cependant cette quantité est si minime qu'il faut la considérer comme négligeable habituellement » (Albertin et Desgouttes).

Lorsqu'elle a été incisée, la trompe laisse écouler un mélange de sang rouge noirâtre plus ou moins coagulé au milieu duquel se trouve un *caillot adhérent en un seul point* et qui s'est formé autour du reliquat du placenta fœtal; l'unicité de ce caillot et son adhérence constituent les deux caractères macroscopiques les plus importants de l'hématosalpinx car il est peu fréquent de retrouver en même temps des débris ovulaires reconnaissables.

On voit d'après ce qui précède que l'hématosalpinx, n'est qu'un « avortement avec rétention » dont l'évolution bien mise en relief par Doléris peut se faire soit vers l'avortement, soit vers la rupture, soit vers la résorption, et dans ce dernier cas seul une cicatrice intratubaire unique et limitée témoignera plus tard de l'existence d'une grossesse à ce niveau.

3° L'AVORTEMENT TUBAIRE, dans son sens le plus étendu, est un terme par lequel on désigne l'expulsion d'un œuf ou de ses débris à travers les orifices de la trompe, cette expulsion s'accompagnant habituellement d'hémorragies plus ou moins abondantes pouvant se faire soit vers l'utérus, soit vers le pavillon.

L'*avortement tubo-utérin*, beaucoup plus rare en raison de la plus grande fréquence des ruptures dans la grossesse isthmique ainsi que de l'étroitesse de l'ostium utérin (1 millimètre), a été signalé par Zédel, Werth, Bland Sutton. Il est en réalité exceptionnel et mal connu car ses signes cliniques sont souvent confondus avec ceux d'un avortement utérin. Elliot a pu réunir trois cas où il se serait terminé par une grossesse utérine vraie.

L'*avortement tubo-abdominal* qui, ainsi que nous l'avons vu, est le propre des grossesses ampullaires, est un accident qui apparaît comme particulièrement fréquent depuis que l'on a appris à le reconnaître cliniquement. Il se produit par l'orifice tubo-abdominal qui mesure normalement 2 ou 3 millimètres mais qui peut se distendre jusqu'à permettre l'expulsion d'un œuf de 25 millimètres (Couvelaire).

C'est de plus un accident du début de la gestation survenant le plus souvent de la quatrième à la huitième semaine, c'est-à-dire à un moment où les villosités choriales étant encore peu solides l'œuf se détache avec facilité. Cet accident est constitué par un décollement de l'œuf avec hémorragie intrapéritonéale d'abondance variable. Classiquement, l'hémorragie secondaire à l'avortement est toute différente de l'hémorragie par rupture, c'est une hémorragie peu abondante à cause de son origine veineuse produisant le plus souvent une hématocèle enkystée.

En réalité, des observations récentes de Bouvier Aguinet, Iselin, Louis Bazy et Wilette pour ne citer que les cas publiés en France ont montré que la formule classique,

Rupture = inondation péritonéale,
et Avortement = hémorragie nulle ou légère
donnant une hématocèle,

n'était nullement absolue et que l'avortement tubaire sans rupture pouvait être retrouvé à l'origine d'inondations péritonéales peu rapides, mais à vrai dire particulièrement abondantes.

4° La RUPTURE TUBAIRE est des trois fins habituelles de la grossesse ectopique sinon la plus fréquente du moins la plus grave.

C'est dans les premiers mois, le plus souvent de la quatrième à la douzième semaine, qu'elle se produit, exceptionnellement plus tard; elle peut être primitive ou secondaire. Lorsque la rupture est primitive nous avons vu que c'est toujours au niveau de l'insertion placentaire, là où la paroi offre le moins d'épaisseur, qu'elle se produit; lorsqu'elle est secondaire son siège peut être quelconque; elle est alors en rapport *avec la distension par une hydrosalpinx*, c'est l'éclatement que Wilette oppose à la rupture.

Unique le plus souvent, cette rupture siège presque toujours dans la portion sous-péritonéale de la trompe, ce n'est que dans le cas rare où le placenta s'insère sur la paroi inférieure de celle-ci que la rupture peut se faire à l'intérieur du ligament large.

La trompe une fois rompue son contenu s'échappe par la brèche ainsi formée, et dans les cas rares où le fœtus est resté vivant l'œuf peut secondairement se greffer sur le péritoine. Parfois le placenta reste inséré dans la trompe et le cordon se trouve alors engagé à travers l'orifice de rupture. Mais dans la grande majorité des cas l'aboutissant immédiat de l'hémorragie ainsi produite est la formation d'une hématocèle enkystée ou d'une inondation péritonéale.

5° HÉMATOCÈLE ENKYSTÉE. — Les causes qui favorisent l'enkystement de l'épanchement sont d'une part son peu d'*abondance* et de *rapidité*, d'autre part l'existence d'adhérences périannexielles préexistantes.

En effet, lorsque la rupture a été précédée de petites fissurations évoluant par poussées successives et se traduisant cliniquement par une répétition de petits ictus abdominaux il se forme de fausses membranes péritonéales au milieu desquelles l'utérus, l'intestin et l'épiploon infiltrés de sang adhèrent les uns aux autres et limitent l'amas de caillots et de sang épanché. C'est ce que Segond a traduit par une formule classique :

« Petit épanchement dans le péritoine malade, grande hémorragie dans une séreuse saine. »

Le siège le plus habituel de l'hématocèle enkystée est dans le cul-de-sac rétro-utérin, expliquant le nom que lui a donné Nélaton d'hématocèle rétro-utérine. En réalité, la dénomination d'hématocèle péri-utérine, proposée par Gallard, répond mieux à la tota-

lité des cas, car lorsque le Douglas se trouve fermé par des adhérences antérieures le sang peut se collecter, soit en avant dans le cul-de-sac vésico-utérin, soit sur les côtés aux confins des fosses iliaques (forme pseudo-appendiculaire de Potherat et Fesq).

Lorsque la rupture de la trompe s'est produite sur son bord inférieur il se forme une hématocèle sous-péritonéale intraligamentaire qui est souvent de volume considérable. L'épanchement décolle alors les deux feuillets du ligament large, fuse à travers le tissu cellulaire pelvien et peut gagner le ligament large du côté opposé, la fosse iliaque et même la fosse ischio-rectale.

Beigel a décrit dans cette forme des éclatements secondaires du péritoine où l'hématocèle sous-péritonéale donnerait naissance à une hématocèle intra-péritonéale. Signalons un cas tout récent rapporté par Chaput d'hématocèle supra-utérine coiffant le fond de l'utérus.

Le contenu de la collection est rarement formé de sang fluide mais plus souvent d'un liquide noirâtre et à demi coagulé. Plus tard ce liquide pourra se résorber et la tumeur ayant plus ou moins diminué de volume deviendra souvent particulièrement dure. Quant aux vestiges de l'œuf ou du fœtus, il est toujours fort difficile de les retrouver au milieu du sang épanché.

Cependant dans le voisinage de la trompe dilacérée, on pourra parfois retrouver « une masse brun noirâtre marronnée plus consistante que les caillots récents et plus ou moins adhérente à la paroi de la trompe, dont la surface est irrégulière, molle et imbibée de sang. Ce sphéroïde brun noirâtre sanguinolent et compact n'est autre que le placenta fœtal, c'est en son milieu qu'il faut chercher l'embryon quoique celui-ci manque souvent et ne puisse être retrouvé surtout s'il s'agit d'une grossesse récente » (Cornil); l'embryon toujours grêle disparaît et se résorbe en effet le plus souvent et c'est seulement après la dixième semaine, dit Gauthier, que son squelette est assez fourni pour attester toujours l'origine de l'hémorragie.

Les parois de la poche sanguine ainsi constituée sont essentiellement formées par les organes voisins adhérents et agglutinés par des dépôts de fibrine. C'est ainsi que l'épanchement dans le Douglas est simplement limité en arrière par le rectum, en avant par l'utérus et les ligaments larges, en haut par l'intestin et l'épiploon agglutinés (diaphragme de Bernutz). En aucun point par conséquent, sauf parfois au niveau de la trompe rompue et étalée, on ne peut trouver de paroi propre à l'hématocèle enkystée qu'il ne peut dès lors être question de marsupialiser.

Quant à l'utérus et aux autres organes du petit bassin, leur situation dépend du siège ainsi que du volume de la collection. Si l'hématocèle est incluse dans le Douglas, l'utérus est rejeté en avant et en haut, le col étant situé contre la symphyse pubienne et le fond étant souvent facile à percevoir sous la paroi abdominale, à quelques travers de doigt au-dessous de l'ombilic. En même temps se produisent souvent des compressions de la vessie et du rectum dont nous verrons les conséquences au point de vue clinique.

L'évolution de cette hématocèle enkystée peut se faire soit vers la résorption lente, après une période de plusieurs mois, soit vers la suppuration et l'ouverture au dehors. La résorption est possible dans les petites hématocèles. En effet le péritoine est le siège d'une véritable involution postabortive en ce qui concerne les adhérences, ce qui a été constaté lors de laparotomies ultérieures à une première intervention pour grossesse tubaire et, pour peu que la quantité de sang épanché soit minime, la résorption peut être complète. Quant à l'ouverture, elle se fait par ordre de fréquence d'abord au niveau de l'intestin et en particulier du rectum, quelquefois la communication avec l'intestin siège en deux endroits différents. D'autres fois, l'ouverture se fait sur la paroi abdominale antérieure et plus spécialement dans le voisinage de l'ombilic, ou bien mais beaucoup plus rarement dans la vessie, le vagin ou même l'utérus.

6° Inondation péritonéale. — Dans les cas d'inondation péritonéale le sang remplit tout l'abdomen et peut se retrouver jusque sous le diaphragme. Les caillots trouvés dans le péritoine sont mous, friables et mélangés de sang non coagulé. La quantité de sang épanché peut être très considérable, surtout dans les grossesses interstitielles ou isthmiques; elle était de quatre litres dans un cas de Cestan, et il est possible dans ces cas d'hémorragie abondante de reconnaître parfois l'existence de débris fœtaux. embryon, placenta ou cordon tantôt perdus au milieu des anses intestinales voisines, tantôt encore reliés à la trompe rompue.

II. **Dans quelques cas la gestation peut évoluer jusqu'au voisinage du terme** soit que la grossesse ampullaire arrive jusqu'à ce moment sans se rompre, soit qu'il y ait formation d'une grossesse péritonéale secondaire à la grossesse tubaire! Dans ce dernier cas, on admet classiquement avec Lawson Tait qu'il y a greffe secondaire de l'œuf dans le péritoine quoique cette greffe qui est encore à démontrer soit niée par Habault qui n'a jamais pu l'obtenir expérimentalement chez le lapin. Pour cet auteur en effet, lorsque le fœtus continue son évolution après rupture tubaire, le placenta reste adhérent à sa surface d'implantation qu'il peut déborder plus tard. C'est ainsi que dans un cas de Planchu, l'œuf s'était développé pendant plusieurs mois à la faveur d'une dilatation considérable de l'ostium abdominal.

Quoi qu'il en soit lorsque le kyste fœtal est constitué à l'intérieur de l'abdomen, *ses parois* sont comme dans le cas d'hématocèle, formées par les organes voisins refoulés et agglomérés par des adhérences. Le fœtus est seulement recouvert par l'amnios doublé du chorion et le placenta inséré primitivement sur la muqueuse tubaire peut conserver cette insertion. En général cependant il s'étend en dehors de la trompe à la faveur de la solution de continuité des parois de celle-ci pour adhérer aux organes voisins et en particulier à l'intestin. De là dérive la grande difficulté qu'il y a à enlever le

placenta lors de l'extirpation du kyste et à éviter les hémorragies abondantes qui en résultent.

Quant à l'évolution de cette grossesse arrivée jusqu'au voisinage du terme, elle se termine toujours par la mort du fœtus en dehors des cas où l'intervention est pratiquée et le fait s'applique à toutes les gestations ectopiques, de plus de quatre à six semaines, période où la résorption totale de l'embryon peut encore se faire, la femme passe de l'état de gestation à celui de rétention. Cet *état de rétention* peut persister plusieurs années sans amener de complications et l'on peut citer à ce propos le cas classique de Sappey qui dura cinquante-six ans, ainsi que les cas plus récents de Bégouin (vingt et un ans) et de Letoux (trente-trois ans).

Tantôt le *kyste peut rester stérile*, les liquides peuvent se résorber et les membranes devenir fibreuses, on dit alors qu'il y a *momification*. D'autres fois le fœtus subit la dégénérescence graisseuse de ses parties molles ou bien une transformation calcaire ; ainsi est constitué le *lithopédion* dont on distingue 3 variétés suivant qu'il est absolument indépendant des membranes (lithoceliphos), ou que celles-ci ont participé en totalité ou en partie à la dégénérescence calcaire, et font corps avec le fœtus.

Le plus souvent cependant, le kyste est *infecté* soit que l'infection provienne du voisinage de l'intestin, soit qu'elle vienne de la trompe par voie sanguine. C'est à cette infection que sont dus les accidents septiques qui peuvent survenir soit immédiatement, soit longtemps après la mort du fœtus. La poche s'ouvre alors à la paroi abdominale, dans un viscère ou dans le péritoine pouvant amener une péritonite aiguë généralisée plus ou moins rapidement mortelle. Comme dans le cas d'hématocèle enkystée, c'est encore l'ouverture dans le rectum qui est la plus fréquente, ouverture au cours de laquelle le pus et les ossements fœtaux peuvent être expulsés par l'anus.

Telles sont les lésions qui caractérisent la grossesse tubaire. Ces lésions sont intéressantes à connaître, surtout à la période de début pour poser un diagnostic précis en l'absence de débris fœtaux lorsque l'on est en possession de l'organe malade, ainsi que pour affirmer l'existence d'une grossesse tubaire, lorsqu'il s'est produit une hématocèle péritonéale.

Jusqu'à ces dernières années en effet, on admettait d'une façon absolue l'affirmation formulée par Lawson Tait que l'hématocèle et l'hématosalpinx étaient toujours des accidents de la grossesse ectopique, au point que Veit a pu dire « que plus nos connaissances sur la grossesse extra-utérine s'étendaient, plus s'affermissait la notion que l'hématocèle était un symptôme lui appartenant en propre ».

En réalité l'assertion de Lawson Tait était trop catégorique. Lawson Tait a détruit la théorie de Bernutz qui distinguait 8 causes d'hématocèles aboutissant, les unes à l'inondation péritonéale, les autres à l'hématocèle enkystée. Cette destruction faite par Bernutz ne subsiste pas aujourd'hui, il n'en est pas moins vrai que des travaux récents appuyés sur des vérifications microscopiques ont permis de reconnaître l'existence d'épanchement sanguin du petit bassin consécutif à des lésions de la trompe ou de l'ovaire non gravides.

Ce sont ces cas qui entrevus par Dolbeau dans son mémoire sur la pachysalpingite hémorragique ont été plus spécialement étudiés par Freund et Schambacher en Allemagne, par Tartanson, Jayle, Leriche et Blanc et surtout par Louis Bazy en France.

Des travaux de ces auteurs, résulte en effet que si la très grande majorité des hémorragies péritonéales relèvent de la grossesse ectopique, d'autres lésions et en particulier des lésions de pachysalpingite hémorragique de la trompe non gravide (Bazy) ainsi que les ruptures de follicules ovariens et quelques autres lésions des organes génitaux de la femme peuvent être la cause d'hémorragies abondantes.

III

Formes cliniques de la grossesse tubaire non compliquée. — Nous étudierons dans un premier chapitre les formes non compliquées.

La grossesse tubaire s'observe souvent chez des femmes ayant un passé génital chargé, et il est possible que les inflammations chroniques et les malformations congénitales ou acquises constituent des causes très communes de l'arrêt de l'œuf dans la trompe. Ainsi, la longue durée qui sépare deux grossesses, de même que la stérilité sont souvent retrouvées dans les antécédents et doivent mettre sur la voie du diagnostic dans tous les cas de tumeur vaguement dessinée à côté de l'utérus et accompagnée de signes de grossesse au début. Il en est de même des avortements et la statistique récente de Baculescu les montre beaucoup plus fréquents que les salpingites dans les anamnestiques.

I. Formes de début. — Avant le cinquième mois, il n'existe pas de symptôme pathognomonique de la grossesse tubaire et ce n'est qu'en pensant constamment à sa possibilité que le médecin pourra dépister cette affection avant l'apparition des complications qui en sont trop souvent la première manifestation clinique. L'étude minutieuse des symptômes communs à toutes les grossesses et, d'autre part, des symptômes spéciaux, s'imposera dans presque tous les cas douteux de la pratique gynécologique.

Sur les premiers, c'est-à-dire sur les troubles sympathiques, nous insisterons peu, nous contentant de signaler les troubles digestifs, les vomissements, les modifications des seins, l'apparition souvent précoce du colostrum, surtout dans les cas où il y a eu mort du fœtus, les modifications de la pigmentation cutanée, enfin les troubles nerveux parmi lesquels les *vertiges* seraient plus particulièrement fréquents pour Doléris.

Il faut savoir cependant que ces malaises gravidiques peuvent manquer à tel point que les malades ne soupçonnent pas qu'elles sont enceintes et elles écartent d'autant plus facilement cette idée que leur dernière grossesse est souvent ancienne ou qu'elles n'ont jamais été mères.

Deux symptômes cependant sont importants et plus fréquents dans la grossesse ectopique, ce sont les douleurs et les modifications des règles.

1° La grossesse tubaire est presque toujours une grossesse douloureuse. Les douleurs ne manquent qu'au début quand la tumeur est encore petite et sans réaction péritonéale. Dès qu'elles apparaissent, elles constituent un symptôme important, et c'est pour cela que les femmes viennent habituellement consulter. Elles apparaissent souvent avec les métrorragies, et coïncident avec une période menstruelle. Elles siègent surtout dans le bassin d'un côté, irradiant dans les lombes, vers le périnée ou la région crurale; parfois elles se réduisent dans certains cas à une simple sensation de pesanteur.

D'autres fois plus marquées, elles peuvent affecter la *forme de coliques*, rappelant toutes les coliques abdominales aiguës et en particulier les coliques salpingiennes, néphrétiques ou appendiculaires. Ces coliques sont quelquefois comparables aux douleurs de l'avortement, quoique moins répétées, et semblent dues à une contraction de la trompe cherchant à chasser son contenu; elles seraient souvent suivies de ce que Labadie-Lagrave appelle la *vomique salpingienne*, c'est-à-dire de l'évacuation partielle du contenu de la trompe (grossesse tubaire avec hémorragie intratubaire, sans fissuration, forme fausse couche, d'Albertin).

Parfois, ces douleurs affectent la *forme de douleurs par compression* et s'accompagnent de névralgies sur le territoire des nerfs sacrés ou de ténesme rectal ou vésical avec rétention d'urine. Ces troubles vésicaux peuvent d'ailleurs acquérir une importance toute spéciale, et doivent amener à s'assurer de l'état de déplétion de la vessie, car celle-ci, souvent déviée, peut être refoulée en bas et de côté dans l'excavation ou remonter dans l'abdomen (Pinard).

Dans d'autres cas, les douleurs peuvent affecter la forme de poussées péritoniques légères, traduisant la formation d'adhérence (grossesse tubaire avec trompe close en voie de fissuration sous-péritonéale, forme salpingite aiguë, Albertin). Elles sont continues avec paroxysmes, fixes, circonscrites au bassin, à l'aine, ou à la région ombilicale.

Souvent, suivant Cazeaux, il y a impossibilité de se coucher d'un côté.

Enfin, à un stade plus avancé, nous verrons qu'elles peuvent affecter la forme du faux travail et coïncident alors avec la mort du fœtus.

2° Les modifications des règles sont le symptôme capital de la grossesse tubaire.

Dans la majorité des cas, la malade accuse d'abord un retard de deux à six semaines à la suite duquel apparaissent des pertes qui peuvent simuler le retour des règles. On doit même penser à une grossesse ectopique du premier mois quand, sans absence antérieure des règles, l'hémorragie menstruelle vient à date normale, mais a une durée exagérée, ou quand elle vient avant l'époque et est suivie d'hémorragies irrégulières. Ces pertes peuvent être rouges, comme dans les règles ordinaires, ou plus souvent épaisses, noirâtres, couleur sépia, parfois chocolat, rouillées, ou au contraire séreuses.

Bouilly a montré que ces pertes présentent les mêmes caractères que le liquide que l'on trouve dans la trompe lors de l'intervention et qu'elles cessent dès que la trompe a été enlevée.

Dans tous les cas il n'y a jamais persistance de véritables règles et Pajot a insisté sur le fait que ces règles soi-disant persistantes sont modifiées dans leur qualité, leur quantité, leur date d'apparition et leur durée. Aussi admet-on généralement avec Pinard que « *la femme enceinte n'est pas plus réglée pendant la grossesse ectopique que pendant la grossesse normale.* Il peut se produire pendant toute la grossesse des hémorragies utérines, mais ces hémorragies diffèrent toujours des hémorragies cataméniales par le défaut de périodicité aussi bien que par la qualité et la quantité du sang perdu ».

Elles peuvent cependant se reproduire mensuellement, et c'est une série de cas de ce genre qui a permis à Kakouchkine d'apporter une statistique de 25 grossesses extra-utérines avec 14 cas où les règles persistaient. Un signe important qui coïncide souvent avec ces métrorragies est fourni par l'expulsion d'une caduque. Cette expulsion qui peut se faire à n'importe quelle époque de la grossesse tubaire est souvent accompagnée de pertes et de douleurs assez vives simulant un avortement et correspond parfois à un avortement tubaire. C'est ce que Lejars a appelé *la fausse couche tubaire* qui peut être prise pour un avortement banal et traitée comme tel, au point qu'il n'est pas très rare que le curettage ne soit pratiqué dans ce cas. Dans un cas de Léopold, la métrorragie fut telle qu'on dut pratiquer le tamponnement utérin. Lorsque la caduque utérine est expulsée en entier elle reproduit le moule de la cavité utérine agrandie et passe alors rarement inaperçue de la malade, constituant un signe extrêmement important qui met immédiatement le médecin sur la voie du diagnostic. Il en est tout autrement quand cette membrane n'est expulsée que par lambeaux qu'il faut rechercher dans les pertes rendues par la malade. Enfin, il est souvent difficile de différencier de tels cas d'avec une dysménorrhée membraneuse. Cette expulsion est souvent un signe de la mort de l'œuf. M. Pinard a d'ailleurs montré que cette loi n'était pas absolue, mais on peut avec son élève Cazeaux se demander s'il n'y a pas coïncidence entre cette expulsion et des perturbations de l'œuf, telles que décollement ou hémorragies.

A l'examen, l'augmentation de volume du ventre est peu marqué, du moins à la période qui nous occupe, et il est rare que l'on puisse sentir le kyste fœtal à la palpation. Plus tard, vers le troisième ou le quatrième mois, il est possible de percevoir derrière les parois une tumeur latérale, volumineuse, assez sensible à côté de laquelle se trouve l'utérus, nettement augmenté de volume. Cet utérus, hypertrophié, diffère de la tumeur annexielle par sa régularité et par le fait que jamais celle-ci ne présente de contractions sous la main; Varnier recommande à ce propos de palper la tumeur longuement, plusieurs jours de suite, et plusieurs fois par jour.

Au toucher vaginal combiné au palper, on perçoit

d'abord le ramollissement du col utérin mais jamais ce signe n'est si complet, ni si accusé que dans la grossesse utérine (Pinard). Le corps utérin est hypertrophié et ramolli. Ce ramollissement est uniforme et il ne saurait y avoir de signe de Hégar dans la grossesse tubaire (Longyear).

La situation de l'utérus est également modifiée; il est dévié sur le côté et en avant le plus souvent, et en dehors de toute hématocèle secondaire, le col peut être reporté très haut derrière la symphyse.

Sur les parties latérales de l'utérus, on arrive à percevoir assez souvent une tumeur annexielle qui n'est autre que la trompe gravide.

Dans les premières semaines, on constate parfois l'existence d'une petite masse douloureuse assez élevée qui se prolonge jusque dans le cul-de-sac postérieur. Le plus souvent cependant, on ne perçoit pas de tumeur, mais on a la sensation qu'il y a « quelque chose » de plus ou moins net, qu'il y a du pouls vaginal unilatéral, qu'il y a un certain empâtement à droite ou à gauche, qui doit faire penser à une grossesse ectopique lorsque l'on constate en même temps d'autres signes de l'affection. Cet examen sera facilité par l'abaissement du col au moyen d'une pince ou par la position inversée.

Plus tard vers la fin du deuxième mois, la tumeur annexielle devient plus nettement perceptible mais sans que jamais il soit possible de percevoir des contractions à son niveau; elle a de plus augmenté de volume tandis que l'utérus a très peu varié; des examens en série sont presque de nécessité pour affirmer le diagnostic.

Le toucher rectal peut également donner de précieux renseignements, surtout si la trompe gravide est plus ou moins tombée dans le Douglas.

Quant au cathétérisme utérin, instrumental ou digital, qui montrerait à la fois l'agrandissement et la vacuité de la cavité utérine, il est dangereux et ne doit en tous cas pas être pratiqué si l'on soupçonne une grossesse vraie. Il en est de même de l'hystéroscopie préconisée par Clado et du curettage explorateur pratiqué par Wyder, Kelly et A. Pettit et qui permettrait de ramener des fragments de la caduque utérine hypertrophiée.

Rouffart a préconisé récemment la colpotomie antérieure ou postérieure comme moyen de diagnostic, mais ces interventions sont loin d'être entrées dans la pratique journalière.

On comprend que la grossesse tubaire non compliquée (forme hydrosalpinx Albertin), comme les formes à peine compliquées (réaction péritonéale légère ou petit hématosalpinx), soit d'un diagnostic difficile particulièrement avec les tumeurs peu volumineuses de la région.

C'est ainsi que les petits kystes de l'ovaire, les hydrosalpinx, les vieux pyosalpinx refroidis, les abcès froids de la trompe, les fibromes de la corne utérine ou du ligament large peuvent facilement prêter à confusion surtout s'ils coexistent avec une grossesse utérine.

Un diagnostic beaucoup plus difficile à cette période est celui de la grossesse tubaire avec la grossesse développée dans une corne ou dans un utérus latérofléchi. Dans le cas de grossesse angulaire, la tumeur est en dedans du ligament rond, du moins au début. La corne utérine se porte en avant, elle est molle et contractile, alors que la trompe se prolabe en arrière, est plus tendue et ne se contracte pas; la trompe est ronde, la corne est fusiforme. On sent un sillon entre la trompe gravide et l'utérus; mais il faut bien savoir que, parfois, il existe entre la corne gravide et le reste de l'utérus une zone très ramollie (pseudo-signe de Hégar, Bar). Souvent des examens répétés sont nécessaires et ce n'est qu'en suivant l'envahissement de l'utérus par l'œuf, dans la grossesse angulaire, et l'augmentation de volume de l'utérus qu'on fera le diagnostic.

Enfin, il sera parfois très difficile de diagnostiquer la rétroversion de l'utérus gravide. Le cathétérisme, en vidant la tumeur vésicale, donnera un renseignement précieux qui complétera le toucher palper minutieux.

II. **Forme de grossesse tubaire évoluant après le cinquième mois.** — Le cours de la grossesse tubaire est le plus souvent interrompu dans les deux ou trois premiers mois par l'avortement ou la rupture. Dans les cas exceptionnels où la femme échappe à ces accidents, on voit, dès le cinquième mois, les symptômes se préciser. De plus un calme relatif fait suite à l'état de maladie du début.

Les troubles sympathiques disparaissent. Les douleurs diminuent sauf dans certains cas. Les signes physiques, au contraire, ont subi de grandes modifications.

A l'inspection, le ventre augmenté de volume est soulevé par une tumeur irrégulière déviée latéralement et sur laquelle la paroi abdominale apparaît lisse et tendue. « Tantôt une seule tumeur apparaît nettement, mais cette tumeur n'a pas l'aspect de l'utérus gravide, ce n'est point cette tumeur physiologique à grand axe longitudinal, incliné à droite, et ayant refoulé l'oreiller intestinal à gauche, comme cela a lieu le plus souvent; c'est une tumeur insolite dont le siège ne paraît pas en rapport avec le développement de l'organe. » (Pinard.)

Au palper, il est possible de préciser davantage les caractères de cette tumeur. Elle se trouve souvent en effet à fleur de peau et si ses parois ne sont pas trop épaisses, on sent parfaitement les parties fœtales, trop parfaitement même.

Sous la main, la tumeur offre la *consistance d'une poche liquide peu tendue* et cette consistance ne se modifie pas pendant la durée de l'examen. *Il n'y a pas à son niveau de contractions*; ces deux caractères la différencient nettement de l'utérus gravide.

L'utérus à côté de la tumeur, plus petit qu'elle, ferme, mobilisable, contractile et régulier, atteignait à terme le volume d'un utérus gravide de trois mois.

Enfin, la palpation permet de percevoir dans la région iliaque un frémissement souvent plus fort que celui que l'on observe dans la grossesse normale et qui correspond à l'*auscultation* à un bruit de souffle continu, à renforcement, souffle maternel placentaire, à côté duquel on peut reconnaître les

bruits du cœur fœtal et percevoir les mouvements actifs du fœtus.

Par le *toucher vaginal*, on constate comme à la période de début la persistance du ramollissement du col qui est en même temps déplacé, élargi et entr'ouvert, de sorte qu'il permet assez facilement le cathétérisme digital, du moins, tant que le produit de conception est vivant; on peut de plus noter les caractères du kyste fœtal.

La *radiographie* qui ne donne pas de renseignements au début pourra être utile dans les cas plus avancés et assez nombreuses sont les observations publiées de cas où le fœtus est visible après le cinquième mois (Audebert et Dieulafé).

Cet examen peut être complété par la mise en place préalable d'une sonde métallique dans la cavité utérine, permettant de localiser l'ombre du crâne à droite ou à gauche de cette dernière (Zurhelle).

Le diagnostic de grossesse tubaire est beaucoup plus facile à cette période.

Souvent, cependant, la grossesse ectopique a été prise pour une grossesse normale, tandis qu'inversement on a pu faire par erreur le diagnostic de grossesse tubaire chez des femmes dont les parois abdominales et utérines étaient assez minces pour donner à la main cette sensation de superficialité qui caractérise la grossesse ectopique.

Signalons l'importance que peut avoir au cours d'une expertise médico-légale le fait de confondre une grossesse utérine avec une grossesse ectopique, celle ci pouvant d'ailleurs être également l'origine d'erreurs graves tant à la période de début où l'expulsion de la caduque peut simuler un avortement, qu'à la période de complications où le syndrome qui accompagne la rupture avec inondation péritonéale rappelle beaucoup celui d'un empoisonnement (Ribierre).

Par contre, le diagnostic entre la grossesse tubaire et les autres formes de grossesse ectopique est à peu près impossible sur le vivant, même après laparotomie.

D'autant plus que la plupart des variétés de celles-ci, lorsqu'elles dépassent le cinquième mois, ont évolué vers la forme abdominale.

Ce fut le cas par exemple qui se présenta dans une grossesse ovarienne avec fœtus à terme, rapporté récemment par Grimsdale, dans laquelle le diagnostic exact ne fut porté qu'après examen histologique de la pièce. *(A suivre.)*

NOTE DE PRATIQUE

CONTRE LES ULCÈRES DE JAMBE

E. S. May et M. L. Heidinjsfeld préconisent contre les ulcères de jambe la formule qui suit :

Fuchsine	5 parties
Huile d'eucalyptus	10 —
Lanoline	100 —

(*Montpellier méd.*, 14 déc. 1913, n° 50, p. 565.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 8 AVRIL 1914)

Plaie du cœur. — M. Lejars fait un rapport sur une observation de M. Ferrari (d'Alger) : plaie par coup de couteau du ventricule gauche, suture, les fils coupent; il en a fallu passer cinq avant d'obtenir l'occlusion de la plaie. Mort. A l'autopsie, cœur très athéromateux.

M. Gosset fait observer, à ce propos, que pour passer des fils dans le tissu cardiaque, il ne faut pas avoir recours à l'aiguille de Reverdin mais à des aiguilles beaucoup plus fines.

Amputations économiques du pied. — M. Souligoux, à propos de la communication de M. Quénu, estime que dans les interventions sur le pied il ne faut pas se préoccuper de règles opératoires précises. Il faut prendre les lambeaux où on peut, couper dans les os autant qu'il est nécessaire. M. Souligoux a eu recours souvent, avec succès, à l'amputation de Ricard, à celle de Choppart, de Fergusson. M. Souligoux rapporte plusieurs observations à l'appui de cette opinion. Autrefois les résultats de ces opérations étaient moins bons parce qu'on avait des lésions suppuratives. Aujourd'hui qu'on obtient très généralement des réunions parfaites, les résultats sont très différents. De toutes ces opérations partielles, c'est celle de Ricard qui semble la mieux répondre à bien des indications.

M. Lejars, à propos de la communication de M. Quénu sur les opérations partielles dans le traitement de certaines gangrènes du pied, estime avec lui que l'amputation haute dans les cas de gangrène limitée aux orteils est une cruelle nécessité à laquelle on a peine à se résoudre. En 1892, M. Lejars avait préconisé l'amputation de la cuisse pour les cas de gangrène extensive. Chez un homme de soixante-douze ans qui avait une gangrène sèche s'étendant au bas de la jambe et s'accompagnant d'atroces douleurs, M. Lejars fit l'amputation de la cuisse au tiers inférieur. Le malade guérit, il a survécu cinq ans sans accidents d'artériosclérose localisée. Il est mort de pneumonie. Dans ces cas de gangrène extensive, l'amputation haute d'emblée est indiquée : M. Lejars cite deux autres cas analogues, dans lesquels les lambeaux se réunirent bien. Dans les cas de gangrène non extensive, limitée aux orteils, les amputations partielles de Ricard, de Choppart peuvent donner de bons résultats, quitte à recourir secondairement à l'amputation de la cuisse. On ne peut en effet jamais être tranquille sur les résultats de ces opérations partielles et M. Lejars cite plusieurs cas où il dut secondairement amputer la cuisse. Ce qui peut guider le chirurgien, dans ces cas, c'est l'endroit où cesse le battement de l'artère. Un homme de cinquante ans, athéromateux, glycosurique, atteint de gangrène sèche du gros et du second orteil, chez lequel on constatait que les battements de l'artère s'arrêtaient au-dessus de l'arcade crurale est traité par l'air chaud, sans résultat appréciable. En raison de ce silence de l'artère, M. Lejars proposa l'amputation de cuisse qui fut refusée. Il fit une amputation de Choppart; le lambeau se sphacéla. Il fit alors une amputation tibio-tarsienne, réunion apparente, mais le moignon se dessécha et se sphacéla. On arriva enfin à l'amputation de la cuisse et le malade succomba peu après. A l'autopsie de la jambe, on vit que l'artère fémorale était oblitérée mais, au niveau de l'artère poplitée, le vaisseau redevenait normal. La lésion était limitée au tronc fémoro-poplité. Cela donnait l'explication des sphacèles et des mauvais résultats des opérations basses. M. Lejars cite une autre observation analogue.

Tout en étant partisan des opérations partielles et basses, M. Lejars croit que dans un certain nombre de cas l'amputation de cuisse d'emblée s'impose du fait de la lésion de la fémorale et de la poplitée. Les indications fournies par l'état des artères hautes sont donc des plus importantes. On peut à l'aide de la bande d'Esmarch produire une hyperémie qui renseigne sur l'état de ces artères.

Fracture du col fémoral et luxation congénitale de la hanche. — M. Broca signale un cas de luxation congénitale de la hanche prise pour une fracture du col du fémur : cette erreur se produit fréquemment.

M. Riche, à l'occasion de ces fausses fractures du col fémoral, cite l'exemple d'un jeune homme de seize ans et demi qui présenta des symptômes qui firent penser à une luxation congénitale de la hanche; il fit une chute de bicyclette; les douleurs s'accentuèrent et on prit pour une fracture un simple décollement épiphysaire. Il faut, dans ces cas, penser à un processus pathologique et non à un processus traumatique.

Estomac biloculaire. — M. Potherat analyse une observation de M. Gruget (de Laval), qui peut ainsi se résumer : femme de cinquante et un ans, souffrant depuis longtemps de l'estomac, examen radiobismuthé montrant un estomac biloculaire avec sténose du médio-gastrique et aussi sténose pylorique, gastroplastie et ensuite gastro-entérostomie postérieure, résultat thérapeutique excellent. M. Potherat conclut en disant que dans ces cas l'opération la plus simple est la meilleure. La gastro-entérostomie seule aurait suffit.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DES SCLÉROSES PULMONAIRES

Les scléroses pulmonaires sont l'aboutissant, la terminaison de diverses phlegmasies aiguës. Elles sont habituellement confondues avec la tuberculose dont elles ont les symptômes. L'existence ou l'absence de bacilles dans l'expectoration tranchera le diagnostic.

Le traitement de cette affection est surtout important avant que la lésion soit constituée. Il y a dans les affections pulmonaires une phase subaiguë qui doit retenir toute l'attention du médecin. Qu'il s'agisse d'une pneumonie, d'une bronchopneumonie, d'une pleurésie, si la résolution tarde à se faire, on s'adressera à une révulsion énergique, c'est-à-dire aux vésicatoires et aux pointes de feu. De plus, on fera varier la dose des expectorants employés et on en modifiera la nature. Ainsi, le kermès, la terpine, le terpinol, etc., seront remplacés par les comprimés ou cachets Roche de thiocol, beaucoup plus actifs sur la muqueuse dont ils fluidifient la sécrétion et qu'ils assèchent ensuite. Si ce médicament est déjà employé, on augmentera la dose et on donnera 4 à 6 unités par jour.

On utilisera aussi l'arsenic qui est toujours utile dans les affections chroniques du poumon et qui, de plus, agit favorablement sur l'état général.

La toux est calmée par l'opium. On le donnera sous la forme maniable du Pantopon. Le sirop de Pantopon est surtout indiqué lorsque la toux devient coqueluchoïde; deux à trois cuillerées à soupe par jour sont une dose suffisante pour amener la sédation et le retour du sommeil.

Dans la sclérose pulmonaire, il y a souvent des crises aiguës congestives qui peuvent prendre un caractère grave et compromettre même l'existence des malades. Dans ces périodes, on ramènera à 4 par jour les comprimés ou les cachets Roche de thiocol, on pourra donner l'ipéca à doses nauséeuses (50 à 75 centigrammes) et on utilisera tous les décongestionnants : ventouses sèches ou scarifiées, sinapismes larges et renouvelés.

Ainsi, on peut arrêter l'évolution sclérosante et l'empêcher d'arriver à cette phase d'incurabilité où le rôle du médecin devient très difficile et se borne à des conseils d'hygiène et de changements de climats.

Dr BIRHAL.

LIVRES NOUVEAUX

Atlas et notes de dermatologie, vénéréologie et modifications pathologiques de colorations (1), par le docteur André Lucas.

Nous tenons à signaler à nos lecteurs l'ouvrage dont le docteur A. Lucas commence la publication.

Il s'agit d'un atlas complet des maladies de la peau et des muqueuses, d'après nature, peut-on dire.

Toutes les planches sont, en effet, obtenues par la photographie des couleurs sur plaques autochromes Lumière, avec, pour modèles, soit les merveilleux moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, soit des sujets divers du même hôpital.

L'*Atlas* se présente sous une forme très portative (14 cent. de haut sur 10 cent. de large), dimension d'une carte postale.

Un dispositif fort ingénieux permet de réunir les planches ou de les isoler. Il est donc facile d'en changer le groupement, de les prendre en mains, hors de l'atlas, pour les confronter entre elles, suivre une description dans un ouvrage ou un journal médical, pour les faire circuler pendant un cours, une conférence, etc.

Le texte composant les « notes » annexées à l'*Atlas* sera sobre, nous dit M. Lucas. Il recherchera la clarté et la concision : nom de la maladie, étiologie et caractères principaux, symptomatologie, description, diagnostic, traitements actuels avec indication d'origine des méthodes préconisées. Tous les efforts tendront vers une documentation très exacte, résumant l'ensemble des connaissances nécessaires à la pratique et à l'étude. C'est ainsi que, par exemple, l'auteur a eu recours à l'obligeance et à la compétence toute spéciale de M. le docteur de Beurmann, pour exposer la question de la sporotrichose.

La photographie et les publications concernant les moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis ne sont pas toujours autorisées. Elles le sont même fort rarement. C'est dire tout l'intérêt de cette publication.

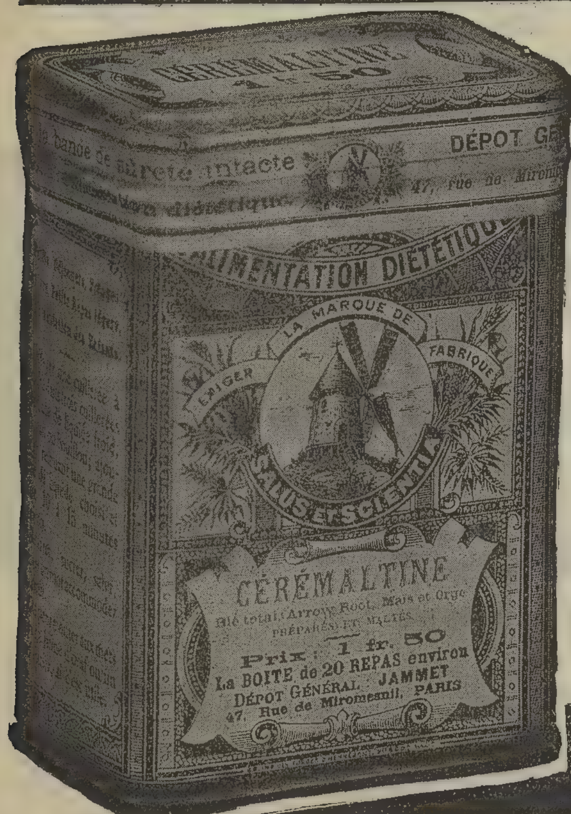
L. GAYARD.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Diagnostic biologique de la grossesse par la réaction d'Abderhalden, par le docteur E. Gaujoux (de Nîmes), ancien interne des hôpitaux de Montpellier, ancien élève de l'Institut Pasteur. Un fascicule in-8 dans la collection « l'Actualité obstétricale et gynécologique ». — Paris, A. Maloine.

(1) *Dermatoses, Atlas* du docteur André Lucas. Premier fascicule. Prix : 3 fr. 50. — Les fascicules paraîtront tous les deux mois. En souscription, le prix de chaque fascicule est abaissé à 3 francs, payable après réception de chaque fascicule. Pour souscrire, il suffit d'adresser une carte postale à M. Maloine, éditeur, 25-27, rue de l'Ecole-de-Médecine, avec nom et adresse très lisiblement indiqués.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.



CÉRÉMALTINE
DÉPOT GÉ
ALIMENTATION DIÉTÉTIQUE
LA MARQUE DE FABRIQUE
SALUS ET SCIENTIA
CÉRÉMALTINE
Blé total, Arrow-Root, Maïs et Orge
PRÉPARÉS ET MALTÉS
Prix : 1 fr. 50
La BOITE de 20 REPAS environ
DÉPOT GÉNÉRAL : JAMMET
47, Rue de Miromesnil, PARIS

N° 44. — MARDI 14 ET JEUDI 16 AVRIL 1914. 87e ANNÉE. MARDI 14 ET JEUDI 16 AVRIL 1914. — N° 44.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 10 francs par an. Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Lepage, Ribemont-Dessaignes, Porak, Potocki, Brault, Faure (qui acceptent); Pinard (qui n'a pas encore fait connaître son acceptation).

— CONCOURS DE L'INTERNAT DE BRÉVANNES. — Le jury est définitivement composé de MM. Merklen, Grégoire et Ribierre.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — M. Cabanes, chargé des fonctions d'agrégé (pathologie et clinique externes et clinique obstétricale), est prorogé dans lesdites fonctions à partir du 2 avril 1914 et jusqu'à l'ouverture du prochain concours d'agrégation.

— LYON. — M. Duroux, agrégé, est nommé, en outre, du 16 mars au 31 octobre 1914, chef des travaux de médecine opératoire, en remplacement de M. Tixier, appelé à d'autres fonctions.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle du 8 avril 1914 :

Médecins-majors de première classe. — MM. Pierron passe aux salles militaires de l'hospice mixte de Besançon; Biscons, à l'hospice mixte de Clermont-Ferrand; Laine, à l'hospice mixte de Saint-Mihiel; Descorps est affecté pour ordre à l'hospice mixte de Verdun; Crépet passe à l'hôpital militaire de Givet (médecin chef); Picqué, aux troupes d'occupation du Maroc occidental; Dusolier, au 24e d'artillerie.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Vincent passe au 12e d'artillerie de campagne; Thomas, au 40e d'artillerie; Malaspina, au 93e d'infanterie; Blau, au 40e d'infanterie; Grenier de Cardenal, au 74e d'infanterie; Pelegrin, au 6e génie; Demanneville, au 14e hussards; Pheulpin, aux troupes d'occupation du Maroc occidental; Verdeau, à la direction du service de santé du 13e corps d'armée; Gaisset, aux troupes d'occupation du Maroc occidental; Autour, au 10e d'artillerie à pied; Gobinot, au 76e d'infanterie; Loygue, au 72e d'infanterie; Rondot, à l'orphelinat Hériot (la Boissière); Lutrot, au 124e d'infanterie; Andrieu, au 100e d'infanterie; Mercier, aux troupes d'occupation du Maroc occidental; Guillouin, au 52e d'infanterie; Riss, aux troupes d'occupation du Maroc oriental; Chéneby, au 4e dragons.

Médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — M. Turrel est désigné, sur sa demande, pour les troupes d'occupation du Maroc occidental.

LES MÉDECINS AUXILIAIRES DE LA MARINE. — A la demande du ministre de la marine, la commission de l'armée du Sénat vient d'insérer dans la loi de redressement des dispositions aux termes desquelles les étudiants en médecine munis de douze inscriptions incorporés dans la flotte pourront, à l'expiration de leur première année d'activité, être nommés médecins auxiliaires. Les étudiants en pharmacie pourront être nommés pharmaciens auxiliaires dans les mêmes conditions.

Les médecins et pharmaciens auxiliaires qui, pendant leur présence sous les drapeaux, passeront leur doctorat ou leur examen de pharmacien ne pourront pas être nommés médecins ou pharmaciens de troisième classe de réserve de la marine.

Ils devront, ou continuer leur service comme auxiliaires et être versés dans la réserve en cette qualité, ou passer dans le corps de santé de l'armée. Cette prohibition a été édictée, car la marine ne recrute ses officiers de réserve du corps de santé que parmi les démissionnaires du cadre actif ou les retraités.

Contrairement à ce qui se passe dans l'armée, les médecins auxiliaires de la marine ne trouveront leur utilisation que dans les hôpitaux des ports de guerre.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE. — La prochaine séance aura lieu à l'Asile clinique (amphithéâtre de

RENSEIGNEMENTS

511. — **UNE SÉRIE DE CONFÉRENCES EN VUE DU CONCOURS DE L'INTERNAT** de l'hôpital Saint-Joseph de Paris sera inaugurée prochainement à cet hôpital. — Pour renseignements, s'adresser à la salle de garde.

l'admission) le lundi 20 avril 1914, à trois heures et demie, très précises.

ASSOCIATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES LYONNAIS. — Formée entre les médecins pratiquant les spécialités déjà constituées en syndicats nationaux ayant leur siège à Paris, cette nouvelle institution se propose l'examen et l'étude des questions d'ordre professionnel intéressant plus particulièrement les spécialistes et que, trop absorbés par la défense des intérêts plus généraux de la profession médicale, les syndicats locaux avaient parfois tendance à laisser au second plan. Les spécialistes estiment, d'autre part, qu'ils ont intérêt à s'unir et à se prêter un mutuel appui entre spécialités différentes pour la réalisation des desiderata de leurs syndicats nationaux respectifs.

L'Association a élu président M. le docteur Julien Tellier. Les membres fondateurs sont répartis comme suit :

Dermatologie : MM. les docteurs Augagneur, Carle, M. Favre, Gaté, Jambon, Massia, Moutot, Ribollet.

Electrothérapie et radiothérapie : MM. les docteurs Arcelin, Chanoz, Chardon, Jaubert de Beaujeu, Malot.

Kinésithérapie : MM. les docteurs Boussuge, Gaston, Gérard Monod, Quincieu.

Ophtalmologie : MM. les docteurs Aurand, Coronat, Dor, Genet.

Oto-rhino-laryngologie : MM. les docteurs Bélissen, Ferran, Jacod, Perretière, Rougier, Sargnon.

Stomatologie : MM. les docteurs Bouchard, Caillon, Mileff, Musy, Pont, Sabatier, C. Tellier, J. Tellier, Therre, Vichot.

Urologie : MM. les docteurs Guiliani, Reynard, Verrière.

CONGRÈS

XXIVe CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE. — Le XXIVe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Luxembourg, du 3 au 7 août 1914.

Le bureau est constitué de la façon suivante : président, M. E. Dupré, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, médecin en chef de l'infirmerie spéciale de la préfecture de police ; vice-président, M. H. Meige, secrétaire général de la Société de neurologie de Paris ; secrétaires généraux, M. L. Buffet, directeur médecin de l'asile d'aliénés d'Ettelbruck (grand-duché de Luxembourg) ; M. R. Lalanne, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Maréville, près Nancy (Meurthe-et-Moselle).

Travaux scientifiques. — I. Rapports et discussions sur les questions à l'ordre du jour :

a. M. Delmas. *Les Psychoses postoniriques.*

b. M. Coulonjou. *Les Maladies mentales professionnelles.*

c. M. Roussy. *Les Lésions du corps thyroïde dans la maladie de Basedow.*

II. Communications originales sur des sujets de neurologie et de psychiatrie.

Excursions. — Pendant le Congrès, on visitera l'établissement thermal de Mondorf-les-Bains, l'asile d'aliénés d'Ettelbruck (Maison de santé de l'Etat), et il sera organisé une excursion automobile qui permettra de voir les principales curiosités du grand-duché de Luxembourg. Après la clôture des travaux du Congrès, on terminera par un voyage circulaire facultatif de quatre jours par Metz, Mayence, la vallée du Rhin (en bateau à vapeur), jusqu'à Cologne et retour par la vallée de la Moselle.

Renseignements généraux. — Le Congrès comprend :

1° Des membres adhérents ;

2° Des membres associés (dames, membres de la famille, étudiants en médecine) présentés par un membre adhérent.

Les asiles d'aliénés inscrits au Congrès sont considérés comme membres adhérents.

Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents et de 10 francs pour les membres associés.

Les membres adhérents recevront, avant l'ouverture du Congrès, les trois rapports et, après le Congrès, le volume des comptes rendus.

Les médecins de toutes nationalités peuvent adhérer à ce Congrès, mais les communications et discussions ne peuvent être faites qu'en langue française.

Une réduction de 50 p. 100 sur le prix des billets ordinaires, avec validité du 25 juillet au 20 août, sera demandée sur tous les réseaux des chemins de fer français.

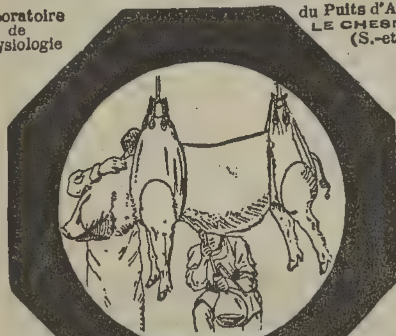
Prière d'adresser les adhésions et cotisations au docteur Lalanne, médecin en chef de l'asile de Maréville, près Nancy (Meurthe-et-Moselle).

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de chirurgie. — (N° 3, 25 mars 1914.) G. Coudray : La hanche à ressort. — A. Parcelier et A. Lacoste : Fistule congénitale de la lèvre supérieure. — Mauclaire : Greffes craniennes.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 13, 29 mars 1914.) Mauriac et Sérégé : Sur les rapports fonctionnels des formations lobaires hépatiques et des divers segments du tube gastro-intestinal. Leur rôle en pathologie. — A. Venot : Traitement de l'anthrax. — (N° 14, 5 avril.) Leuret : Etude sur quelques points relatifs au sevrage. — Brial et Petges : Ostéo-périostite syphilitique d'un tibia.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 10, 10 mars 1914.) Gennerich : Résultats donnés par le salvarsan à l'Hôpital maritime de Wik. — Schreiber : Mode d'action du salvarsan et du mercure dans la syphlis. — Dreyfus : Trois années de salvarsan dans la syphilis du centre nerveux. — Jwaschenzoff : Salvarsanthérapie et syphilis du système nerveux central. — Leredde : Technique de la stérilisation de la syphilis par le salvarsan. — Weichselmann et Eicke : Technique et action des injections souscutanées de néosalvarsan. — Ratzenstein : Technique et résultats des injections intraveineuses de néosalvarsan. — Seiffarth : Technique de l'injection concentrée de néosalvarsan. — Hardrat : Contribution à la réinfection syphilitique. — Lener : Un cas particulier de réinfection syphilitique. — Pöhlmann : Sur la question de l'hypersensibilité aux médicaments. — Kirchner : Fracture de la base du crâne avec participation de l'apophyse mastoïde. — (N° 11, 17 mars.) Baeyer : Action de l'extension articulaire. — Pagenstecher : Recherches expérimentales sur l'origine d'anomalies et de malformations congénitales chez les nourrissons. — Hoffmann : Le processus de formation de la cataracte et sa reproduction *in vitro*. — Luiden : Recherches sur l'affinité et la toxicité des sels de cuivre et de bleu de méthylène pour le bacille tuberculeux. — Kaemmerer : Etiologie de l'endocardite lente. Le micrococcus flavus comme agent. — Meirowski : Recherches sur la situatation des spirochètes dans le système. — Vulpius : Contribution à la mobilisation opératoire des articulations. — Drachter : Diagnostic de la péritonite du nourrisson et de l'enfant. — Flörcken : Contribution clinique à la suture circulaire des vaisseaux. — Strauch : Maladies d'irritation et d'induction des enfants. — Swart et Terwen : Technique de la réaction d'Abderhalden. — Bechauer : Lutte contre la diphtérie à Augsburg. — Krüger : Sur le traitement de l'othématome.


SUC GASTRIQUE PUR
du porc vivant
DYSPEPTINE du Dr HEPP
AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES
Laboratoire de Physiologie
du Puits d'Angle
LE CHESNAY
(S.-et-O.)
Dépôt pour PARIS
CARRION & Cie
54, Faubg Saint-Honoré

ÉTUDE CLINIQUE

DE

LA TENSION ARTÉRIELLE VARIABLE

SA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE ET PRONOSTIQUE

Par M. Louis-Albert AMBLARD
(de Vittel),
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Ancien assistant de la consultation des maladies du cœur
à l'hôpital Necker.

La tension artérielle variable, appelée Pulsdrück par les auteurs allemands, Pulspressure par les auteurs anglais et américains, représente l'écart qui sépare les tensions artérielles maxima et minima.

Ces diverses variétés de pression, qui avaient fait à l'étranger l'objet d'études approfondies, étaient, il y a quelques années encore, complètement négligées en France, où le sphygmomanomètre de Potain et le sphygmomètre de Block étaient seuls employés. A la suite des recherches que nous avons publiées sur cette question, les termes de tension minima et de tension maxima, que nous avions proposés, ont été acceptés par la généralité des auteurs et ont suffisamment pénétré dans la littérature médicale pour nous permettre d'être brefs dans le rappel que nous croyons cependant devoir faire du mécanisme de la tension artérielle.

La tension artérielle est la résultante de deux éléments antagonistes : 1° la force développée par le ventricule gauche qui tend à chasser le sang du cœur vers les petits vaisseaux périphériques; 2° la résistance opposée à l'écoulement constituée elle-même par trois éléments : *a*. le degré de viscosité en sang; *b*. la friction du sang sur les parois artérielles; *c*. le degré de contraction plus ou moins accentuée des petits vaisseaux périphériques; ce dernier facteur a une importance considérable.

L'un des facteurs, la résistance à l'écoulement, étant susceptible de variations assez peu sensibles d'un instant à l'autre; le second, la force propulsive développée par la contraction ventriculaire se manifestant, au contraire, d'une façon intermittente pour accroître brusquement la masse du sang contenue dans l'arbre artériel, il s'ensuit que la valeur de la pression à laquelle est soumise la paroi du vaisseau varie constamment. Elle s'accroît sous l'influence de l'ondée sanguine et atteint assez brusquement un maximum (tension artérielle maxima), puis retombe durant le temps qui sépare cette ondée d'une ondée consécutive jusqu'à un minimum (tension artérielle minima). Momentanément, une cause peut modifier l'un ou l'autre de ces facteurs qui, en temps normal, s'équilibrent de façon à assurer les conditions optima de circulation. Mais des phénomènes régulateurs interviennent pour rétablir le régime antérieur, ou, si la cause du trouble persiste, pour établir un régime circulatoire nouveau et tel que les conditions exigées pour le cheminement du sang du centre vers la périphérie soient remplies. En dehors des cas où, sous une influence passagère quelconque, émotion par exemple, l'énergie de la contraction ventriculaire s'exagère momentanément, la tension maxima n'est augmentée que dans la mesure précise que nécessite l'élévation de la tension minima à laquelle elle est subordonnée. C'est donc surtout le resserrement des petits vaisseaux qui réglera la tension artérielle. La tension minima est le reflet de la résistance périphérique. La tension maxima indique la limite qu'atteint la pression sous l'influence de la contraction ventriculaire; la tension variable représente la valeur de l'accroissement de pression que cette contraction provoque rythmiquement dans le système artériel.

D'expériences multiples poursuivies chez des amputés par introduction de canules dans les artères du bras, il semble résulter que la pression artérielle de l'homme soit d'environ 125 millimètres de Hg pour la tension maxima, de 75 millimètres de Hg pour la tension minima; par conséquent de 50 millimètres de Hg pour la tension variable. Mais, nous le répétons, il s'agit là du chiffre de tension dans les artères de moyen calibre. Et ce que nous venons d'exposer plus haut nous amène à penser que ce chiffre, qui représente un écart entre deux pressions se comportant différemment, n'est pas fixe mais varié suivant qu'on considère les grosses artères au voisinage du cœur, ou les artérioles périphériques.

La pression artérielle décroît, en effet, du centre vers la périphérie. L'ondée sanguine projetée violemment dans le système artériel distend brusquement les parois aortiques. Eminemment élastiques à ce niveau, celles-ci se prêtent admirablement au rôle qui leur est dévolu, et la tension maxima atteint à ce moment son point le plus élevé. Mais, à mesure que l'ondée chemine, l'énergie dont elle est animée s'use par frottement le long des parois artérielles, plus particulièrement au niveau des coudures et flexuosités. La tension maxima baisse donc pour cette première raison et pour cette seconde, la résistance croissante qu'oppose, à la distension, la paroi artérielle, dont la structure se modifie à mesure qu'on s'éloigne du cœur, les fibres élastiques allant diminuant tandis que l'élément musculeux prend une place prépondérante. Ainsi s'explique la différence appréciable (3 centimètres de Hg au minimum), des chiffres de tension maxima notés chez un même sujet au niveau de l'aorte et de l'artère fémorale.

Quant à la tension minima, son abaissement vers la périphérie, en admettant même qu'il existe, ne saurait être qu'insignifiant. La pression variable varie donc nécessairement, s'abaissant à mesure que l'on s'approche des artérioles; au moment où celles-ci vont se diviser en un rameau de capillaires, où, à la tension artériolaire toujours élevée, va se substituer la tension capillaire, insignifiante, où l'intermittence dans le jet du sang, observée à la section d'une grosse artère, tend à faire place à un jet continu, les deux tensions maxima et minima se sont étroitement rapprochées, et la tension variable se trouve réduite à un minimum.

Il est ainsi aisé de comprendre que l'étude de la tension variable isolée est presque sans intérêt. Observe-t-on une tension variable très élevée; on peut cependant en conclure que le cœur se trouve

dans l'obligation actuelle de fournir un effort anormal, et que, pour le moment, il suffit à sa tâche, sans cependant avoir aucun renseignement sur la valeur de cet effort. L'énergie que nécessite l'élévation de la pression de 10 centimètres de Hg n'étant en rien comparable suivant qu'il s'agit d'élever cette charge de 7 à 17 centimètres de Hg, par exemple, ou de 20 à 30 centimètres de Hg.

La diminution de la tension variable, considérée isolément, ne fournit également que peu de renseignements. Elle indique seulement que l'énergie ventriculaire est au-dessous de la normale, soit qu'il s'agisse d'un état habituel avec adaptation plus ou moins parfaite du sujet, ou d'un accident rapide, subit, modifiant une tension habituellement normale ou exagérée, et traduisant l'insuffisance aiguë du ventricule.

L'étude de la tension variable ne peut donc être séparée de celle de la tension minima.

Hypertension variable. — Sa signification et son mécanisme varient suivant que la pression minima est augmentée ou abaissée.

Hypertension variable avec hypotension minima. — La coexistence d'une pression minima au-dessous et d'une pression variable au-dessus de la normale,

TMn = 60, TV = 110 millimètres de Hg,

par exemple, dénote une insuffisance aortique pure par destruction valvulaire et atteinte locale, sans participation d'un processus scléreux rénal et artériel généralisé. Le type en est réalisé par l'insuffisance aortique rhumatismale et l'insuffisance aortique typhique.

La progression du sang dans le système artériel et son arrivée à la périphérie sous une certaine pression nécessitent, en effet, cet écartement anormal des pressions maxima et minima. Après que l'ondée sanguine a été lancée dans l'aorte où elle accroît brusquement la tension, la fermeture des valvules sigmoïdes empêche le sang de refluer vers le cœur et s'oppose à une chute de la pression au-dessous d'un certain chiffre, 75 millimètres de Hg par exemple, qui représente le minimum auquel la pression puisse tomber normalement à aucun moment de la révolution cardiaque. Mais, si l'ouverture des petits vaisseaux périphériques ne subissant aucune modification, c'est-à-dire la résistance périphérique demeurant égale, une partie du sang introduit dans le système artériel par la contraction ventriculaire reflue vers le cœur par destruction des valvules orificielles, la pression minima s'abaisse nécessairement.

Or, le chiffre de la tension maxima est réglé par celui de la tension minima de telle façon que le sang puisse cheminer sous une pression moyenne se rapprochant autant que possible de la normale. La tension maxima s'élève donc jusqu'au point nécessaire pour que la pression moyenne normale soit réalisée. D'où exagération de la tension variable.

Hypertension variable avec hypertension minima. — Cette nécessité où se trouve le cœur de maintenir un certain écart entre les pressions pour assurer la circulation du sang du cœur vers la périphérie, va encore expliquer l'hypertension variable que l'on note au cours de l'artériosclérose où la pression minima est, du moins un certain temps, au-dessus de la normale.

TMn = 130, TV = 100 millimètres de Hg

se rencontrent assez fréquemment.

Il s'agit alors d'hypertension artérielle vraie, à la période où le cœur lutte victorieusement contre l'hypertension minima que le spasme périphérique détermine. Tant que le cœur sera suffisant, la tension variable conservera cette valeur, 100 millimètres de Hg, par exemple, supérieure de beaucoup à la normale.

Car les courbes d'augmentation de la tension minima et de la tension variable n'offrent aucun parallélisme. La tension minima augmente-t-elle de 20 millimètres de Hg, la tension variable augmente de 30 millimètres. La tension minima augmente-t-elle de 40 millimètres, la tension variable augmente de 70, de 80 millimètres, ou même de plus. L'hypertension variable est d'autant plus grande que la tension minima est plus élevée, du moins tant que le cœur demeure suffisant. Les raisons en sont multiples, et se rattachent aux variations d'élasticité de la paroi artérielle.

Lorsque le cœur travaille dans des conditions normales, l'ondée sanguine, pour se loger dans le système artériel, élève la pression de 70 millimètres à 125 millimètres de Hg, les artères étant très éloignées de leurs limites d'élasticité. Mais, lorsque la pression devient anormalement élevée, par suite du spasme périphérique, la paroi se rapproche de cette limite d'élasticité, et l'entrée d'une ondée sanguine égale distend l'artère d'une valeur plus grande, et d'autant plus grande, par conséquent, que la résistance périphérique est plus accentuée.

Il faut encore noter que des lésions pariétales peuvent aussi découler directement du trouble fonctionnel périphérique, car on a montré que la circulation sous une pression élevée d'eau chargée de chlorure de sodium peut, à la longue, déterminer une altération scléreuse des parois artérielles.

Enfin l'affection, qui provoque le spasme périphérique et diminue fonctionnellement l'élasticité artérielle, peut agir directement sur la paroi vasculaire, et en diminuer matériellement l'élasticité, par substitution du tissu scléreux au tissu élastique, exagérant ainsi par elle-même l'hypertension variable.

Cette affection, la syphilis, presque toujours, du moins chez les sujets encore jeunes, non seulement peut altérer les parois vasculaires, mais aussi les valvules aortiques. Le mécanisme que nous avons décrit dans le chapitre précédent, pour l'insuffisance aortique simple, va donc se reproduire, la tension minima, bien que toujours trop élevée, diminue par suite de l'insuffisance valvulaire, du reflux diastolique du sang dans le cœur et l'hypertension variable atteint alors un chiffre qui peut être énorme :

T. Mn = 100, T. V. = 140 millimètres de Hg,

par exemple.

Inutile d'insister sur le travail considérable que le cœur, en pareil cas, est obligé de fournir. Si quelque accident d'un autre ordre n'intervient pas, à un moment quelconque, le cœur ne suffit plus à cette tâche écrasante et le malade entre en asystolie.

II. Hypotension variable. — Deux cas sont à considérer suivant que l'hypotension variable accompagne une pression minima, trop élevée ou trop basse.

a. *Hypotension variable avec hypertension minima.* — Ce cas est réalisé lorsque l'on note, par exemple, ces chiffres

T. Mn = 120, T. V. = 30 millimètres de Hg,

où l'élévation de la tension minima montre qu'il s'agit d'un malade artérioscléreux avec spasme périphérique, chez qui l'insuffisance de la tension variable montre l'impossibilité où est le cœur de suffire plus longtemps à la tâche exagérée qui est exigée de lui. Cette insuffisance peut apparaître lentement, avec la « mitralisation du pouls » qui caractérise la dernière période des cardiopathies artérielles de notre maître Huchard, ou bien, brusquement, en quelques secondes, s'accompagnant d'œdème aigu du poumon.

b. *Hypotension variable avec hypotension minima.* — C'est là un cas très fréquemment observé :

T. Mn = 60, T. V. = 40 millimètres de Hg.

Il s'agit de malades dont la tension minima est abaissée habituellement, sans doute par un poison vaso-dilatateur, avec un ventricule dosé d'une énergie insuffisante. C'est la tension type des tuberculeux, ou candidats à la tuberculose.

La constatation des divers cas que nous venons de passer en revue comporte des significations pronostiques très diverses. Malgré l'effort exagéré que nécessite de lui la tâche d'élever la pression variable de plusieurs centimètres de mercure supplémentaires, le cœur, en cas de tension minima basse (insuffisance aortique pure), résiste fort longtemps, sans fléchir. La mort par asystolie n'est pas la règle dans cette affection, comme dans l'insuffisance mitrale. Mais il en est tout autrement dans l'artériosclérose, lorsque l'hypertension variable accompagne une tension minima élevée. A un premier stade, pendant lequel, la sclérose rénale dominant la scène, l'hypertension peut exister seule, sans lésions valvulaires, en succède un second, avec, assez fréquemment, insuffisance aortique due à la dislocation de l'orifice aortique, suivant un mécanisme que nous avons déjà décrit. Au cas où l'aortite se développe parallèlement à la sclérose rénale ces deux stades se confondent.

Le cœur ne saurait résister très longtemps, sans défaillir, à l'énorme effort qu'il est dans l'obligation de fournir sans trève, d'autant que lui-même est atteint dans sa texture, par l'affection causale. Dans un délai en général assez court, il fléchit, lentement, après avoir présenté comme symptôme d'alarme, à l'auscultation, un galop au moment des efforts d'abord, un galop continu ensuite. Le tableau clinique de l'asystolie est alors réalisé. Mais, dans d'autres cas, la déficience ventriculaire peut se manifester brusquement et les tensions minima et variables tombent de plusieurs degrés. La chute peut atteindre 20 à 30 millimètres pour la minima, alors que la tension variable, de 70 à 80 millimètres, par exemple avant la crise, peut être réduite à 30 ou 40 millimètres de Hg, ou même à moins encore.

Sous l'influence d'un traitement approprié, l'état circulatoire peut s'améliorer ; mais sans jamais revenir à la normale et l'on peut admettre comme une règle très générale que l'équilibre aussi complètement rompu ne se rétablit plus.

ACTUALITÉS

TUBERCULOSE RÉNALE FERMÉE

La tuberculose rénale fermée se caractérise par l'oblitération complète de l'uretère. L'oblitération est due à une néoformation caséeuse suivie d'oblitération fibreuse par cicatrisation de l'ulcération [Hallé et Motz] (1). La conséquence de cet état pourra être l'*atrophie du rein*, suivie de la disparition de tout élément glandulaire. Ce mode de guérison relative est long à s'établir, et constitue une terminaison *exceptionnelle*. Dans la majorité des cas la substance rénale est à peu près détruite, on ne retrouve que quelques vestiges de tubes et de glomérules fortement altérés. La masse principale est constituée par une substance variable. Tantôt le rein réduit à une coque mince, contient soit une sorte de mastic de vitrier, soit du pus caséeux, soit un liquide citrin, transparent, comme celui des hydronéphroses, soit une masse calcaire analogue à celle des « tophi de goutteux » (Tuffier). Ce qui reste du parenchyme rénal est altéré, détruit par les lésions fibreuses qui ont étouffé les éléments nobles.

Au point de vue clinique, deux cas peuvent se présenter :

1° La tuberculose rénale (cas habituel) évolue *normalement*, puis un beau jour les phénomènes d'oblitération se manifestent.

2° L'évolution de la tuberculose rénale est *latente*, d'emblée l'uretère s'oblitère, et c'est alors des signes purement rénaux qui traduisent la lésion. Le diagnostic est pratiquement impossible. En mai 1913, mon maître Marion a fait dans son service de Lariboisière une néphrectomie pour gros rein caséeux, plein de mastic, qui n'avait présenté aucun signe urinaire proprement dit; cliniquement c'était une tumeur rénale, rien de plus.

Le diagnottic du rein exclu se fera par la cystoscopie. On fera au préalable une injection de carmin, d'indigo, dans la fesse; puis on examinera un quart d'heure plus tard la vessie; on verra, d'un côté du trigone, un méat donnant du bleu, et de l'autre côté pas d'éjaculation.

Parfois il y a disparition complète de l'orifice urétéral, lorsque l'oblitération s'est faite au niveau même du méat urétéral. Là, on trouve une zone blanche, exsangue, immobile ; une sonde urétérale fouille en vain la région. Mais, si l'orifice persiste, et si on introduit une sonde urétérale, la sonde ne ramène pas d'urine, elle bute quelques centimètres plus haut, au point correspondant à l'oblitération. En général, l'orifice urétéral est visible, mais moins coloré, moins profond, son niveau est le même que celui de la muqueuse vésicale voisine, les vaisseaux qui normalement sont nombreux auront à peu près disparu.

(1) Ehrenpreis. Tuberculose rénale fermée, *Presse médicale*, 24 janv. 1914.

Si on pousse, à l'aide de la sonde, une injection de collargol à 10 p. 100 dans l'uretère, cette dernière n'atteindra pas le bassinet; le malade accuse une douleur avec 1 centimètre cube à peine, et la preuve en sera faite par la radiographie. Le palper lombaire fera constater souvent une tumeur mobile, régulière ou bosselée, plus ou moins résistante, ayant la forme du rein.

Le PRONOSTIC du rein oblitéré n'est pas aussi bénin qu'on pourrait le croire, il pourrait sembler au premier abord que, l'uretère étant oblitéré, il n'y a plus aucune menace de bacillose pour la vessie ou l'organisme puisque le foyer est enkysté; or, il n'en est rien, le *rein malade avec uretère oblitéré reste nuisible à l'organisme*, d'abord par les *bacilles* qu'il possède, par les *toxines* qu'il sécrète, et par les phénomènes *réflexes* qu'il provoque sur le rein congénère.

Le chirurgien peut en effet se demander si, du côté de l'uretère oblitéré, il est bien nécessaire de néphrectomiser. Le problème est résolu par l'affirmative.

Si on examine un rein oblitéré tuberculeux, on trouve en effet dans la paroi de la poche rénale des follicules tuberculeux. Si les lésions spécifiques manquent dans la substance rénale, la valeur fonctionnelle de celle-ci est fortement diminuée et on peut supprimer le rein sans regret. Nulle également est la valeur de sécrétion interne, et cette nullité physiologique tient à ce fait que l'élément noble de la glande rénale est noyé au milieu d'un tissu fibreux hypertrophié. On sait d'ailleurs combien est faible la valeur fonctionnelle d'un rein qui présente seulement quelques granulations tuberculeuses discrètes.

Quant au contenu des cavernes, il est encore virulent, le fait est démontré par l'examen bactériologique, et par des inoculations au cobaye, qui dans la majorité des cas sont positives. La persistance des bacilles se constate dans les cavernes qui contiennent du pus caséeux, et même des débris calcaires ou du liquide citrin. Le rein exclus est donc une menace pour l'organisme, car les bacilles passent dans la circulation générale par l'intermédiaire des vaisseaux, à la faveur d'une solution de continuité de la poche, ou de quelque altération vasculaire, si fréquente dans les foyers tuberculeux. D'ailleurs, l'ablation d'un rein tuberculeux fermé, même chez un tuberculeux pulmonaire, améliore immédiatement le poumon.

EHRENPREIS (1) signale le cas d'un malade, d'une pâleur et d'une faiblesse impressionnantes; dès que la néphrectomie fut faite, en quelques semaines le sujet augmenta de 13 kilogrammes.

La néphrectomie est également indiquée pour combattre la sympathie pathologique qui existe entre les deux reins, comme entre les deux yeux; de même qu'il existe une ophtalmie sympathique, une néphrite sympathique peut exister. D'aprés Teissier, rien n'est plus nocif pour un rein sain que les toxines élaborées par son congénère. La néphrite ainsi provoquée évolue lentement; au début, il existe une albuminurie simple, sans cylindres; elle disparaît rapidement après la suppression du rein tuberculeux. Mais si cette source d'intoxication persiste, la néphrite toxinienne évoluera comme une néphrite banale; il en résultera un véritable mal de Bright dont on ne soupçonnera pas l'origine. EHRENPREIS signale ainsi le cas de malades de Gallavardin et de Rebattu qui moururent d'urémie, et chez lesquels on découvrit avec surprise un rein tuberculeux d'un côté, et néphrétique de l'autre.

La tuberculose rénale, exclue par oblitération urétérale, n'est donc pas une tuberculose guérie, elle constitue un foyer dangereux pour le rein opposé et pour tout l'organisme. La néphrectomie s'impose. Les cas de néphrectomie opérés par PAUCHET et SOURDAT (d'Amiens), après *anesthésie régionale*, prouvent que la néphrectomie pour rein bacillaire a des limites très étendues, et que, même dans les cas où le rein sain est un peu malade, le chirurgien peut sans crainte de mort en pratiquer l'ablation.

Grâce à l'anesthésie locale, à la suppression du drainage, et à l'injection immédiate d'alcool absolue dans l'uretère (PAUCHET), la néphrectomie pour rein tuberculeux n'est pas plus grave qu'une amputation de doigt, si le rein opposé suffit encore à la dépuration sanguine.

(1) EHRENPREIS. Loc. cit.

L'ENFUMAGE IODÉ DANS LE TRAITEMENT DE LA CYSTITE TUBERCULEUSE

Toute cystite tuberculeuse étant la conséquence presque obligée d'une tuberculose rénale, on peut dire avec de grandes chances de raison, que toute tuberculose vésicale se traitera par l'ablation du rein malade.

Cette formule serait toujours exacte si les malades étaient opérés, dès le début et dès les premiers symptômes de la tuberculose urinaire; malheureusement un grand nombre de sujets traînent des mois et même des années, avant que le diagnostic soit posé.

La tuberculose rénale se manifeste généralement assez tôt par des troubles fonctionnels (cystalgie, hématurie, pyurie, albuminurie), pour que le diagnostic soit fait en temps opportun, et pour que le rein malade soit enlevé avant que le rein opposé soit atteint, et avant que la vessie elle-même ne présente des ulcérations.

Néanmoins, actuellement encore, il y a de nombreux malades qui ne sont point opérés avant l'apparition des phénomènes cystiques, voire même avant la lésion du rein opposé. Dans ces cas, soit que le rein malade ait été enlevé, soit que le cas soit inopérable par suite de la lésion des deux reins, il en résulte des lésions vésicales douloureuses qu'il faut traiter.

Pour traiter ces lésions, qui sont généralement pénibles par suite des douleurs et de la suppuration qu'elles entraînent, les moyens classiques sont souvent inefficaces.

L'absorption du bleu de métylène à l'intérieur calme souvent les douleurs, les injections d'huile goménolée donnent également de bons résultats, l'héliothérapie sur la région abdominale a l'avantage de stimuler les forces du malade et de faciliter la cicatrisation tuberculeuse; l'injection intramusculaire des corps immunisants est également à utiliser. Mais parmi les traitements locaux destinés à combattre directement les lésions tuberculeuses de la vessie, nous pouvons considérer que le traitement de choix est l'ENFUMAGE IODÉ qui doit une si grande vogue aux travaux de Louge, que connaissent bien les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux*. La technique en a été décrite par Farnarier (de Marseille) et par Normand, celui-ci à la suite d'une série d'observations prises dans le service de Marion (1).

Les *vapeurs d'iode* sur les muqueuses malades agissent comme antiseptique et irritant, ou comme sédatif et analgésique; le résultat dépend des sujets. Ce traitement a pour conséquence la disparition ou la diminution de la congestion, des œdèmes, des ulcérations, des granulations; les douleurs locales et l'état général s'améliorent.

DESCRIPTION DE L'APPAREIL. — L'appareil de Farnarier est d'une extrême simplicité, il est décrit dans le *Journal d'urologie* (page 272, 15 mars), mais n'importe quel praticien peut exécuter le traitement avec une ampoule à deux tubulures et une seringue vésicale ordinaire.

La technique de l'enfumage iodé est simple, le seul instrument spécial nécessaire est une ampoule en verre de 30 centimètres cubes avec un goulot. A l'un des tubes de verre on adapte un tube de caoutchouc qui aboutit à une seringue vésicale; à l'autre, on adapte un second tube qui sera mis en rap-

(1) Voir le bon travail de NORMAND, Traitement de la tuberculose vésicale par l'enfumage iodé, *Journ. d'urol.*, 15 mars 1914.

port avec une sonde vésicale. L'opérateur jettera dans l'ampoule une pincée d'iodoforme, la chauffera au-dessus d'une lampe et, dès que les vapeurs violettes se dégageront, chassera les vapeurs avec la seringue vésicale et les enverra dans la vessie.

La technique opératoire et les détails jouent un tel rôle dans le résultat thérapeutique, qu'il est nécessaire d'insister sur ces derniers.

Il est indispensable que l'iode venant en contact avec la muqueuse malade soit à l'état naissant. Etant donné que l'iodoforme contient 97,50 p. 100 d'iode, c'est la substance qu'il faut employer. Il faut chauffer l'ampoule avec *lenteur, douceur, graduellement, juste assez pour provoquer la formation* des vapeurs violettes qui indiquent l'iode à l'état naissant, et pour éviter la fusion de l'iodoforme, car la sublimation de l'iode qui se cristallise sur les parois de l'ampoule, de la sonde et de la vessie, peut provoquer l'irritation violente de cet organe. On introduira dans l'ampoule *10 centigrammes d'iodoforme*, et on s'arrêtera dès que le malade éprouvera un besoin violent d'uriner. Il ne faut jamais insister.

L'opérateur commencera par *laver la vessie*, avec l'eau boriquée, de façon à enlever le pus qu'elle peut contenir, puis il choisira une sonde en gomme, dont le volume sera aussi gros que possible; plus ce calibre est considérable, et mieux le résultat thérapeutique est assuré. Ainsi que je l'ai déjà dit, il mettra une pincée d'iodoforme (de 5 à 10 centigrammes) dans le ballon, de l'iodoforme chimiquement pur, et bien conservé, dans un flacon hermétiquement bouché.

Le malade sera placé sur une *table à examen*, urinaire ou gynécologique, le siège et la tête légèrement élevés, bien appuyés, les jambes écartées et bien libres. Le méat et l'urètre seront lavés à l'eau boriquée. La sonde en gomme sera introduite dans la vessie qui sera lavée avec un peu d'eau boriquée tiède. L'appareil est alors placé entre les jambes du malade, la seringue est confiée à un aide qui se tient prêt à la faire fonctionner.

L'opérateur procède à la *décomposition de l'iodoforme*; il promène légèrement d'une main la lampe à alcool au-dessous de l'ampoule et surveille le développement de la vapeur violette qui se dégage dans l'ampoule et chasse l'air au dehors. Dès que la vapeur d'iode apparaît à l'extrémité de la canule, la lampe est mise de côté et la canule est adaptée au pavillon de la sonde; aussitôt l'aide presse lentement sur le piston de la seringue. Dès que le malade éprouve une douleur vive ou un besoin pressant d'uriner, ce qui se produit en général au bout d'une demi-minute, d'une minute ou de deux minutes, on enlève la canule, la séance est terminée.

Les *séances se font une ou deux fois par semaine* suivant la tolérance du sujet; il faut avant tout éviter de le faire souffrir, sinon le malade ne voudrait pas subir une nouvelle séance qui lui est pourtant bien utile.

D'après les observations de NORMAND (1) il y a quelques erreurs de technique susceptibles de provoquer une réaction douloureuse insolite :

1° La blessure de l'urètre ou de la vessie par une sonde trop grosse ;

2° L'emploi d'une sonde trop petite qui a le défaut de laisser échapper les vapeurs iodées entre la sonde et l'urètre;

3° La décomposition de l'iodoforme par une chaleur trop intense; décomposition qui peut causer des brûlures, un spasme vésical, des dépôts de cristaux d'iode dans la vessie;

4° L'injection d'une trop grande quantité d'iodoforme qui entraîne la pénétration d'une trop grande quantité d'iode;

5° L'encrassement de l'ampoule qui fait que la chaleur agit imparfaitement sur l'iodoforme et qui permet le passage de corps étrangers dans la vessie;

6° L'iodoforme impur, altéré par l'air ou l'humidité;

(1) NORMAND. Loc. cit.

7° L'injection trop rapide;

8° L'injection trop considérable (dilatation forcée);

9° La rétention trop prolongée des vapeurs iodées dans la vessie, soit en retirant la sonde sans laisser évacuer le contenu vésical, soit en maintenant les vapeurs trop longtemps avant d'enlever la canule.

NORMAND signale également les erreurs de technique susceptibles de donner lieu à un effet nul :

1° Le mauvais fonctionnement de l'appareil; une fuite quelconque qui se produit entre la canule et le pavillon de la sonde ou entre l'ampoule et les tubes ;

2° La quantité d'iodoforme insuffisante;

3° La sonde trop petite;

4° L'injection trop lente;

5° L'ampoule encrassée ou l'iodoforme de mauvaise qualité;

6° La mauvaise adaptation de la canule au pavillon de la sonde.

Les effets immédiats de l'enfumage iodé sont très variables. En général le malade éprouve une sorte de picotement, cuisson, brûlure, puis de la pollakiurie. Cet état dure quelques minutes ou quelques heures. Les réactions locales peuvent s'accompagner de phénomènes généraux, fièvre, anorexie, etc., et cela pendant plusieurs jours; mais le plus souvent à la suite de l'enfumage et à la suite des premières réactions survient une période de calme net et durable. L'inconvénient de la réaction est de décourager le malade qui ne veut pas subir une nouvelle séance, ce qui est vraiment regrettable pour la guérison, car ce moyen thérapeutique réussit admirablement.

Les résultats, en effet, sont le plus souvent très bons; à la période douloureuse qui suit l'enfumage succède une sensation de soulagement, de bien-être, les mictions sont moins fréquentes, pas douloureuses, l'état général s'améliore, l'hématurie vésicale s'arrête, les urines deviennent claires à tel point que le malade néglige de subir des séances ultérieures, ce qui provoque la récidive assez rapide.

INDICATIONS. — L'enfumage iodé est indiqué dans les cystites tuberculeuses intolérantes, où les tentatives d'exploration répétées ont échoué. Grâce à ce procédé l'exploration est facile. L'enfumage iodé trouve surtout ses indications dans les cystites tuberculeuses ou dans les tuberculoses vésicales après l'ablation d'un rein tuberculeux.

Les poussées aiguës de tuberculose réno-vésicale ou générale doivent faire rejeter ce traitement.

NORMAND a pratiqué 114 enfumages se rapportant à 24 cas (tuberculose vésicale, cystite tuberculeuse), dont deux avec incontinence et un cas avec incontinence de cause réflexe.

Si les guérisons obtenues ne sont pas fréquentes et s'il est encore impossible de certifier que les guérisons soient permanentes, on peut du moins affirmer que l'enfumage iodé amène l'amélioration et le soulagement et qu'il n'est accompagné d'aucun accident (s'il est bien appliqué).

RAYMOND DE BUTLER,
Interne des hôpitaux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 6 AVRIL 1914)

Effets des venins sur la coagulation du sérum de cheval par le chauffage. Différenciation des venins de vipéridés et de colubridés. — M. L. MASSOL. Le venin de cobra présente, suivant les quantités mises en œuvre, deux actions opposées sur la coagulation du sérum de cheval. A faible dose il retarde la coagulation, à forte dose il l'accélère. Il semble logique d'admettre l'existence dans le venin de deux diastases à action

contraire : l'une anticoagulante agissant à faible dose, surtout à 65 degrés, tant que le milieu n'est pas alcalin à la phénolphtaléine; l'autre coagulante à forte dose avec son maximum d'effet à plus basse température (45 degrés). L'action coagulante persiste seule à 65 degrés quand le milieu devient nettement alcalin à la phtaléine (0,06 pour 1000 de soude).

Étude de l'action métabolique des rayons ultraviolets. Production de formes de mutation de la bactéridie charbonneuse. — Mme Victor HENRI. Les rayons ultraviolets déterminent dans le charbon un état de mutation très marqué.

Après une irradiation ménagée, certains individus se transforment d'une façon très profonde et donnent lieu à des formes nouvelles qui restent fixes et qui se distinguent du charbon normal par leurs caractères morphologiques biochimiques et biologiques.

Essais de traitement du charbon bactéridien par les injections de cultures pyocyaniques stérilisées. — MM. Louis et Charles FORTINEAU. Reprenant les expériences de Bouchard et de Woodhead et Cartwight Wood sur l'action des injections de toxine pyocyanique vis-à-vis de l'infection charbonneuse du lapin, les auteurs ont démontré, dans de précédentes publications (1), qu'il était possible, en opérant dans des conditions déterminées, d'obtenir à coup sûr la guérison de l'infection charbonneuse expérimentale chez le cobaye, le lapin et le mouton.

Ils apportent aujourd'hui une statistique portant sur 50 cas de charbon humain, dont 9 œdèmes malins et 41 pustules malignes soignés par leurs méthodes. Ils n'ont eu que 5 décès.

Une injection de 10 centimètres cubes suffit généralement à déterminer au bout de quelques heures la diminution de l'œdème ainsi qu'une amélioration notable de l'état général.

L'injection sous-cutanée de cultures pyocyaniques stérilisées provoque une sensation de brûlure qui persiste pendant quelques minutes et qui fait place à une légère douleur que les malades comparent à celle d'une contusion. La peau devient rouge et douloureuse à la pression, les mouvements réveillent la douleur et l'on constate au bout de quelque temps, au niveau du point où l'on a pratiqué l'injection, l'existence d'un léger empâtement qui disparaît au bout de vingt-quatre heures.

Sans vouloir faire de comparaison entre la sérothérapie anticharbonneuse, qui compte à son actif des guérisons dans des cas où la septicémie a été démontrée, et les injections de cultures pyocyaniques stérilisées, MM. L. et C. Fortineau croient pouvoir faire remarquer que tous les décès qu'ils ont enregistrés ont été observés chez des malades traités tardivement et dont l'état général était déjà profondément atteint.

Ils pensent que dans la pustule maligne, aussi bien que dans l'œdème malin, les injections de ces cultures pratiquées aussi rapidement que possible et renouvelées au besoin sont capables, de même que chez l'animal, d'amener la régression rapide de l'œdème en même temps que l'amélioration de l'état général.

ANALYSES

CHIRURGIE

Le cholépéritoine avec intégrité apparente des voies biliaires. (M. GUIBÉ. *Revue de chir.*, 1914, t. XLIX, p. 234.) — A propos d'un cas personnel, Guibé publie une revue générale très étendue sur cette affection singulière et encore mal définie.

(1) Louis FORTINEAU. *C. r. de l'Acad. des sc.*, 30 mai 1910; *Ann. de l'Instit. Pasteur.* déc. 1910; *Gaz. méd. de Nantes*, 1911, nos 8 et 12; *Presse méd.*, 14 août 1912; *Paris méd.*, 28 sept. 1912; *Gaz. méd. de Nantes*, 1913, nos 19, 20, 32 et 33.

L'observation nouvelle concerne une femme âgée qui présentait les signes d'une occlusion intestinale chronique par cancer probable du gros intestin. L'ouverture du ventre pratiquée dans le but d'établir un anus artificiel fit découvrir un abondant épanchement de bile dans le péritoine et une vésicule biliaire distendue sans autres lésions. On reconnut, en outre, à l'autopsie, un cancer de la tête du pancréas et des noyaux hépatiques secondaires, mais aucune perforation soit du duodénum, soit des voies biliaires expliquant le passage de la bile dans l'abdomen.

Les observations analogues commencent à être assez nombreuses. Les Allemands les classent sous le titre, qui est inexact, de péritonites biliaires sans perforation; il ne s'agit, au début tout au moins, que d'un simple épanchement.

Tout d'abord le liquide épanché est-il bien de la bile? Il est probable qu'il s'agit de bile plus ou moins modifiée, mais la preuve chimique n'en a pas encore été fournie. Dans deux cas la réaction de Gmelin aurait été négative. D'où vient cette bile ? Il ne peut s'agir de l'imprégnation biliaire d'une ascite, car l'ictère manque presque constamment et l'ascite n'est que secondaire. L'origine duodénale est également peu admissible, car elle exigerait la formation et la cicatrisation d'une perforation duodénale dans des conditions difficiles à concevoir. Quant aux voies biliaires elles peuvent être en cause au niveau du foie ou en dehors de lui. On a dit que la bile pouvait provenir des vasa aberrantia soit par filtration, soit grâce à une rupture.

On admet plus communément que l'origine du cholépéritoine se trouve dans les voies biliaires extrahépatiques. Tantôt il existe une perforation minime qui a passé inaperçue ou s'est réparée spontanément comme dans les cas de Sick et Fraenkel, de Nauwerck et Lübke. Tantôt la bile transsude à travers la paroi ainsi qu'ont pu le déterminer expérimentalement Clairmont et Haberer, ou l'observer cliniquement Schievelbein, Leriche et Crémieu. Les canaux de Luschka ou les lymphatiques jouent sans doute un rôle important dans le mécanisme de cette transsudation.

L'épanchement est en général très abondant. Sa coloration est variable : jaune, verdâtre, brunâtre. Il a quelquefois un aspect purulent. Il est stérile ou septique. Il est rarement enkysté dans la région sous-phrénique. La forme commune est l'épanchement libre et diffus.

Le cholépéritoine n'a jamais été diagnostiqué. Les symptômes qu'il provoque ne sont en effet nullement caractéristiques. La douleur spontanée, violente et brusque dans les cas aigus qui sont pris pour une appendicite ou une cholécystite, est insignifiante ou nulle dans les cas à évolution torpide. La douleur provoquée par la pression, également inconstante, est d'ordinaire localisée à l'hypocondre droit. La fièvre est fréquente dans les cas aigus et rare dans les cas chroniques.

Le pouls n'est pas ralenti comme dans l'ictère par rétention. L'ictère est d'ailleurs exceptionnel et quand il existe est causé par une obstruction complète du cholédoque. Il est étonnant que la résorption de la bile intrapéritonéale n'amène pas l'ictère d'une façon à peu près constante. Cette anomalie ne peut s'expliquer que par des modifications d'ordre inflammatoire dans la perméabilité du péritoine ou par la transformation des pigments biliaires au cours de l'absorption péritonéale. La décoloration des matières est rare, mais les urines contiennent souvent des pigments.

Les signes physiques de l'épanchement diffèrent suivant que celui-ci est diffus ou collecté mais ne renseignent pas sur la nature du liquide et la réaction péritonéale, quand elle existe, se traduit par le syndrome habituel.

On distingue une forme aiguë et une forme chronique moins fréquente.

L'épanchement intrapéritonéal de bile ne semble pas capable de causer la mort par lui-même. Le véritable danger

réside dans l'infection soit primitive, c'est-à-dire due à la septicité de la bile, soit secondaire et facilitée dans ce cas par la diminution de résistance du péritoine. Mais la maladie est toujours grave.

Le traitement est chirurgical. L'évacuation d'un épanchement enkysté peut suffire. Il faut le plus souvent pratiquer en outre sur les voies biliaires une intervention appropriée aux lésions dont elles sont atteintes, et s'il n'y a pas de lésions il est bon néanmoins de faire une cholécystostomie.

P. CHASTENET DE GÉRY.

Le radium en chirurgie. (Howard A. KELLY. *Southern California practitioner*, 1914, vol. XXIX, p. 32.) — La radiumthérapie est mise en pratique depuis un temps assez long maintenant pour qu'on puisse examiner les résultats qu'elle donne et discuter son efficacité contre certaines maladies graves, telles que le cancer, au sujet desquelles elle a fait naître beaucoup d'espoir. C'est à quoi on est occupé dans divers milieux médicaux en France et à l'étranger. L'opinion sur ce sujet d'un chirurgien de valeur comme Kelly mérite certainement d'être connue.

Kelly a traité plusieurs centaines de malades avec l'aide de Curtis F. Burnam et Robert M. Lewis et il s'est attaqué à des cancers de toutes sortes.

Les cancers cutanés, surtout ceux qui étaient encore peu avancés et n'avaient pas produit de métastases, lui ont donné des succès remarquablement constants, souvent après une seule application. Les cancers de la langue et des muqueuses ne sont pas aussi nettement justiciables de ce traitement. Mais quelques-uns, particulièrement des cancers des lèvres, ont guéri sous une seule application de plusieurs centaines de milligrammes de sels de radium pendant plusieurs heures.

Dans le cancer du col de l'utérus dont l'extension est cependant si rapide, le radium s'est montré parfois fort utile. Trois cas ont été guéris par hystérectomie suivie d'application de radium. Une de ces guérisons se maintient depuis plus de deux ans, l'autre depuis deux ans. Un certain nombre de récidives de cancer utérin ont été soumises à la radiumthérapie; la guérison a été complète dans les cas où le processus ne s'étendait pas au delà du dôme vaginal et quelquefois même quand il le dépassait. Lorsque l'opération était contre-indiquée par quelque grave maladie surajoutée, le radium employé seul a pu donner des guérisons apparentes, et lorsqu'il ne faisait pas disparaître toute la lésion il améliorait grandement l'état des malades en supprimant la douleur, les pertes sanguines, en relevant l'état général et l'état d'esprit des malades.

Plusieurs cancers du rectum ont été guéris, dont un depuis plus d'un an et demi, sans aucune opération. Chez un vieillard de quatre-vingt-deux ans dont la tumeur rectale avait disparu, la mort a été causée par l'évolution des métastases hépatiques.

Les récidives de cancer du sein subissent des effets remarquables de la radiumthérapie. Un cas ainsi traité dans lequel la peau et la paroi thoracique étaient envahis reste guéri depuis deux ans. Un volumineux lymphosarcome du cou, tout à fait inopérable, disparut en dix jours grâce au radium qui paraît agir dans ces cas comme un moyen de traitement spécifique.

Le cancer du larynx est de même amélioré et quelquefois guéri.

Kelly reconnaît que la guérison de ses malades ne peut encore être tenue pour certaine et ne sera acquise qu'au bout de plusieurs années, mais jugeant avec son expérience il estime que la plupart des résultats sont définitifs.

Le radium, néanmoins, ne remplace pas la chirurgie; il peut l'aider en étendant son champ d'action, soit qu'il rende opérables des tumeurs qui ne l'étaient pas, soit qu'il détruise les restes cancéreux que l'opération n'avait pas pu atteindre.

En dehors du cancer, le radium est très efficace contre les hémorragies utérines qui dépendent de lésions vasculaires ou musculaires, sans doute par suite de son action sur les ovaires. En pareil cas l'application doit durer plus de vingt-quatre heures et être répétée deux ou trois fois à des intervalles de plusieurs mois.

La méthode est parfaite encore dans le cas de prurit ana ou vulvaire. Elle modère le développement des fibromes et les hémorragies dont ils s'accompagnent, surtout quand les tumeurs sont petites et intrapelviennes.

P. CHASTENET DE GÉRY.

Splénectomie pour ictère chronique acholurique avec splénomégalie. (Sydney BOYD. *Proc. of the royal Soc. of med.*, fév. 1914, vol. VII (clinical section), p. 56.) — Le malade est âgé de vingt-deux ans. Ses antécédents sont nuls. Les premiers troubles de sa santé apparurent en août 1909 : lassitude, perte d'appétit, vomissements, céphalée, vertiges, légère coloration ictérique qui a toujours persisté avec plus ou moins d'intensité, urines foncées et selles peu colorées. Il y a dix-huit mois il a subi une cholécystostomie sans résultat.

Boyd le voit en août 1913. C'est un jeune homme bien développé, mais la peau et les conjonctives sont légèrement jaunes, la rate est grosse, débordant les côtes de deux travers de doigt; on sent le bord du foie un peu dur, juste sous le rebord costal; les autres viscères sont sains; les selles ont une couleur normale; l'urine est rougeâtre, contient des traces d'albumine, mais ni sucre, ni sang, ni bile. L'examen du sang donne les résultats suivants : globules rouges, 4 200 000; hémoglobine, 80 p. 100; globules blancs, 5 900; polynucléaires, 70 p. 100; lymphocytes, 28 p. 100; grands mononucléaires, 1,2 p. 100 ; éosinophiles, 0,8 p. 100; mastzellen, 0. Les globules rouges sont de dimensions très variables. Pas de normoblastes. Un peu de poïkilocytose. Le sérum est jaune verdâtre et donne toutes les réactions de la bile. Les rapports de volume entre le sérum et le caillot sont tout à fait anormaux : on a environ 7 centimètres cubes et demi de sérum pour 10 centimètres cubes de sang. L'hémolyse au début se fait dans 0,1 ; 0,15 ; 0,2 ; 0,25 p. 100 de solution saline ; au bout d'une minute dans 0,3 et 0,35 ; au bout d'une demi-heure dans 0,4. Donc très légère augmentation de la fragilité globulaire.

Le malade est mis en observation pendant quatre semaines. Son ictère change de jour en jour. A chaque exacerbation il devient somnolent et se plaint d'un malaise général. Pas de fièvre sauf au cours d'une légère amygdalite.

Le 8 septembre, la splénectomie est pratiquée sans difficulté. La convalescence est rapide. Au troisième jour l'ictère a notablement diminué, il a disparu à la fin de la première semaine.

Au bout d'un mois le Wassermann est négatif, le sang est normal.

La rate enlevée n'est pas modifiée dans sa forme, mais elle a trois fois le volume d'une rate normale. Macroscopiquement on découvre quelques vaisseaux thrombosés. La description des coupes microscopiques ne relate pas de modifications de structure vraiment importantes. Cependant les parois de quelques artérioles contenaient des filaments minces et longs colorés en noir par la méthode de Wheal et Chown.

Il s'agit évidemment ici, dit l'auteur, d'un ictère chronique acholurique de nature hémolytique et du type des ictères acquis. Il faut remarquer l'hémolyse presque normale, l'effet immédiat et heureux de l'opération sur la réaction de Wassermann et sur l'état du sang.

P. CHASTENET DE GÉRY.

LIVRES NOUVEAUX

Leçons sur la lithiase biliaire (1), par A. CHAUFFARD.

Le professeur Chauffard a réuni dans ce volume une série de leçons faites par lui à la clinique médicale de Saint-Antoine sur la lithiase biliaire.

Il suffit d'avoir entendu une fois le professeur Chauffard, dans son service, à la Société médicale des hôpitaux, ou dans quelque congrès, pour reconnaître qu'il est un des maîtres les plus éminents de la Faculté de médecine de Paris. La forme même de ses leçons, de ses communications, est toujours impeccable; si l'on en examine le fond, on y trouve une doctrine solide basée sur la meilleure clinique, fortifiée par les enseignements de la pathologie générale, de l'expérimentation et de la biologie.

Nous connaissons tous des professeurs, aux leçons desquelles on s'instruit beaucoup, mais en somnolant; nous en connaissons d'autres, qui parlent merveilleusement bien, pour ne dire que fort peu de choses. Le professeur Chauffard sait charmer et instruire en même temps ses auditeurs ou lecteurs.

Les leçons sur la lithiase biliaire, remarquablement éditées par M. Masson, seront certainement très lues et fort appréciées.

M. BRELET.

Formulaire de thérapeutique clinique (2), par le docteur L. PRON, membre de la Société de thérapeutique, avec la collaboration du docteur CANTONNET, ophtalmologiste des hôpitaux de Paris. Deuxième édition, refondue et augmentée.

La plupart des formulaires passent successivement en revue les médicaments classés par ordre alphabétique et fournissent les renseignements thérapeutiques utiles au praticien à propos de chaque médicament. Le docteur Pron a pensé que le médecin, se trouvant en face de malades, désire plutôt trouver, dans un formulaire, des indications de thérapeutique clinique, c'est-à-dire un exposé des divers moyens à mettre en œuvre pour une affection déterminée. Aussi ce volume est-il surtout un formulaire clinique, la médication étant indiquée pour telle maladie ou tel symptôme.

Mais l'auteur a eu soin de faire ensuite un excellent résumé de pharmacologie, où l'on retrouve ce qu'il est utile de savoir sur les propriétés et la posologie des divers médicaments.

Le formulaire du docteur Pron renferme plusieurs autres chapitres intéressants : régimes alimentaires, eaux minérales, opothérapie, sérothérapie, analyses courantes.

Le docteur Cantonnet a condensé, en une trentaine de pages, les notions de thérapeutique que tous les praticiens doivent connaître pour les maladies des yeux.

M. BRELET.

Kurzer Leitfaden der Psychiatrie (3), par Ph. JOLLY.

Ce livre n'est pas un traité, mais seulement un manuel permettant de se faire assez rapidement une idée sur la psychiatrie. Une première partie est consacrée à la psychiatrie générale comprenant l'étiologie générale, la symptomatologie générale, avec étude et définition des différentes formes de troubles psychiques et des troubles somatiques existant chez les aliénés, l'évolution et la thérapeutique générale.

La deuxième partie du livre est consacrée à l'étude spéciale des maladies psychiques en particulier : idiotie, imbécillité, troubles thyréogènes, catatonie, manie et mélancolie, paranoïa, délire, psychoses puerpérales, choréiques, syphilitiques, paralysie générale, tumeurs cérébrales, intoxications, hystérie, neurasthénie, etc. Le texte est clair et la lecture facile.

A. LEMIERRE.

(1) In-8 de 244 pages, avec 20 planches hors texte, relié toile. — Prix : 9 francs. — Paris, Masson et Cie.
(2) Un vol. — Prix : 6 francs. — Paris, Maloine.
(3) Un vol., 440 pages. — Bonn, A. Marcus et E. Webers, édit.

Lehrbuch der Tracheo-Bronchoskopie. Technik u. Klinik (1), par M. MANN.

Dans la première partie de cet ouvrage, Mann étudie la technique de la trachéo-bronchoscopie. Il passe en revue les instruments employés par les laryngologistes des différents pays et insiste sur les modifications subies par ces instruments suivant celui qui les emploie. Viennent ensuite les méthodes d'anesthésie et d'examen, trachéo-bronchoscopie supérieure et inférieure, en position assise et en position couchée.

La deuxième partie de l'ouvrage est consacrée à l'étude des résultats fournis par la trachéo-bronchoscopie dans le diagnostic et le traitement des maladies. Naturellement l'auteur commence par les corps étrangers des bronches et analyse toutes les observations parues, touchant la recherche et l'extirpation de ces corps étrangers.

Il termine par une revue détaillée des affections trachéo-bronchiques étudiées au point de vue trachéo-bronchoscopique : malformations congénitales, sténoses cicatricielles ou inflammatoires, tumeurs, compressions, asthme, diphtérie, tuberculose, syphilis, etc.

Ce livre, très complet, contient de nombreuses observations personnelles. Il est enrichi de gravures, et notamment, en fin de volume, de planches en couleur représentant des pièces anatomiques du plus haut intérêt.

A. LEMIERRE.

NOTES POUR L'INTERNAT

LE CHARBON (2)

HÉMATOLOGIE DE L'INFECTION CHARBONNEUSE. — Chauffard, Boidin, Fiessinger ont consacré de très intéressantes recherches à l'hématologie du charbon; en cas de pustule maligne, sans infection générale, la leucocytose oscille entre 10 000 et 15 000 : elle porte sur les polynucléaires; en cas de guérison, dès le quatrième jour, les éosinophiles atteignent 4 p. 100 : les globules rouges et l'hémoglobine sont légèrement diminués; en cas d'infection générale, la leucocytose s'élève à 50 000 : les globules rouges sont augmentés de nombre, à cause de la concentration du sang déterminée par l'œdème.

Les cultures du sang sont négatives le plus souvent dans la pustule maligne; elles sont positives cependant dès le quatrième jour, s'il y a infection générale. La recherche de

(1) Un vol., 208 pages. — Würzburg, Curt Kabitzch, édit.
(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 39, p. 639 et n° 42, p. 686.

l'agglutination est ici sans aucun intérêt. Le sang est noir, poisseux; les hématies du sang recueilli par piqûre et examiné au microscope sur lamelle, au lieu de s'empiler comme à l'ordinaire, s'agglutinent en masses irrégulières, formant comme une gelée demi-fluide; il n'est pas rare de voir, surtout aux approches de la mort, des bactéridies entre les amas globulaires, cette recherche serait beaucoup plus souvent positive à l'ultramicroscope; nous n'insisterons pas davantage ici sur les propriétés humorales du sérum des malades (pouvoir bactéricide, toxique, phagocytaire, augmentation de la glycose, etc.), signalons enfin la persistance des propriétés immunisantes, en effet le *charbon ne récidive pas.*

DIAGNOSTIC. — **Le diagnostic bactériologique** se fera en prélevant de la sérosité d'une vésicule ou de l'œdème au niveau de la lésion charbonneuse; avec cette sérosité on ensemencera des plaques de gélatine sur lesquelles se développeront les cultures caractéristiques. On fera en même temps des frottis pour examen direct ou pour examen à l'ultramicroscope; on inoculera aussi un peu de cette sérosité à une souris ou à un cobaye. Si l'infection est généralisée, les cultures du sang peuvent être positives et parfois même l'examen direct d'une goutte de sang à l'ultra-microscope permettra de constater la présence des bactéridies charbonneuses, ce qui est d'ailleurs constant après la mort.

Le *diagnostic différentiel* est à faire, en cas de pustule maligne, avec l'*anthrax et le furoncle*; l'allure franchement inflammatoire de ces affections, leur forme acuminée, permettront facilement le diagnostic. Les pustules d'*echtyma* ont une réaction plus vive et se caractérisent par la présence de pus; il en est de même des accidents cutanés de la morve et du farcin. Il est à peine besoin d'énumérer l'acné, l'herpès, l'érythème polymorphe.

Sous le nom de *pseudo-pustules malignes*, Nicaise et Coulomb décrivent des lésions absolument analogues à celles de la pustule maligne à évolution favorable, dans lesquelles il est impossible de déceler des bactéridies; en réalité, il n'est pas démontré, malgré ces recherches bactériologiques négatives, qu'il ne s'agissait pas de charbon; Millet a décrit, au niveau des doigts, une lésion constituée par une élevure d'un blanc bleuâtre, donnant à l'incision un peu de sérosité et qu'il attribue au charbon, sans avoir pu cependant y déceler la bactéridie.

L'*œdème malin* peut être confondu avec l'*œdème bénin* des paupières consécutif à une piqûre d'insecte : on recherchera la trace de la piqûre en passant un tampon imbibé d'ammoniaque; le diagnostic sera facile avec l'œdème qui accompagne un abcès dentaire, un érysipèle.

Le diagnostic du *charbon interne* est toujours très délicat, il n'est souvent porté qu'à l'autopsie. Dans les cas aigus on pensera à un *empoisonnement;* dans les formes moyennes on pensera à la fièvre typhoïde, au typhus, à l'occlusion intestinale, aux accidents du botulisme, à certaines formes exceptionnelles de mycose intestinale. Le diagnostic de *charbon pulmonaire* est aussi très malaisé : on croit à une pneumonie bâtarde, à une broncho-pneumonie banale; assez exceptionnellement l'examen bactériologique permet le diagnostic.

PRONOSTIC. — D'après Bourgeois, la pustule maligne, même non traitée, guérirait dans les deux tiers des cas; les signes favorables sont la limitation de la tumeur, la présence de phénomènes réactionnels, la chaleur de la peau; les signes défavorables sont les symptômes d'intoxication précoce, la coloration pâle des tissus, l'absence de la fièvre, etc. L'affection serait moins grave chez l'enfant, elle serait presque fatale chez le vieillard; l'œdème malin comporte un pronostic plus sévère, le charbon interne est particulièrement redoutable.

TRAITEMENT. — *a.* **Prophylactique.** — Il est nécessaire de détruire ou de désinfecter tout ce qui a été souillé par les matières charbonneuses par de l'eau de Javel, du chlorure de chaux, de l'eau oxygénée. Les bêtes charbonneuses seront détruites ou enfouies profondément dans des endroits clos; on désinfectera toutes les matières industrielles d'origine animale.

La VACCINATION PRÉVENTIVE des troupeaux est l'une des meilleures mesures préventives : les animaux sont vaccinés par l'inoculation de *bactéridies atténuées*, soit par la chaleur (Chauveau), soit par l'action de l'oxygène sous pression (Pasteur), soit par l'adjonction aux cultures d'acide phénique à 1/800 (Roux et Chamberland). Ces derniers auteurs sont arrivés à conférer l'immunité au lapin avec du sang charbonneux privé de germes vivants. Les produits élaborés par d'autres microbes peuvent entraver le développement dans l'organisme du charbon (immunité pour le charbon des animaux vaccinés contre le choléra des poules). D'autres microbes agissent comme antagonistes de la bactéridie, en particulier le bacille pyocyanique ou son produit, la pyocyanase (Bouchard, Charrin); ces vaccinations réalisent ainsi chez l'animal une *immunité acquise* durable qui consiste en l'état bactéricide des humeurs et en l'accoutumance des phagocytes aux produits microbiens.

b. **Traitement curatif.** — La cautérisation au thermocautère de la pustule maligne est le traitement de choix : il faut pratiquer à la fois l'excision de l'escarre, la cautérisation de la plaie et des débridements dans les tissus voisins; certains auteurs recommandent après la cautérisation les applications locales de potasse caustique, de sublimé; on fait aussi des attouchements à la teinture d'iode et des injections fréquentes d'une solution à 2 p. 100 d'iode dans l'eau iodurée tout autour de la pustule. Trélat conseille l'acide phénique au centième. Colley emploie l'ipéca, et ce que l'on sait de la stérilisation des bactéridies par la poudre d'ipéca autorise l'essai des *injections locales et générales de chlorhydrate d'émétine.* Il va sans dire que l'on s'efforcera dans tous les cas de soutenir l'état général (injections d'huile camphrée, d'éther); on aura recours dans certains cas à la saignée, aux injections de sérum artificiel, etc.

Fortineau complète ce traitement du charbon de l'homme par l'injection sous-cutanée de *pyocyanéine* ou de *pyocyanase*, substance sécrétée par des bacilles pyocyaniques cultivés dans un milieu minéral stérilisé à 70 degrés; la dose à injecter est de 10 à 20 centimètres cubes; souvent une seule injection suffit; cette injection se fait sous la peau du flanc. Fortineau a traité ainsi, concurremment avec un traitement local énergique, 21 cas de charbon qui tous ont guéri.

MM. Boidin, Guillain et Gy ont tenté le traitement de l'œdème charbonneux de la face par l'*atoxyl*; en Allemagne, Becker a obtenu un heureux résultat par l'injection de 0g60 de *salvarsan* dans un cas de septicémie charbonneuse et un insuccès dans des conditions analogues.

c. **Sérothérapie anticharbonneuse. Sérothérapie préventive.** — Sobernheim a démontré que l'on pouvait par la *sérothérapie préventive* réaliser une immunité rapide mais passagère n'ayant pas la valeur, il s'en faut d'ailleurs, de l'immunité obtenue par la vaccination habituelle.

La *sérothérapie curative* est encore à l'étude : on emploie les sérums de Marchoux, de Sclavo, de San Felice, de l'Institut Pasteur, soit en injections sous-cutanées, soit en injections intraveineuses; Becker, en Allemagne, a réuni un certain nombre de cas de septicémie charbonneuse guéris par la sérothérapie; en France, Modot a pu observer, à l'hôpital Saint-Denis, 111 cas de charbon soignés par la sérothérapie avec seulement 4 décès. Chauffard et Boidin ont eu un insuccès dans un cas de septicémie. Il faut retenir l'intérêt des injections intraveineuses auxquelles il ne faudra pas craindre de recourir en présence d'un cas grave (Boidin).

BIBLIOGRAPHIE. — MÉNÉTRIER. Charbon, in *Traité de médecine* Gilbert et Thoinot. — CHAUFFARD et BOIDIN. *Soc. méd. des hôpit.*, 1903. — CHAUFFARD et LAEDERICH. *Soc. méd. des hôpit.*, 1904. — PASTEUR, CHAMBERLAND et ROUX. *C. r. de l'Acad. des sc.*; — Nombreuses publications depuis 1880; — *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1888, 1894. — METCHNIKOFF et ROUX. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1897, et nombreux articles depuis l'origine. — ROGER. *Soc. de biol.*, 1897, et *Presse méd.*, 1898. — BOIDIN. Th. de Paris, 1906; — La sérothérapie anticharbonneuse, *Presse méd.*, 25 mai 1910 et 14 août 1912. — FORTINEAU. *Acad. des sc.*, mai 1910, et *Ann. de l'Inst. Pasteur*, déc. 1910. — H. PIED. *Bull. méd.*, 27 déc. 1913. — BRELET. Le traitement du charbon par la pyocyanéine, *Gaz. des hôpit.*, 10 fév. 1914.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 45. — SAMEDI 18 AVRIL 1914. 87e ANNÉE. SAMEDI 18 AVRIL 1914. — N° 45.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 10 francs par an. Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Les étudiants des classes 1913 et suivantes des facultés de médecine, des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, des écoles supérieures de pharmacie, des écoles de médecine et de pharmacie de plein exercice et préparatoires, qui auraient échoué à un examen, à la session de juillet, précédant leur incorporation, seront autorisés à se présenter audit examen à la session suivant immédiatement leur incorporation.

— LYON. — Le doyen de la Faculté de médecine de Lyon est autorisé à accepter la donation faite à cette faculté par M. Lacassagne, professeur honoraire à ladite faculté, d'un capital devant produire annuellement un revenu net de 450 francs.

Ledit revenu de 450 francs sera affecté au fonctionnement et au développement du musée historique de la médecine et de la pharmacie créé à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle du 8 avril 1914 :

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Brizon passe au 41e d'infanterie; Doniol, au 16e d'artillerie; Merlat, au groupe des unités du génie d'Epinal; Xémard, au 31e dragons; Pilod et Accolas, au laboratoire de vaccination antityphoïdique du Val-de-Grâce à Paris; Bernard, au 81e d'infanterie; Maire, au 5e d'infanterie; Bonjean, au 31e d'infanterie; Touranjon, au 39e d'infanterie; Gosswiller, au 103e d'infanterie; Sarrazin, au 119e d'infanterie; Chappet, au 13e d'artillerie; Chapuis, au 23e dragons; Landret, au 5e génie; Robert, au 22e d'artillerie; Sondag, aux troupes d'occupation du Maroc occidental.

MM. les aides-majors de première classe Brizon, Maire, Bonjean, Gosswiller, Sarrazin, Chappet, Chapuis, Landret, Robert, Pilod attendront à leur ancien poste l'arrivée de leur successeur.

ASSOCIATION AMICALE DES INTERNES ET ANCIENS INTERNES EN MÉDECINE DES HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association aura lieu le samedi 2 mai, à quatre heures et demie du soir, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau).

Ordre du jour. — 1° Allocution du président; 2° Rapport du secrétaire; 3° Compte rendu financier du trésorier; 4° Rapport de la Commission de vérification des comptes; 5° Remise de la médaille Zambaco Pacha; 6° Elections. Renouvellement partiel du Comité : élection de quatre membres nommés pour quatre années, en remplacement de MM. Couvelaire, Jomier, Monprofit, Ségard. Le comité a reçu avis des candidatures de MM. Couvelaire, Jomier, Bar (Paul), et pour la place réservée à un interne en exercice, celle de M. Percepied; 7° Propositions diverses intéressant l'Association.

ŒUVRE PARISIENNE DE SECOURS IMMÉDIAT ET D'ASSISTANCE A LA FAMILLE MÉDICALE. — DEMANDES D'EMPLOI. — 1. Veuve de médecin, quarante-cinq ans, ayant dirigé cinq ans grande administration, désire situation dame de compagnie ou directrice maison de santé.

2. Veuve de confrère, cinquante ans, cinq ans dans une banque, dactylographe, désire situation commerciale ou dame de compagnie, musicienne.

3. Fille de confrère, trente ans, habitude du commerce, désire situation commerciale, secrétaire ou dame de compagnie. Références commerciales.

4. Fille de confrère, trente ans, diplôme de la Croix-Rouge, infirmière au Maroc, sténographe, grande habitude des travaux médicaux, désire situation secrétaire ou dans clinique, possède machine à écrire.

5. Jeune fille de confiance, brevet élémentaire, musique, anglais, dessin, désire leçons.

6. Veuve de confrère, cinquante ans, distinguée, bonne éducation, musicienne, désire situation dame de compagnie. Paris, banlieue.

7. Filles de médecin faisant aquarelles, miniatures, désirent leçons, objets de vente de charité.

8. Femme de confrère, très distinguée, accompagnerait enfants, ou emploi secrétaire.

9. Fille de confrère, reçue au Salon, désire miniatures ou leçons.

10. Fille de confrère, dactylographe, vingt-cinq ans, désire emploi secrétaire. Bonnes références. Paris.

11. Fille de confrère, trente ans, possédant machine à écrire, désire travaux ou emploi secrétaire. Paris.

12. Fille de médecin, trente-cinq ans, diplôme de fin d'études secondaires, grande habitude du commerce, tenue de livres, désire emploi commercial ou secrétaire. La journée seulement.

13. Fille de médecin, vingt-cinq ans, très forte musicienne, pouvant accompagner artiste, désire leçons ou accompagnement.

14. Veuve de confrère, trente-cinq ans, bonne éducation, diplôme de la Croix-Rouge, désire situation dame de compagnie, maison de santé, s'occuperait d'enfants. Bonnes références.

15. Veuve de confrère, quarante ans, cinq ans dans un dispensaire, désire emploi infirmière ou secrétaire. La journée seulement.

16. Famille médicale, habitant le centre de la France, prendrait en pension fillette de cinq ou six ans. Une jeune fille de vingt ans s'occuperait de l'instruction et du piano.

17. Sœur de médecin, trente-cinq ans, distinguée, désire place de secrétaire ou occupation dans une clinique. Bonne écriture. Connaît la machine à écrire. Ferait lecture ou correspondance.

18. Veuve de médecin, quarante ans, élevée à la Légion d'honneur, brevet supérieur, secrétaire clinique, maison de santé, dirigerait intérieur, partirait en province.

19. Veuve de médecin, cinquante ans, désirerait emploi de surveillante dans pharmacie ou autre commerce.

S'adresser à Mme Acheray, secrétaire générale, 164, rue de Vaugirard, Paris.

SOCIÉTÉ DES ŒUVRES DE MER. — L'assemblée générale annuelle de la Société des Œuvres de mer (navires, hôpitaux et maisons de marins) aura lieu le mardi 21 avril, à trois heures de l'après-midi, à la salle de la Société de Géographie, 184, boulevard Saint-Germain, sous la présidence du vice-amiral comte de La Jaille, sénateur, président de la Société. M. Chenu, ancien bâtonnier de l'ordre des avocats, prendra la parole au cours de cette réunion, à laquelle M. Henry Mayer, de la Comédie-Française, et Mlle Guintini, de l'Odéon, ont bien voulu promettre le gracieux concours de leur talent. Des projections en couleur de scènes de pêche et d'assistance, prises durant la dernière campagne, et des vues maritimes cinématographiques clôtureront la séance.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

LEUCÉMIES ET PSEUDO-LEUCÉMIES

1° Prescrire la moelle fraîche crue de bœuf ou de veau, à la dose de 100 grammes par jour dans du bouillon.

2° Tous les jours ou tous les deux jours, injecter 1 centimètre cube de sérum Vanadarsinisé.

Durant la convalescence, substituer à ce sérum la Vanadarsine (v à x gouttes dans un peu d'eau avant chacun des deux principaux repas).

COURS ET CONFÉRENCES

HOPITAL LAENNEC (SERVICE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE).— M. Et. Lombard, chef de service, avec le concours de M. Baldenweck, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, et de M. Le Mée, assistant du service, commencera le lundi 11 mai, à dix heures, une série de démonstrations et d'exercices pratiques portant sur les « méthodes usuelles d'endoscopie des premières voies aéro-digestives et sur l'exploration fonctionnelle de l'oreille interne ».

Programme. — Première séance, lundi 11 mai : Principes généraux d'endoscopie. Laryngoscopie directe.

Deuxième séance, mardi 12 mai : Les épreuves d'audition : examen du fonctionnement de l'appareil de la transmission et de l'appareil de la perception des sons.

Troisième séance, mercredi 13 mai : Trachéoscopie. Bronchoscopie.

Quatrième séance, jeudi 14 mai : Appareil vestibulaire : le nystagmus rythmique spontané, le nystagmus rythmique provoqué.

Cinquième séance, vendredi 15 mai : Laryngoscopie directe en suspension.

Sixième séance, samedi 16 mai : Examen de l'appareil vestibulaire (*suite*). Rotation, épreuves galvaniques, épreuves des pressions.

Septième séance, lundi 18 mai : Œsophagoscopie sous aspiration continue.

Huitième séance, mardi 19 mai : Diagnostic différentiel des altérations vestibulaires et rétro-vestibulaires.

Ces exercices sont réservés aux docteurs français et étrangers. — Droits d'inscription, 60 francs. Se faire inscrire d'avance auprès de M. Le Mée, assistant du service.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU. (Professeur : M. GILBERT.) — COURS DE PHYSIOTHÉRAPIE PRATIQUE, par MM. les docteurs Guilleminot, Durey et Dausset. — Mardi 21 avril : M. Dausset. Hydrothérapie. Applications cliniques.

Mardi 28 avril : M. Guilleminot. Radiologie dans les affections des os et articulations.

Mardi 5 mai : M. Durey. Kinésithérapie dans les arthrites chroniques.

Mardi 12 mai : M. Guilleminot. Electrothérapie. Applications cliniques.

Mardi 19 mai : M. Guilleminot. Radiologie dans les recherches des corps étrangers.

Mardi 26 mai : M. Durey. Culture physique.

Mardi 2 juin : M. Guilleminot. Radiothérapie.

Mardi 9 juin : M. Guilleminot. Electrothérapie. Applications cliniques. Statique.

Mardi 16 juin : M. Guilleminot. Présentation de radiographies. Electro-cardiographie.

Mardi 23 juin : M. Guilleminot. Electrothérapie. Courants de haute fréquence.

LABORATOIRE D'HYGIÈNE (Professeur : M. CHANTEMESSE). — *Enseignement de la technique bactériologique* (préparation à l'épreuve pratique de l'examen de médecin sanitaire maritime). — Sous la direction de M. Macaigne, agrégé, chef du laboratoire de bactériologie (fondation Lemonnier), une série de vingt séances de travaux pratiques sera faite au laboratoire d'hygiène, à partir du mardi 26 mai 1914, à deux heures.

Les travaux pratiques auront lieu les mardis, mercredis, vendredis et samedis, de deux heures à cinq heures.

Programme des travaux. — 1° Technique générale. Stérilisation ; milieux de culture ; coloration des microbes des cultures et dans les tissus ; isolement, inoculations, etc.

2° Analyses bactériologiques de l'eau et des produits pathologiques (urine, matières fécales, crachats, sang, etc.).

3° Diagnostic des principales espèces pathogènes : tuberculose, diphtérie, coli-bacillose, dysenterie, fièvre typhoïde, choléra, charbon, tétanos, peste, fièvre ondulante, etc. ; intoxications alimentaires ; mycoses ; paludisme ; maladie du sommeil ; syphilis ; blennorragie, etc.

4° Etude des réactions biologiques des sérums (agglutination, hémolyse, bactériolyse, réaction de Bordet, de Wassermann, etc.).

Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, s'ils le désirent, recevoir un certificat à la fin de la série des conférences.

Seront admis, les docteurs français et étrangers et les étudiants titulaires de 16 inscriptions, sur la présentation de la quittance du versement du droit.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet nº 3), les mardis, jeudis et samedis.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au laboratoire d'hygiène.

Le droit à verser est de 50 francs. Le nombre des auditeurs est limité.

REVUE GÉNÉRALE

FORMES ANATOMIQUES ET CLINIQUES DE LA

GROSSESSE TUBAIRE

Par MM. Henri VIGNES et René PILATTE (1),
Internes des hôpitaux.

III. **Forme de grossesse tubaire au voisinage du terme.** — Quelquefois, vers le septième ou le huitième mois, le plus souvent quand la grossesse est arrivée à terme, on voit apparaître une série de symptômes analogues à ceux qui précèdent l'accouchement normal et qui sont à ce point identiques, qu'ils trompent une femme non prévenue.

Ces phénomènes maternels constituent ce que l'on appelle le *faux travail* et sont caractérisés par des douleurs intermittentes qui ont tous les caractères des douleurs provoquées par les contractions utérines normales. Elles sont accompagnées d'un écoulement hémorragique qu'on peut confondre avec l'expulsion du bouchon cervical. Enfin, il se produit en même temps une ébauche de dilatation du col suffisante pour que l'on puisse constater la vacuité de l'utérus et l'absence de la poche des eaux.

Si le diagnostic de grossesse ectopique n'a pas été encore posé, l'accouchement peut être attendu pendant toute la durée du faux travail. Enfin le produit de conception meurt et la femme est désormais en état de rétention. La laparotomie, pratiquée en temps voulu, a souvent permis l'extraction d'enfants vivants. Mais un assez grand nombre d'entre eux n'étaient pas viables ou présentaient des malformations.

IV. **Forme de grossesse tubaire avec rétention.** — Dès la mort du produit de conception et à n'importe quel terme, il se produit comme dans une grossesse utérine une montée laiteuse avec gonflement des seins. Les troubles sympathiques, en particulier les vomissements, s'atténuent.

De plus, à partir de ce moment, la femme ne perçoit plus les mouvements actifs de l'enfant. Les règles réapparaissent ensuite avec tous leurs caractères de régularité, de quantité et de qualité, en général deux mois après la mort.

Dans la grossesse utérine avec mort du fœtus, au contraire, les règles restent suspendues tant qu'il y a rétention.

Les signes physiques observés à cette période sont fournis par la tumeur fœtale. Son volume dépend de l'âge auquel la grossesse a été interrompue; quoiqu'elle puisse encore croître après la mort du fœtus, le plus habituellement elle décroît rapidement, ce qu'on peut constater par deux examens assez rapprochés. Tant que le liquide amniotique persiste on perçoit le ballottement fœtal, le plus souvent pendant deux à six semaines; plus tard on peut sentir la crépitation osseuse des os du crâne qui chevauchent les uns sur les autres.

Enfin, il faut noter environ un mois après la mort du fœtus la disparition du souffle maternel qui correspondait au siège du placenta, ainsi que la disparition de l'hypertrophie de l'utérus, qui termine son involution dans les deux mois qui suivent la mort du fœtus (Pinard).

L'évolution de cet œuf mort peut se faire vers la rétention prolongée ou vers l'infection. Dans le premier cas, le diagnostic rétrospectif pourra être posé après plusieurs années si la femme raconte avoir eu une grossesse terminée par un faux travail sans expulsion fœtale et après lequel les règles ont réapparu.

S'il y a eu infection, au contraire, on voit survenir la fièvre et les phénomènes généraux de suppuration. La femme pourra alors mourir de péritonite à moins que l'on n'intervienne ou que le kyste fœtal ne s'ouvre spontanément dans l'intestin ou au voisinage de l'ombilic; ces complications pouvant d'ailleurs survenir plusieurs mois et même plusieurs années après la fin de la grossesse.

IV

Formes cliniques de la grossesse tubaire compliquée. — Dans l'immense majorité des cas les symptômes que nous venons de décrire comme appartenant à la grossesse tubaire ne s'observent pas en clinique. L'affection évolue pendant quatre à huit semaines d'une façon insidieuse et presque physiologique pour se révéler par une complication telle que l'apoplexie ovulaire bientôt suivie, comme nous l'avons vu, d'un hématosalpinx, d'un avortement ou d'une rupture.

En réalité, ces différentes complications de la grossesse, si elles sont parfaitement distinctes au point de vue anatomique, le sont beaucoup moins au point de vue clinique, et il est difficile de superposer à chacune d'elles un certain nombre de symptômes caractéristiques. Aussi, diviserons-nous avec Albertin et Desgouttes ces différentes complications en quatre formes cliniques suivant qu'il y a :

1° Hémorragie tubaire sans fissuration, simulant une fausse couche ;

2° Fissuration tubaire sous-péritonéale affectant une forme pseudo-salpingienne ;

3° Hémorragie à répétition avec enkystement aboutissant à une hématocèle ;

4° Inondation péritonéale.

I. **Forme d'hémorragie tubaire sans fissuration simulant une fausse couche.** — Cette forme, qui correspond anatomiquement à la formation d'un hématosalpinx, peut être aussi symptomatique d'un avortement tubo-utérin ou tubo-abdominal.

Elle se présente en clinique chez une femme ayant le plus souvent un passé génital chargé et qui, après un « retard » de huit jours à un mois, a vu apparaître des pertes de sang noir, suivies après quelques jours d'une douleur brusque et violente dans un des côtés du bas-ventre. Dans les formes

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 43, p. 693.

atténuées, seules les pertes attirent l'attention par leur couleur brun chocolat avec absence de caillots.

Dans quelques cas même ayant affaire à des grossesses à peine âgées d'un mois, la notion de troubles dans les époques menstruelles de la femme pourra faire défaut ; l'avortement tubaire peut en effet survenir vingt à trente jours après les dernières règles normales ou se produire juste à l'époque des règles, « comme si c'était le flot menstruel qui décollait l'œuf » (Willette).

Dans les formes plus intenses, les douleurs abdominales sont plus violentes, coliqueuses, s'accompagnant d'abord d'un malaise indéfinissable, de lourdeur de tête, de pesanteur dans le bas-ventre. Elles vont en s'accentuant pour aboutir à de véritables lipothymies avec tendance à la syncope, accélération du pouls et abaissement de la température. Au toucher cependant, on ne sent généralement rien ou presque rien, il n'existe souvent qu'un col légèrement ramolli avec de la douleur à la pression dans le cul-de-sac postérieur, et l'on comprend combien ce syndrome qui évolue souvent vers la guérison spontanée peut simuler un avortement véritable, justifiant ainsi le nom de forme de *fausse couche tubaire* que lui a donné Lejars.

Parfois cependant le toucher vaginal permet de percevoir sur un côté de l'utérus une tumeur assez volumineuse, lisse, rénitente, légèrement mobile et douloureuse, et c'est ici surtout avec un hydrosalpinx, un abcès froid de la trompe ou une salpingite chronique avec latéroversion de l'utérus que le diagnostic pourra se poser.

Quant à l'évolution de cette forme atténuée de grossesse tubaire compliquée, elle peut se faire vers la résorption, ou vers une des formes plus graves que nous allons étudier.

II. Forme de fissuration tubaire sous-péritonéale ou forme pseudo-salpingienne. — Ce qui caractérise cette seconde forme, c'est surtout l'apparition d'une tumeur annexielle perceptible au palper bimanuel et qui, due à la formation d'un hématosalpinx, s'accompagne d'un début de fissuration de la trompe avec réaction péritonéale nette.

Dans les cas typiques, les phénomènes de début de la crise sont plus marqués, les douleurs plus intenses et continues, tandis que l'hémorragie est aussi plus abondante.

Ces signes avertisseurs, accompagnés d'une réaction péritonéale variable, parfois hors de proportion avec l'intensité réelle des accidents anatomiques, se répètent sous forme de crises et avec une intensité habituellement croissante. Aussi, sera-t-il parfois nécessaire, en raison de la défense musculaire abdominale, de pratiquer l'examen de la malade sous anesthésie générale, de façon à éviter également toute manœuvre violente qui pourrait être une cause de déchirure tubaire.

A l'examen, et tandis que se dissipent les phénomènes généraux, les signes locaux peu nets au début s'accentuent et se précipitent. Le ventre est ballonné, souvent météorisé, douloureux au palper et se laissant mal déprimer. Le toucher vaginal, toujours douloureux, fait percevoir un utérus légèrement augmenté de volume et difficile à délimiter à cause de la présence, sur un de ses côtés, d'une tumeur rénitente, parfois allongée en forme de massue à grosse extrémité externe, à extrémité interne rattachée à l'utérus par un pédicule rétréci.

Dans d'autres cas, cette tumeur annexielle, qui caractérise la forme pseudo-salpingienne, présente quelques caractères spéciaux qui sont les suivants, d'après Lejars :

« C'est une masse à peu près immobile plus ou moins intimement accolée à l'utérus et qui semble faire corps avec le cul-de-sac vaginal. De forme générale arrondie, elle est épaisse, compacte, souvent dure, ce n'est qu'à la partie centrale, semble-t-il, et par une manœuvre de double palper qu'on y décèle une fluctuation profonde : un pyosalpinx de même grosseur serait autrement fluctuant. » De plus, dans un pyosalpinx et c'est là le diagnostic qui se pose le plus souvent dans cette forme, la tumeur est inégale, déformée par les flexuosités et les bosselures, elle est extrêmement douloureuse, en particulier lorsqu'il s'y surajoute de l'ovarite, ce qui est la règle habituelle. Dans la salpingite enfin, les lésions sont bilatérales, tandis que l'unilatéralité est l'habitude dans la grossesse tubaire.

Quand les phénomènes douloureux et la fièvre seront particulièrement nets au début, on pourra penser à une appendicite et ceci, d'autant plus que les deux affections peuvent fréquemment coïncider (Fesq). Mais dans l'appendicite le siège est plus haut, la douleur est réveillée plus par la main abdominale que par le doigt vaginal, enfin on n'a pas de signes de grossesse et de pertes brun chocolat.

Signalons également comme pouvant simuler cette forme : les kystes de l'ovaire tordus, lorsque la fièvre est apparue, les coliques hépatiques et surtout néphrétiques, ainsi que les différentes formes d'occlusion intestinale, particulièrement le volvulus et l'invagination.

III. Forme d'hémorragies à répétition avec enkystement aboutissant à une hématocèle. — Cette forme considérée classiquement comme relevant toujours d'un avortement tubo-abdominal peut cependant être secondaire à une fissuration ou à une rupture, de même que l'avortement tubaire, comme l'a montré Willette, peut aboutir à l'inondation péritonéale véritable.

Cette forme qui est d'ailleurs de beaucoup la plus fréquente est caractérisée par la répétition de *petits ictus* abdominaux suivis d'accalmie laissant à leur suite une poche sanguine enkystée, le plus souvent située dans le Douglas, qui se manifestera cliniquement par de nombreux troubles compressifs.

Les signes par lesquels débutent ces complications sont les mêmes que dans les formes précédentes quoique souvent moins intenses : douleurs abdominales vives, vomissements, tendance à la syncope, pouls petit, rapide, température normale ou inférieure à la normale. Ces phénomènes ne tardent pas à disparaître et tout semble être rentré dans l'ordre, à part un certain degré de pesanteur qui persiste

dans le bas-ventre quand se produit une nouvelle crise. Celle-ci, survenant quelques jours après la première, coïncide souvent avec une époque menstruelle et est de nouveau accompagnée de quelques pertes noirâtres et peu abondantes.

La reproduction de ces crises qui traduit la fissuration de la trompe en plusieurs temps constitue ce que Bernütz a appelé l'*allure par saccades*. Ce n'est, en effet, le plus souvent qu'au bout de trois ou quatre crises douloureuses successives qu'apparaissent les *signes de compression* du côté du petit bassin, ténesme vésico-rectal, rétention d'urine, douleurs pelviennes et sacrées, constipation simulant l'occlusion intestinale.

M. Pinard enseigne que, si on constate des signes d'occlusion au début d'une grossesse, il faut toujours penser à une grossesse ectopique dans une de ses modalités.

D'autres fois, au contraire, ces troubles compressifs apparaissent d'une façon absolument insidieuse et ces cas relèvent plus spécialement de l'avortement tubo-abdominal, dans lequel il y a apoplexie ovulaire puis décollement de l'œuf et suintement sanguin continu. Le sang ainsi épanché tombe dans l'abdomen par l'ostium abdominal resté perméable et à la faveur de lésions péritonéales antérieures se collecte au point le plus déclive pour constituer comme dans le premier cas, et avec un minimum de symptômes de début, une hématocèle enkystée.

Au palper, on trouve alors une tumeur rénitente dans le bassin. Quelquefois elle remonte assez haut dans l'abdomen, empiète sur les fosses iliaques et offre alors la forme d'un cœur de carte à jouer. Le ventre, souvent ballonné et douloureux, affecterait parfois une forme spéciale d'abdomen en dôme qu'il ne faudra pas confondre avec la déformation de l'abdomen soulevé par la vessie distendue (Schulmann).

Au toucher, on sent un col ramolli entr'ouvert et refoulé en avant, contre la symphyse. Il est souvent élevé au point d'être à peine perceptible au bout du doigt explorateur. De même le corps utérin que l'on sent derrière la paroi immédiatement au-dessus de la symphyse est refoulé par une masse tombant dans le Douglas. Au début, cette masse formée de sang fluide se laisse déprimer par le doigt; mais, au bout de quelques jours, elle devient dure, adhérente, non mobilisable et plus ou moins douloureuse. De consistance variable suivant les points, elle peut être molle par places ou donner une sensation qui rappelle celle de la neige.

Signalons enfin deux signes importants : l'augmentation intermittente de la tumeur et les modifications qu'elle subit d'un examen à l'autre surtout au moment des époques menstruelles.

Ces particularités pourront permettre de la différencier de la rétroversion de l'utérus, gravide ou non, des tumeurs de salpingite chronique, d'hydrosalpynx ou d'abcès de la trompe prolabés dans le Douglas, ainsi que des autres tumeurs de la région.

Cette hématocèle enkystée peut, en effet, ne pas être située dans le cul-de-sac rétro-utérin; elle peut être perceptible au toucher, en avant ou sur les côtés de l'utérus ou être comprise entre les deux feuillets du ligament large. Dans tous les cas, son évolution se fait toujours soit vers la résorption, soit vers l'ouverture; cette dernière, qui est de règle dans la moitié des cas environ, est le plus souvent secondaire à une infection de la poche sanguine se décélant par une élévation notable de la température. La fièvre n'a d'ailleurs pas une valeur absolue pour diagnostiquer la suppuration, car d'une façon presque constante il existe de la fièvre par résorption sanguine.

Lorsque cette suppuration se produit, elle aboutit rapidement soit à une infection péritonéale généralisée, soit à une ouverture de la poche à la paroi abdominale antérieure, dans le vagin, la vessie ou beaucoup plus souvent dans l'intestin, en particulier dans le rectum, évacuation précédée d'une période de rectite glaireuse bien décrite par Nonat.

« Le plus souvent, dit Pinard, l'ouverture du kyste dans l'intestin s'annonce par des symptômes particuliers; il y a des douleurs abdominales, des besoins fréquents d'aller à la garde-robe; l'expulsion des matières est plus ou moins pénible et le ténesme se montre fréquemment. Les matières expulsées sont constituées par un liquide séro-sanguinolent d'une odeur repoussante, puis par des débris putréfiés plus ou moins volumineux et des fragments de squelette, parfois une véritable hémorragie se produit. »

Cette élimination a une durée variable, mais généralement elle est lente et peut se montrer d'une façon intermittente pendant des mois et des années. Pendant la durée de cette expulsion il peut arriver que l'état général de la femme reste bon, mais souvent des symptômes de septicémie se déclarent. A l'amaigrissement succèdent des sueurs profuses et de la fièvre et, après une période cachectique qui dure plus ou moins longtemps, la femme succombe. Ces faits s'observent surtout dans les cas où la communication avec l'intestin a lieu en un point élevé.

IV. **Formes d'inondation péritonéale.** — Cette forme de beaucoup la mieux connue et la mieux caractérisée au point de vue clinique relève le plus souvent d'une rupture. Elle est de règle dans les grossesses isthmiques, mais peut être observée à la suite d'un avortement tubaire accompagné d'un écoulement sanguin ininterrompu.

On peut décrire à la forme d'inondation péritonéale dans la grossesse tubaire deux variétés, suivant que les symptômes d'hémorragie se produisent d'une façon suraiguë ou qu'ils apparaissent au bout de quelque temps.

1° Dans le premier cas on a affaire à la *forme cataclysmique de Barnes*, elle se caractérise par des phénomènes graves d'hémorragie interne auxquels se surajoutent peut-être l'action de substances albuminoïdes fœto-placentaires déterminant un véritable choc anaphylactique (Els). Subitement la femme est prise de douleurs abdominales extrêmement violentes simulant absolument la perforation d'un ulcère gastro-duodénal ou d'un appendice et s'accompagnant immédiatement de nausées, de vomissements, puis de syncopes répétées. En peu de temps le facies

devient pâle et grippé, la peau froide, le pouls incomptable : il existe en un mot tous les signes de l'hémorragie interne et la mort peut survenir en quelques heures avant que l'on ait eu le temps d'intervenir.

2° En réalité cette évolution suraiguë véritablement cataclysmique est rare et la forme habituelle d'inondation péritonéale s'observe souvent chez des femmes présentant des accidents depuis plusieurs heures ou même quelques jours.

Le début de ces accidents est alors constitué par une des formes précédentes, puis à la suite d'un traumatisme léger, de manœuvres abortives, d'un choc, d'une selle, d'un coït ou d'un examen médical, la malade présente une crise de douleurs plus intenses à la suite desquelles apparaissent les signes d'hémorragie.

Si l'on examine la malade à ce moment, tout le syndrome de la grande hémorragie interne est constitué : pâleur du visage, refroidissement des extrémités, décoloration des muqueuses, facies anxieux, pouls petit, rapide, puis filiforme et incomptable, en même temps que la température centrale tombe à 1 ou même 2 degrés au-dessous de la normale, la malade conservant pendant ce temps toute sa lucidité. A côté de ces troubles généraux les signes physiques sont constitués par le ballonnement du ventre et la matité des parties déclives. Celos, dans sa thèse, a d'ailleurs insisté sur ce qu'il fallait une très grande quantité de liquide pour donner ce symptôme.

Quant au toucher, il ne donne que peu de renseignements.

En résumé, ce tableau de l'inondation péritonéale, de même que son évolution, est semblable à ceux de toutes les grandes hémorragies internes et c'est surtout avec ces dernières que le diagnostic pourra se poser.

Au début l'inondation pourra simuler une péritonite par perforation, une occlusion intestinale, la torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire ou même un empoisonnement, et ce fait peut avoir une grande importance en médecine légale.

A la période d'hémorragie, il n'y a guère que la pancréatite hémorragique, la rupture de la rate ou un décollement placentaire qui puissent être la cause d'épanchements sanguins abdominaux aussi abondants.

V

Formes exceptionnelles de la grossesse tubaire. — La *grossesse intraligamentaire* est une variété rare de la grossesse tubaire rompue. Elle est fort difficile à différencier d'un phlegmon ou d'une tumeur du ligament large.

Cliniquement cette forme s'accompagne de phénomènes péritonéaux peu marqués et évolue plus rarement vers l'infection, lorsqu'elle s'est transformée en hématocèle enkystée. Elle peut même aller souvent jusqu'au voisinage du terme et Jayle et Delherm ont pu réunir 11 cas de grossesse intraligamentaire ayant dépassé le terme de cinq mois.

La *grossesse tubaire récidivée* est moins rare qu'on ne l'a cru jusqu'à Varnier et, d'après les statistiques de Kustner et de Lejars, elle compterait 5 p. 100 des grossesses extra-utérines en général. Il est d'ailleurs probable que ce chiffre est inférieur à la réalité en raison du nombre des cas de grossesse ectopique qui passent inaperçus.

D'après Bouchet, qui a réuni 137 cas de grossesses ectopiques récidivées, dans 132 cas, la récidive s'est faite dans la trompe du côté opposé ; mais malgré cette fréquence, la castration bilatérale est le plus souvent rejetée des chirurgiens, car les observations de grossesse normale après une grossesse ectopique sont assez nombreuses.

Les *grossesses tubaires gémellaires* sont par contre beaucoup plus rares. Ce sont toujours des découvertes opératoires, soit que l'on observe la gravidité simultanée des deux trompes, comme dans les cas rapportés par Sauvés et par Hepp, soit que l'on retrouve deux œufs dans la même trompe gravide (Sainter, 1903) ou qu'il y ait avortement bilatéral avec formation d'hématocèle bilatérale (Cheval).

Pour Macdonald et Krieger qui ont réunis 39 cas de grossesse gémellaire, la présence de deux fœtus est proportionnellement moins rare dans la grossesse tubaire que dans la grossesse utérine ; cependant très souvent, les conceptions n'étant pas contemporaines, les fœtus sont de taille inégale, aussi est-il très difficile de distinguer les vraies grossesses gémellaires ectopiques des cas où un des produits de gestation a été retenu dans une trompe et où on se trouve en réalité en présence d'une grossesse tubaire récidivée. Notons que, pour Unterberger qui a rapporté récemment 17 cas de grossesse tubaire bilatérale certaine, beaucoup parmi les cas publiés sont contestables, sauf si l'on a trouvé deux fœtus ou si l'on a pratiqué un examen microscopique.

La coexistence d'une grossesse utérine et d'une grossesse tubaire est plus fréquente que la grossesse gémellaire ectopique. Sur 95 cas assemblés par Dupuy, l'interruption a été observée 80 fois et il est exceptionnel que les deux grossesses arrivent à terme. Le plus souvent elles sont interrompues ensemble et le pronostic de cette forme est particulièrement grave pour la mère (30 p. 100) comme pour le fœtus (88 p. 100). Dans les 131 cas réunis par Mlle Fingova dans sa thèse, le plus souvent, c'est après la fausse couche utérine, que l'on a pu reconnaître l'existence d'une grossesse tubaire coexistante à moins que n'apparaissent des signes de rupture tubaire, avec inondation péritonéale plusieurs jours après l'avortement utérin comme dans le cas de Potier et Bazy.

La grossesse tubaire, coexistant avec une grossesse utérine, siège deux fois plus souvent à gauche qu'à droite (statistique de W. Strauss).

Quant à *la grossesse utérine survenant après la grossesse ectopique*, elle est loin d'être rare et Funck-Brentano, dans sa thèse (1898), en a réuni 127 observations. La seconde grossesse a été fréquemment interrompue (27 p. 100 des cas).

Chez les femmes qui n'avaient pas été opérées lors de la grossesse tubaire, on constate des complications du côté du kyste ou du côté de l'œuf utérin (avortement, accouchement prématuré), des

dystocies par le kyste pendant le travail et des accidents infectieux pendant les suites de couches. Au contraire les femmes qui avaient été opérées ont eu presque toutes une gestation normale.

Diagnostic par les méthodes de laboratoire. — On a préconisé la numération des globules rouges comme moyen d'apprécier l'importance de l'hémorragie et de préciser le moment d'élection pour les interventions et, d'autre part, la numération des leucocytes pour différencier une collection sanguine d'un exsudat inflammatoire. Cet examen, d'après la statistique d'Herrmann, a été le plus souvent négatif et la leucocytose sanguine en particulier ne permet pas de différencier à elle seule une inondation péritonéale d'une péritonite, ou une hématocèle enkystée d'une lésion inflammatoire des annexes.

Le dosage de l'hémoglobine dans le sang a été pratiqué par R. T. Franck qui, sur 80 cas, a trouvé un taux variant de 20 à 73 p. 100, ce qui est évidemment en rapport avec des cas très différents. Ehrlich a proposé pour le diagnostic des grossesses ectopiques la recherche de l'*hydrobilinurie urinaire* qui n'est positive que dans ce petit nombre de cas, de même que l'*acétonurie* préconisée par Baumgartner et Poppert.

La recherche de la **réaction d'Abderhalden** appliquée à la grossesse a été depuis un an l'objet de nombreux travaux et, quoique encore mal connue au point de vue de sa valeur diagnostique exacte, il semble bien qu'elle soit appelée à donner d'importants renseignements lorsqu'on soupçonne une grossesse ectopique. La technique de cette réaction, qui consiste dans la recherche de ferments protéolytiques spécifiques des tissus placentaires contenus dans le sérum sanguin des femmes enceintes, a été décrite récemment par Mlle Sabin.

D'après les travaux nombreux publiés en Allemagne et la statistique française de Daunay et Ecalle il semble que la réaction d'Abderhalden soit positive dans presque tous les cas de grossesse normale ou anormale. Elle persiste en s'atténuant après la mort du fœtus ou l'avortement, lorsqu'il subsiste d'importants débris de placenta.

Par contre cette réaction peut être positive en dehors de toute gestation, de sorte *qu'il semble qu'elle acquiert surtout de la valeur pour écarter le diagnostic de grossesse lorsqu'elle est négative.*

VI

Pronostic. — En résumé nous pouvons conclure que la grossesse ectopique est toujours grave pour la mère au point de vue du pronostic vital justifiant la règle posée par Pinard, que « toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale »; elle doit être traitée comme une tumeur maligne, suivant l'expression de Woerth. La mortalité des cas compliqués qui ne sont pas opérés est de 7 p. 10. Au point de vue de l'avenir obstétrical il faut savoir qu'une ou plusieurs grossesses ultérieures sont possibles et, d'après les statistiques d'Essen Moller, 45 p. 100 des opérées redeviennent enceintes, cette seconde gestation étant plus fréquente et arrivant plus souvent à terme chez les malades opérées.

Au point de vue fœtal le pronostic est extrêmement sérieux et, si l'immense majorité des grossesses ectopiques n'arrive pas à terme, parmi celles qui y parviennent la plupart ne donnent pas naissance à un fœtus viable en raison des malformations qu'il présente habituellement. La mortalité immédiate chez l'enfant est de 50 p. 100 (Orillard), les cas de survie définitive étant encore moins nombreux du fait des accidents qui apparaissent à une date plus éloignée.

BIBLIOGRAPHIE

Pour toute la bibliographie antérieure à 1908 se reporter à la Revue générale de BURNIER, Signes, diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine, *Gaz. des hôpit.*, 22 août 1908.

AGUINET. Th. de Paris, 1903.
ALBERTIN et DESGOUTTES. *Lyon chir.*, 1er avril 1909, p. 183.
AUDEBERT et DIEULAFÉ. *Soc. d'obst., de gyn. et de péd.*, juin 1907.
BALFOUR-MARSHALL. *Glascow obst. and gyn. Soc.*, 9 mars 1907.
BACULESCU. Etude statistique sur 56 cas de grossesse extra-utérine, *Revue de chir.*, juin 1912, p. 946.
BAZARGETTE. Th. de Paris, 1904-1905.
BAZY (Louis). *Revue de gyn. et de chir. abd.*, 1er juillet 1910, et *Presse méd.*, 31 oct. 1906, p. 693.
BÉGOUIN. *Congrès de chir.*, Paris 1906.
BERNUTZ. *Arch. gén. de méd.*, 1848.
BERTOLINI. Sur un symptôme précoce de la grossesse extra-utérine décrit par Solowij, *La Ginecologia*, 30 avril 1912, p. 221, analysé in *Journ. de chir.*, oct. 1912, p. 517.
BLAND SUTTON. *The Lancet*, 8 fév. 1891.
BOUCHET. *De la Grossesse extra-utérine récidivée*, Th. de Lyon, 1912-1913.
BOUISSON. *De la Mort de l'œuf dans la grossesse tubaire*, Th. de Lyon, 1910-1911.
BOUVIER. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1904, n° 4.
CHAPUT. *Revue de gyn. et de chir. abd.*, 1er juin 1913, t. XX, p. 545.
CORNIL. *Revue de gyn. et de chir. abd.*, 1900, n° 7.
COUVELAIRE. Th. de Paris, 1900-1901, et article sur la grossesse extra-utérine dans la *Nouvelle P. M. C.*
DAUNAY et ECALLE. *Soc. de biol.*, 31 mai 1913.
DOLÉRIS. *Soc. d'obst., de gyn. et de péd.*, avril 1900.
ELS. *Arch. f. Gyn.*, 1913, t. XCIX, p. 167.
ESSEN MOLLER (de Lund). *Suites obstétricales des grossesses extra-utérines*, analysé dans *L'Obstétrique*, mars 1911.
FESQ. Th. de Paris, 1911.
FINGOVA (Mlle). Th. de Nancy, 1912-1913.
GREYFIÉ DE BELLECOMBE. Th. de Paris, 1911-1912.
GRIMSDALE (de Liverpool). *The Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Empire*, fév. 1913, p. 115.
GROSS et HEULLY. Des hémorragies péritonéales d'origine génitale mais non gravidiques, *Revue de gyn. et de chir. abd.*, juillet 1913.
HABAULT. Th. de Paris, 1911-1912.
HÖRMANN. *Soc. de gyn. de Münich*, oct. 1906.
ISELIN. *Soc. des chirurgiens de Paris*, 15 nov. 1912.
JAYLE. De l'hématocèle par rupture d'un kyste hématique de l'ovaire, *Presse méd.*, 24 avril 1909.
JAYLE et DELHERM. *Revue de gyn. et de chir. abd.*, 1900.
KAKOUCHKINE. Matériaux cliniques sur la grossesse extra-utérine, *Journ. akouch. i jensk. bolez.*, janv. 1912, n° 1, t. XXVIII, analysé in *Journ. de chir.*, mars 1913, p. 395.
LAUNAY et SÉGUINOT. Etude sur les grossesses tubaires bilatérales simultanées à propos d'un cas de grossesse tubaire à trois fœtus, *Revue de chir.*, 1911, p. 401.
LAWSON TAIT. *Lectures on ectopic Pregnancy and pelvic hematocele*, 1888.
LE DENTU et S. BONNET. *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, 1901, t. X.
LEJARS. *Gaz. des hôpit.*, 16 janv. 1902; — *Semaine méd.*, 23 nov. 1904; — *Bull. de la Soc. de chir.*, 29 nov. 1904.

Leriche et Blanc. *Ann. de gyn.*, sept. 1911.
Letoux (de Vannes). *Presse méd.*, 26 juillet 1911.
Macdonald et W. A. Krieger. Grossesse ectopique à deux ou plusieurs fœtus, *The Journ. of the amer. med. Assoc.*, 7 juin 1913, p. 1766.
Martin. *Krankheiten der Eclecter*, Leipsig 1895.
Max Cheval *Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 4 oct. 1913.
Patel. *Progrès méd.*, 31 juillet 1912.
Pinard. *Soc d'obst., de gyn. et de péd. de Paris*, avril 1900.
Planchu. Grossesse extra-utérine avec fœtus vivant, *Réunion obst. et gyn. de Lyon*, 11 nov. 1911.
Pottet. Th. de Paris, 1910-1911.
Pottier et L. Bazy. *Soc. anat.*, 13 mars 1912.
Proust. De l'intervention opératoire dans les grossesses tubaires, *Gaz. des hôpit.*, 15 janv. 1914, n° 6.
Ribierre. *Cours de médecine légale de la Faculté*, janv. 1914.
Robert T. Franck. Sur 80 cas de grossesse ectopique, *The amer. Journ. of dis. of Wom. and Child.*, fév. 1909, p. 211, analysé dans la *Presse méd.*, 24 mars 1909, p. 215.
Rouffart. *Revue suisse de méd.*, 1913, n° 14.
Solowij. Sur un symptôme précoce de la grossesse extra-utérine, *Centralbl. f. Gyn.*, 1912, n° 5.
Sabin (Berthe). *Presse méd.*, 13 déc. 1913.
Savariaud. Communication à la *Soc. méd. du IXe arrondissement*, 30 nov. 1911.
Schambacher et Freund. *Zeit. f. Geb. und Gyn.*, vol. LXVIII, fasc. 3.
Schulman. *Semaine méd.*, 16 avril 1913.
Smith. Grossesses ectopiques répétées (4 cas), *The amer. Journ. of obst. and dis. of Women and Children*, t. LXIV, n° 3, sept. 1911, p. 401, analysé in *Journ. de chir.*, nov. 1911, p. 636.
Tartanson. Th. de Lyon, 1909.
Thévenard. *Soc. de chir. de Paris*, 22 nov. 1913.
Thévenin et Cazin. Trois cas de latéro-flexion de l'utérus gravide dans lesquels on est intervenu pour grossesse tubaire, *Soc. des chirurgiens de Paris*, 22 nov. 1912.
Turenne. La provocation criminelle de l'avortement ectopique, *Ann. d'obst. et de gyn.*, oct. 1913.
Unterberger. *Monats.*, sept. 1913.
Veit. *Sam. klin. Vort.*, 1891, n° 15.
Webster. *Ectopic Pregnancy*, monographie, 1895.
Willette. Th. de Paris, 1910.
Williams (de Philadelphie). Analyse de 147 cas de grossesse extra-utérine, *The amer. Journ. of obst. and dis. of Women and Children*, t. LXVII, n° 6, juin 1913, p. 1165, analysé in *Journ. de chir.*, sept. 1913, p. 395.
Zurhelle (de Bonn). *Centralbl. f. Gyn.*, 7 sept. 1912.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(séance du 7 avril 1914)

Hygiène coloniale. — M. Kermorgant, à propos des risques de contamination que peuvent faire courir à nos nationaux les coloniaux porteurs d'amibes à leur rentrée en France, signale les mesures prises par le ministre des colonies pour parer à ce danger. Il a été décidé que les médecins convoyeurs des bâtiments ramenant des coloniaux devraient non seulement donner leurs soins aux dysentériques, diarrhéiques, mais encore dépister les porteurs d'amibes. Dans ce cas la cure d'émétine sera entreprise, les pharmacies de bord ayant les préparations nécessaires pour cela.

Sur diverses applications thérapeutiques de l'émétine et de l'ipéca. — M. Bertrand fait connaître les résultats d'essais de l'émétine entrepris, l'année dernière, dans les hôpitaux maritimes de Toulon.

Le pouvoir amœbicide de l'émétine en fait, dit l'auteur, un merveilleux agent thérapeutique de l'infestation amibienne de l'intestin et du foie, mais son action parasiticide intestinale ne s'exerce-t-elle que sur l'amibe?

S'il n'y a pas à cette question, pour le moment, de réponse péremptoire, certains faits cliniques dans lesquels l'émétine se montre active sur des spirilles ou spirochètes en association dysentérique avec des amibes ou sur des œufs de schisostomum japonicum, accompagnés ou non d'amibes, permettent, du moins, qu'on la pose.

Une nouvelle série d'observations inédites, communiquées par M. Tribaudeau, où l'on voit l'émétine guérir en deux ou trois jours, sans que les parasites paraissent en avoir souffert, des dysenteries spirillaires pures, conduit, par ailleurs, à douter que toute action pharmaco-dynamique soit absente du processus curatif ressortissant à cette substance dans les conditions précitées.

L'émétine est-elle totalement inopérante dans la dysenterie bacillaire? L'auteur déclare n'en rien savoir personnellement, mais admettre le fait sans difficulté, ayant trouvé jadis l'ipéca moins actif dans la dysenterie épidémique de nos pays que dans la dysenterie endémique des pays chauds.

L'inefficacité de l'émétine contre la diarrhée chronique de ces derniers pays lui paraît, par contre, contestable, ces prétendus diarrhéiques étant presque tous d'anciens dysentériques et l'ipéca pouvant être pour eux un médicament des plus utiles.

Si l'on ajoute qu'on a récemment proposé, et depuis longtemps essayé avec succès, paraît-il, contre la dysenterie des pays chauds, un ipéca dépouillé d'émétine, on sera peut-être tenté d'admettre que, théoriquement comme cliniquement, l'émétine n'est pas tout l'ipéca et que celle-là n'est pas, dans celui-ci, la seule substance pourvue de propriétés antidysentériques.

Le dossier clinique auquel se réfère M. Bertrand comprend :

Des observations de dysenteries amibiennes — dont trois chez des hommes qui n'ont jamais servi aux colonies — très rapidement guéries par le chlorhydrate d'émétine;

Deux cas d'abcès du foie : l'un simplement incisé où, malgré l'émétine, la suppuration n'est tarie qu'après trois mois; l'autre, ouvert chirurgicalement puis en communication avec les bronches, où l'émétine, à des doses quotidiennes qui ont atteint 98 centigrammes, n'empêche pas le sujet de succomber avec des lésions de dégénérescence cardiaque: faits négatifs que M. Bertrand verse aux débats en déclarant n'en rien vouloir tirer qui doive diminuer notre confiance en l'émétine comme agent curatif de l'abcès du foie soit avant, soit après l'intervention opératoire, et plus particulièrement après sa migration broncho-pulmonaire.

Un hémothorax, très rapidement guéri au moyen de l'émétine, par M. Gastinel, chez un matelot atteint de plaie pénétrante de poitrine par projectile de petit calibre;

Une hématémèse dramatique, arrêtée net par une injection de 4 centigrammes de chlorhydrate d'émétine, dans le service de M. Palasne de Champeaux, sur un malade porteur d'un ulcère duodénal en voie actuelle de guérison par le salvarsan;

Puis la monnaie courante des hémoptysies et hémorragies intestinales.

L'auteur, en faisant l'exposé critique de ces diverses applications, est plusieurs fois conduit à comparer, dans leurs effets, l'émétine et l'ipéca; parallèle d'où il conclut qu'il n'y a pas toujours entre eux équivalence thérapeutique complète.

Ces réserves, dit en terminant M. Bertrand, n'enlèvent rien aux mérites de Léonard Rogers qui doit être considéré comme un bienfaiteur de l'humanité, non plus qu'à ceux de M. le professeur Chauffard dont la grande autorité clinique est venue confirmer la découverte de notre illustre confrère anglais.

Les thromboses pneumococciques des artères du cerveau. — M. Menetrier a observé la thrombose des artères

du cerveau chez des malades atteints de pneumonie, de broncho-pneumonie, de péritonite, manifestant l'infection sanguine qui accompagne les pneumococcies localisées et même comme détermination principale au cours de pneumococcies plus légères en apparence, telles que bronchite ou grippe.

La nature bactériologique de la thrombose a pu être prouvée par la constatation de pneumocoques dans le caillot. Ces caillots microbifères présentent la structure des caillots blancs, leucocytiques, ce qui permet de les caractériser et de les distinguer des caillots cruoriques, stasiques, dont ils peuvent être accompagnés. L'examen histologique précise les rapports de la thrombose avec les altérations de la paroi artérielle, soit antérieures et prédisposantes de la localisation, soit consécutives et réactionnelles. Ces thromboses peuvent siéger dans les grosses artères de la base, principalement les sylviennes, déterminant des foyers de ramollissement plus ou moins considérables, ou bien dans les petites artères intraparenchymateuses; elles sont alors souvent multiples, s'accompagnant d'infiltrats sanguins et même d'hémorragie, en raison des vaisseaux atteints.

Ces conséquences des thromboses pneumococciques expliquent l'intérêt de leur étude qui nous montre l'infection cause déterminante de ces lésions organiques graves : le ramollissement cérébral et même l'hémorragie.

De la kérithérapie (nouvelle application thermale des paraffines). — M. Barthe de Sandfort décrit les heureux résultats des enveloppements cireux dont la température n'est jamais inférieure à 50 degrés et qu'on réalise avec des cires minérales (paraffines, ambrine, etc.) ; ils se maintiennent au-dessus de 43 degrés pendant vingt-quatre heures, sans être renouvelés, et donnent d'excellents résultats dans le rhumatisme, la goutte, les arthrites, sciatiques, lumbagos, varices, etc.

L'auteur arrose les plaies, les ulcères, les brûlures avec un mélange paraffiné (ambrine) porté à 80 degrés et au-dessus qui, en passant de l'état liquide à l'état solide, forme instantanément sur ces pertes de substances une carapace protectrice et stérilisante à l'abri de laquelle les tissus se réparent rapidement et sans rétraction cicatricielle.

La gymnastique vasculaire par le bain progressif alternant. — MM. H. Dausset et A. Hanriot. Le but de ce bain est de forcer l'organisme à brûler ses déchets et de redonner de l'élasticité aux vaisseaux des arthritiques à nutrition ralentie. En mettant le sujet dans un bain à 37 degrés qu'on réchauffe à 45 degrés, qu'on refroidit ensuite lentement à 30 et même 20 degrés suivant la tolérance du sujet, on fait exécuter aux vaisseaux périphériques en quelques minutes une vasodilatation suivie de vaso-constriction, sous le contrôle possible du pouls et de la tension artérielle.

Action de l'antilab sur la digestibilité du lait. — M. L. Gaucher (de Montpellier).

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(Séance du 5 avril 1914)

Aphasie et lésion de la troisième frontale. — M. Dufour apporte un cerveau présentant une lésion superficielle du centre de Broca ; le malade a eu de l'aphasie pendant une douzaine d'heures. M. Foix dit qu'il est bien difficile de tirer des conclusions fermes de cas semblables ; chez un sujet qui avait eu de l'aphasie transitoire suivie d'alexie, il trouva des lésions considérables.

A quel pôle naît l'excitation dans l'électrisation unipolaire? — M. Bourguignon. Ces recherches mettent en doute la valeur séméiologique de l'inversion de la formule comme signe de dégénérescence.

Hypertension intracranienne opérée depuis cinq ans. — M. Souques montre un homme auquel M. Robineau fit, il y a cinq ans, une large trépanation décompressive, pour signes d'hypertension intracranienne. Le malade avait, tous les mois environ, de petites crises jacksonniennes sensitives dans le pied droit qui devenait tombant, sans convulsions. A l'opération, gros écoulement de liquide céphalo-rachidien, on ne trouva pas de tumeur. Le malade est aujourd'hui guéri, sans stase, avec une légère névrite optique, l'acuité visuelle est de 7/10. M. Sicard cite un fait analogue, l'incision du ventricule latéral montra une congestion énorme du plexus choroïde. Le malade est mort huit ans après d'accident, la guérison fut complète. M. Déjerine rappelle un autre fait de même ordre. Enfin, M. Lhermitte cite un fait de MM. Raymond et Claude, dans lequel l'épilepsie jacksonnienne était due à des kystes sous-arachnoïdiens avec petits foyers d'encéphalite démontrés par l'autopsie.

Lymphœdème chronique segmentaire. — MM. Sicard et Haguenau. Un garçon de quinze ans présente, depuis plusieurs années, un œdème segmentaire du membre inférieur, la ponction a permis de retirer un liquide riche en lymphocytes, contrairement à ce qu'on trouve dans le trophœdème où la ponction est négative. L'examen du sang est ici négatif. M. Meige se demande si ces différences dans la composition de l'œdème ne sont pas dues à l'âge plus ou moins avancé des lésions?

Dosage de l'albumine rachidienne après ponctions étagées au cours des processus méningés. — MM. Sicard et Haguenau. Dans des méningites diverses, tabes, paralysie générale, méningo-myélites, les auteurs ont trouvé 40 à 50 centigrammes dans le liquide supérieur, 1 gramme dans l'inférieur, les ponctions étant faites à peu d'intervalle et en commençant par la basse. S'agit-il là d'un liquide de renouvellement? M. Foix a fait l'expérience en commençant par la ponction haute ; dans ces conditions, il n'a pas trouvé de différence, ce qui semble bien étayer l'hypothèse ci-dessus.

Œdème segmentaire. — M. Chatelin. Il s'agit d'une femme de quarante-cinq ans, qui, après quarante-huit heures de fièvre, eut une quadriplégie avec participation de la face et gros troubles de la déglutition. Ces troubles rétrocédèrent en un an, mais apparut, sans cause, un œdème segmentaire localisé aux cuisses.

Chorée chronique récidivante. — MM. Dupré et Heuyer. Un homme de soixante-cinq ans eut, à sept ans, une chorée de Sydenham, guérie en six à sept mois, 6 récidives jusqu'à quinze ans ; puis, à dix-huit, à vingt-sept, chorée chronique à répétition jusqu'à trente-sept. Accalmie jusqu'à cinquante-six ans ; alors, à la suite d'une émotion, chorée chronique persistant depuis huit ans. Pas d'hérédité similaire, ni de troubles mentaux, pas de signes organiques autres qu'une aortite et l'adiadococinésie. Léger spasme intermittent de l'orbiculaire palpébral, petits mouvements cloniques indépendants de la volonté, instabilité mentale. MM. Crouzon et Thomas ont vu des faits de chorée de Sydenham persistant ainsi chroniquement. En pareil cas, dit M. Claude, les rémissions ne sont pas absolument complètes, il persiste toujours quelques petits signes. M. Thomas déclare que, dans la chorée de Sydenham, à côté des mouvements choréiques susceptibles de disparaître peuvent exister des secousses myocloniques, persistantes ; les émotions sont fréquentes comme cause. M. Sainton a vu une chorée de Huntington succéder à une émotion. La discussion s'engage alors sur la signification des signes de lésion organique du névraxe dans la chorée. M. Lhermitte estime qu'elle ne relève pas d'une altération du faisceau pyramidal, mais qu'il faut chercher dans les corps opto-striés. MM. Sicard et Babonneix ont vainement recherché des modifications du liquide céphalo-rachidien, et constaté l'absence possible

de tout signe de lésion organique. Ils manquent ou sont simplement associés, dit M. Dupré, et la chorée est due à un déséquilibre moteur. Dû à quoi, demande M. Thomas, qui pense au contraire que l'existence fréquente des signes organiques indique qu'il se passe quelque chose dans le névraxe ; pourquoi leur disparition coïncide-t-elle dans certains cas avec celle de la chorée ? M. Claude estime que l'existence de signes organiques du névraxe et des viscères, lors de l'apparition de la chorée, indique l'existence d'une infection, pouvant déterminer des lésions disséminées du névraxe.

Sclérose en plaques ou névrose? — M. Crouzon. Une femme de vingt et un ans, très émotive avec écholalie, présente depuis sept ans des troubles vaso moteurs et, depuis trois ans, un tremblement surtout émotif, non modifié par les mouvements; ceux-ci sont brusques, le signe de Babinski inconstant. Les deux hypothèses sont tour à tour soulevées; celle de sclérose en plaques paraît la plus vraisemblable.

Poliomyélite cervicale. — MM. Déjerine et Regnard. Survenue au cours d'une grossesse, la lésion atteint les segments cervicaux 8 et dorsaux 1 ; la distribution des troubles est celle de la topographie des racines. Un fait de même ordre dû à la syphilis (C. 6-8) est ensuite rapporté par MM. Regnard et Mouzon.

Signe de Babinski provoqué par l'excitation tégumentaire de tout le côté. Hémiplégie dans un cas d'hémiplégie infantile. — MM. Guillain et Dubois. Femme de vingt-neuf ans. La contracture est localisée à la main et au pied; l'atrophie osseuse et le raccourcissement manquent. Une excitation légère des membres du tronc ou de la sphère du trijumeau du côté malade provoque, de ce côté, le signe de Babinski, que l'on obtient, mais bien moins, en excitant l'autre côté du corps.

Paralysie des oculo-moteurs dans l'hémiplégie organique. — MM. Déjerine et Pélissier. Le malade, qui a eu 3 attaques d'hémiplégie organique, ne peut porter en haut les globes oculaires.

Réaction d'Abderhalden positive au corps thyroïde dans la maladie de Parkinson et les psychoses affectives. — M. et Mme Parhon (4 cas de maladie de Parkinson et 8 de psychoses affectives). M. Léri a trouvé une fois la réaction négative dans la première des deux affections, d'autres auteurs l'ont trouvée négative dans la deuxième.

ANALYSES

MÉDECINE

La dyspepsie complexe des mitraux. (Lœper. *Le Progrès médical*, 28 fév. 1914.) — Les mitraux font de la dyspepsie en dehors de toute asystolie cliniquement perceptible ; cette dyspepsie qui porte tantôt sur l'estomac, tantôt sur l'intestin, a des allures habituellement torpides; elle est habituellement douloureuse. Elle se traduit par du météorisme, de la lenteur des digestions, des nausées, de la diarrhée, ou des alternatives de constipation et de diarrhée. Elle peut donner naissance à quelques hémorragies occultes; souvent elle s'accompagne d'amaigrissement qui peut être à ce point prononcé qu'on songe à un cancer. L'examen chimique révèle de l'hypochlorhydrie, de l'hypochlorurie. De telles manifestations dépendent de la stase circulatoire des organes abdominaux, stase qui commence par le foie et envahit secondairement les autres organes de l'abdomen, après avoir forcé la barrière hépatique.

C'est donc déjà de l'asystolie, mais une asystolie partielle hépato-gastro-pancréatique, une *hyposystolie digestive* ; il faut faire jouer, en outre, dans la pathogénie de ce syndrome, un rôle au système nerveux abdominal, troublé dans ses fonctions par la congestion veineuse. Le traitement consiste en l'administration à petites doses de médicaments toni-cardiaques, toni-musculaires, de substances opothérapiques, enfin dans l'utilisation fréquente des révulsifs abdominaux et des purgatifs hépatiques. J. MILHIT.

Le pronostic de la pleuro-tuberculose séro-fibrineuse. (Courcoux. *Paris médical*, 7 fév. 1914.) — Le pronostic de la pleuro-tuberculose comporte deux étapes : la première intéresse le pronostic immédiat, c'est-à-dire l'évolution de l'affection aiguë ; la seconde a trait au pronostic éloigné. Il est tout d'abord des accidents, heureusement rares, qui assombrissent le pronostic immédiat de l'affection, c'est la mort rapide, c'est encore la mort subite. Les éléments de bénignité du pronostic immédiat sont basés, les uns sur l'étude des symptômes généraux (pouls, température, aspect général), les autres sur l'étude des signes physiques de l'épanchement, sur ses réactions chimiques, cytologiques, bactériologiques (richesse en fibrine, faible toxicité, etc.) ; les éléments de gravité sont basés sur la présence d'antécédents bacillaires, sur la fréquence du pouls, sur le passage à la chronicité de l'épanchement, sur la présence d'une pleurésie double, sur le séropronostic de Courmont, etc.

Le pronostic éloigné est difficile à préciser ; on peut parfois assister à une guérison définitive ; on peut aussi voir récidiver la pleurésie ou se constituer peu à peu une symphyse ; enfin la tuberculose pulmonaire peut suivre de près ou de loin une pleuro-tuberculose séro-fibrineuse. En résumé chez tout malade qui a subi une atteinte bacillaire, même la plus atténuée, il faut longtemps surveiller la température, le poids et le pouls ; ce sont là les vrais éléments du pronostic.

J. MILHIT.

L'amino-acidurie pathologique. (Marcel Labbé et Henri Bith. *Arch. des mal. de l'appareil digestif*, déc. 1913.) — A l'état normal, il existe une amino-acidurie, généralement légère; mais diverses causes morbides sont capables d'exagérer ce phénomène et de déterminer une hyperamino-acidurie pathologique.

Des recherches des auteurs il résulte que :

1° Toutes les fois que la cellule hépatique est lésée anatomiquement ou troublée gravement dans son fonctionnement, l'hyperamino-acidurie se produit. Elle est un indice de l'insuffisance du foie vis-à-vis du métabolisme des matières protéiques, que l'on peut mettre en valeur par l'épreuve de l'amino-acidurie provoquée.

2° Dans le diabète avec dénutrition, compliqué d'acidose, l'hyperamino-acidurie est la règle. Elle est fonction d'un trouble du métabolisme des albuminoïdes, trouble commençant par la mauvaise combustion de la molécule carboxylée de l'acide aminé (acidose) et se continuant par une insuffisance amino-acidolytique (amino-acidurie).

3° Dans les affections au cours desquelles les destructions tissulaires sont rapides et abondantes, et où d'autre part les ferments cellulaires désaminants exercent une action insuffisante, l'hyperamino-acidurie se produit (leucémie, pneumonie, fièvre typhoïde, cancer). L. BABONNEIX.

La valeur pronostique de la cuti-réaction chez les tuberculeux adultes. Cuti-pronostic de la tuberculose. (Maurice Imbert, Th. de Paris 1914 ; Pigelet, Paris.) — Cet important travail est basé sur 457 observations, recueillies dans le service du docteur Léon Bernard. La cuti-réaction est une opération simple, rapide, indolore. Avec un vaccinostyle, on fait, sur la peau de la région deltoïdienne, deux scarifications, longues de 4 à 5 millimètres chacune, distantes de 6 à 7 centimètres l'une de l'autre; la scarification supérieure sert de témoin ; sur la scarification inférieure, on dépose une goutte

de tuberculine brute de l'Institut Pasteur. La cuti-réaction ne donne lieu à aucune réaction générale, à aucun incident; elle peut donc sans inconvénient être pratiquée chez tout sujet.

Léon Bernard attache une grande importance aux variations d'intensité de la cuti-réaction chez les tuberculeux, car, de ces variations, on peut tirer des renseignements utiles au pronostic (1). Il existe, en effet, un parallélisme constant entre les résultats positifs plus ou moins accentués et une résistance plus ou moins grande du sujet à l'infection tuberculeuse. La statistique dressée par Imbert confirme pleinement cette opinion.

Sur 415 cas de tuberculose pulmonaire chronique, dans lesquels on fit une ou plusieurs cuti-réactions, 63 sujets ont eu des réactions négatives, et sur ces 63 malades, 41, c'est-à-dire les deux tiers, sont morts au bout de quelques mois des progrès de la maladie; les autres sont sortis de l'hôpital dans un état précaire ou sont encore en traitement sans amélioration.

Parmi les cuti-réactions positives, 102 fois la cuti-réaction fut faible; 40 malades sont morts, 27 sont sortis en état précaire, 24 sont sortis en état stationnaire, 11 seulement sont sortis de l'hôpital légèrement améliorés.

Les cuti-réactions ont été fortes chez 117 malades, 75 ont quitté l'hôpital très améliorés; les autres sont en traitement, avec amélioration ou état stationnaire, sauf trois seulement qui sont morts de complications (néphrite, hémoptysies).

Enfin les réactions d'intensité moyenne ont été notées chez 123 malades, dont 14 sont morts, 70 sortis de l'hôpital améliorés, les autres sortis en état stationnaire ou aggravés.

Par conséquent, dans la tuberculose pulmonaire chronique, Imbert a presque toujours observé des cuti-réactions négatives ou faibles chez les malades qui ont évolué vers l'aggravation ou vers la mort et des cuti-réactions moyennes ou fortes chez les sujets qui se sont améliorés et dont la maladie semblait évoluer favorablement.

Imbert relate aussi 25 observations de tuberculoses aiguës, avec 24 cuti-réactions négatives et une cuti-réaction faiblement positive; tous ces malades sont morts.

La cuti-réaction est encore d'un précieux secours pour établir le pronostic d'une poussée évolutive de la tuberculose; chaque fois que la cuti-réaction était négative ou faible, l'évolution était assez rapidement fatale. Dans plusieurs observations de cuti-réaction nettement positive, la poussée évolutive a eu une marche plus favorable et le malade est sorti de l'hôpital en voie de guérison.

Imbert conclut que tous ces faits permettent de voir en la cuti-réaction un bon moyen de pronostic, mais sans lui reconnaître cependant une valeur absolue, car on peut observer quelques exceptions. De plus, les résultats du cuti-pronostic de la tuberculose renseignent seulement sur la résistance du sujet à l'infection tuberculeuse et ils ne peuvent faire prévoir les complications soudaines qui risquent d'emporter le malade. M. BRELET.

MÉDECINE INFANTILE

Les manifestations choréiformes dans la poliomyélite. (NETTER et RIBADEAU-DUMAS. *Pédiatrie*, 15 fév. 1914.) — La poliomyélite peut s'accompagner de véritables mouvements choréiformes d'une ampleur plus ou moins grande. Ces manifestations qui précèdent en général de quelques heures les manifestations paralytiques sont habituellement de courte durée mais peuvent parfois se prolonger pendant des jours et des semaines. Elles doivent être rapprochées de symptômes analogues que l'on observe avec une fréquence incomparablement plus grande chez les singes inoculés avec le virus de la poliomyélite et qui précèdent l'apparition des premières manifestations paralytiques. L'existence d'altérations médullaires typiques dès que l'animal présente ces premiers symptômes implique nettement leur subordination aux altérations des centres nerveux. On peut supposer que parfois les troubles choréiformes prédomineront ou même existeront seuls : il y aurait ainsi une paralysie infantile choréique, de même que dans la chorée il existe des cas auxquels a été donné le nom de chorée paralytique. J. MILHIT.

(1) Léon BERNARD. Les éléments du pronostic chez les tuberculeux pulmonaires, *Le Journal médical français*, 15 août 1913; voir *Gaz. des hôp.*, 30 sept. 1913.

UROLOGIE

Sur la cystite amibienne. (W. FISCHER. *Münch. med. Woch.*, 1914, n° 9, p. 473.) — L'auteur a observé à Changhaï un Chinois de trente ans, venant de la campagne et présentant des symptômes de cystite. L'urine était très trouble et laissait déposer, au repos, un sédiment abondant.

L'examen microscopique montra un nombre considérable de leucocytes et un nombre d'amibes encore très mobiles quelques minutes après l'émission de l'urine. Ces amibes ne se distinguaient en rien des amibes dysentériques.

Il fut impossible d'établir comment ces amibes avaient envahi la vessie; le patient semblait ne pas avoir eu la dysenterie et l'on ne relevait dans ses antécédents qu'une blennorragie survenue trois ans auparavant, mais n'ayant pas laissé de rétrécissement.

Jusqu'à maintenant la constatation d'une cystite amibienne a été tout à fait exceptionnelle et l'on n'en relève que de rares observations dues à Baelz, Posner, Kartulis, Jürgens, Wijnhoff, Dill et Nusgrave, et Jeffries. A. LEMIERRE.

PRATIQUE MÉDICALE

LE TRAITEMENT DE L'URÉMIE

Personne n'ignore que l'urémie est un syndrome toxique traduisant l'insuffisance de la dépuration rénale. D'autre part, ses trois formes, nerveuse ou cérébrale, respiratoire et gastro-intestinale, sont trop connues pour qu'il soit utile d'y insister. En revanche, il y a toujours utilité à rappeler le traitement.

a. *Traitement de l'urémie aiguë.* — 1° Avant tout, réduire au minimum l'apport des substances toxiques. Pendant deux ou trois jours, diète hydrique exclusive : eau ou tisane diurétique additionnée de lactose; puis régime lacté (lait écrémé). La quantité de liquide permise quotidiennement sera de 2 à 3 litres si le cœur est suffisant, d'un litre à un litre et demi seulement s'il y a des signes de défaillance cardiaque. L'alimentation partiellement solide, lacto-végétarienne, ne sera reprise qu'après disparition complète de tous les accidents.

2° Dès le début de la crise, saignée de 500 grammes; si les accidents persistent on pourra, le lendemain, ou bien refaire une saignée de 300 grammes, ou bien appliquer sur la région lombaire trois ou quatre ventouses scarifiées ou quatre sangsues.

3° Si le malade peut avaler, purgatif drastique. Dans le cas contraire, un lavement purgatif.

4° En dehors des lavements purgatifs, deux ou trois lavements quotidiens d'eau bouillie.

5° Toutes les heures, pendant dix minutes, inhalations d'oxygène; si la dyspnée est intense, une injection sous-cutanée d'oxygène.

6° Les phénomènes convulsifs commandent, en même temps que ce traitement général, une médication sédative : bromure de potassium et hydrate de chloral par voie stomacale ou rectale. En cas d'échec on pourra faire des injections de petites doses de morphine ou même d'héroïne.

7° Enfin, on ne perdra pas de vue l'indication fondamentale, qui est le rétablissement de la diurèse.

Dans ce but, dès que le malade sera en état d'avaler, la théobromine à la dose de 1g50 à 2 grammes, ou mieux, diurène, à la dose de trois à quatre cuillerées à café par jour.

b. *Traitement de l'urémie chronique.* — Celui de la néphrite, autrement dit de la cause. On cherchera donc, selon les cas, à combattre, soit la chlorurémie, soit l'azotémie, soit l'hypertension artérielle.

Dans la cachexie urémique, qui exige en général l'intervention des cardiotoniques, on se trouvera bien de prescrire le diurène et, pour calmer la dyspnée de la dernière phase, la morphine associée à l'éther. P.-L. LECTOURÉ.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 3, mars 1914.) J. NICOLAS, Cl. REGAUD et M. FAVRE : Etude cytologique sur les glandes cutanées (4 fig.). — A. NANTA : Sur une forme de « tuberculose fongueuse de la peau » (2 fig.). — Laurent MOREAU : Note sur un cas d'éléphantiasis des membres inférieurs (3 fig.). — Aurel A. BABÈS : Amputations congénitales des doigts chez un hérédo-syphilitique. Considérations sur l'étiologie de cette maladie (1 fig.).

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXX, n° 6, 5 fév. 1914.) Henry R. STEDMAN : Un programme de mesures pratiques pour l'œuvre de l'hygiène mentale. — George C. SHATTUCK : Article préliminaire sur le contrôle de la percussion au moyen des rayons Röntgen. — C. L. LOWMAN : Relation qui existe entre le pied et les muscles de la jambe au point de vue de la statique du corps. — Curran POPE : La cachexie paludéenne chronique et ses rapports avec les états neurasthéniques. — Seelye W. LITTLE : Une étude du cancer (*fin*). — Samuel DELANO : La question de la radiumthérapie (*fin*). — (Vol. CLXX, n° 7, 12 fév.) Christopher GRAHAM : Observations au sujet des ulcères peptiques. — G. L. WALTON : Certaines phases des psychoneuroses et leur évolution possible. — William W. HOWELL : Le traitement par suggestion dans les maladies des enfants. — James A. HONEIJ : Lèpre. Le pouls envisagé comme un signe traduisant les progrès de la maladie (note préliminaire). — Harold W. BAKES et Donal W. BAKES : Stase iléale. — (Vol. CLXX, n° 8, 19 fév.) William Seaman BAINBRIDGE : La signification des brides, plis et membranes intraabdominaux. — Russell F. SHELDON : Le pronostic du sarcome du testicule. — C. Morton SMITH : Les prétentions premières du salvarsan ont-elles été réalisées ? — (Vol. CLXX, n° 9, 26 fév.) Henry F. HEWER : Une étude de quelques types de troubles gastriques et intestinaux dans des cas d'adhérences intestinales et leur traitement. — A. K. PAINE : Le sérodiagnostic de la grossesse. Revue. — P. S. Mc. ADAMS : L'effet du 606 sur l'œil avec la relation de sept cas de sérieuses complications oculaires consécutives à l'emploi de ce médicament. — Edward MELLUS : Le diagnostic hâtif et le traitement de la démence précoce. — Charles Greene CUMSTON : Le diabète et les opérations chirurgicales.

Bulletin d'oto-rhino-laryngologie et de broncho-œsophagoscopie. — (N° 2, mars 1914.) DELSAUX : Le traitement des oto-rhino-laryngopathies au cours des maladies infectieuses et des fièvres éruptives. — BÉRARD et SARGNON : Contribution à la laryngo-pharyngectomie dans le cancer. — BINON : Voix infantile. — H. LAVRAUD : Un antibuée. — Raymond BÉAL : Stridor laryngé chez un adulte, par bascule des arythénoïdes. — RAMADIER : L'aérothermothérapie en oto-rhino-laryngologie.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 11, 23 mars 1914.) René BESNARD : Etude clinique et thérapeutique des chorées. — Gaston SARDON : Les vaso-contractés. — (N° 12, 31 mars.) A. MAURICE : La question des amygdales. — René BÉNARD : Etude clinique et thérapeutique des chorées (*suite*).

Echo médical du Nord. — (N° 14, 5 avril 1914.) INGELRANS : Les mouvements d'automatisme médullaire.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 13, 29 mars 1914.) BONNEFON : Contribution à l'étude clinique des lésions traumatiques indirectes du nerf optique. — Henry SÉRÉGÉ : Des modifications apportées à la pression artérielle et à la viscosité sanguine par les eaux de Vichy. — (N° 14, 5 avril.) GRIEWANK : Sur une variété rare de pied de Madura (mycétome à grains rouges). — ORAISON : Traitement des tumeurs de la vessie par les courants de haute fréquence.

Medical Record. — (Vol. LXXXV, n° 8, 21 fév. 1914.) Lewis A. CONNER : Injections intraveineuses de salicylate de soude dans le traitement des affections rhumatismales. — Douglas C. Mc. MURTRIE : Une étude de la prostitution en Europe. — Segmour OPPENHEIMER : L'anatomie chirurgicale, le diagnostic et le traitement des affections inflammatoires des sinus nasaux accessoires chez les enfants. — George Montagne SWIFT : Affections cardiaques. — Arthur F. HOLDING : La technique dans la radiothérapie et particulièrement dans la radiothérapie profonde ainsi que la pratiquent à Fribourg Krönig et Gauss. — Samuel A. TANNENBAUM : Une remarque sur les objections faites à la psycho-analyse. — Miriam P. OLMSTEAD : La valeur des méthodes d'absorption dans la réaction de Wassermann. — (Vol. LXXXV, n° 9, 28 fév.) Henry R. STEDMAN : L'extradition des aliénés. — L. Pierce CLARK : Une nouvelle étude sur le torticolis mental considéré comme une psychonévrose. — Eving MEARS : L'évolution des études anatomiques et ses rapports sur le développement des connaissances chirurgicales. — Donald C. BALFOUR : Les soins que réclament les malades chirurgicaux. — Raymond WALLACE : Les névroses traumatiques, dues à un accident prétendu ou réel, au point de vue médico-légal. — Cecil Kent AUSTIN : Eclampsie, avec absence totale d'albumine, mais généralisée, œdème dur (rétention chlorurée pure ?). — H. RAHMET : La cause des rêves. — Fred WISE : Lichen plan du gland pénien ; son traitement par les rayons Röntgen. — Raymond C. COBURN : Une préparation éducative réglée pour l'anesthésiste.

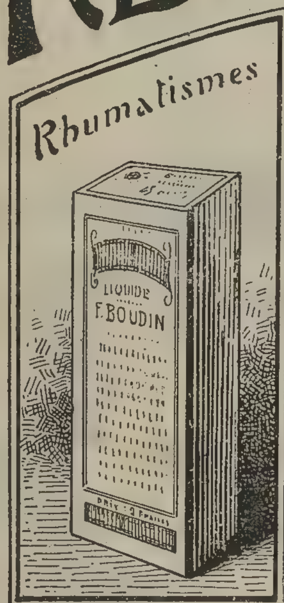
Montpellier médical. — (N° 11, 15 mars 1914.) EUZIÈRE et ROGER : Importance du dosage de l'albumine rachidienne pour le diagnostic des réactions méningées aseptiques. — VALÉRY : Un cas nouveau de responsabilité médicale = la pelisse du client. — (N° 12, 22 mars.) VALLOIS : Le professeur Grynfelt, 1840-1913.

Paris médical. — (N° 17, 26 mars 1914.) P. CARNOT et Roger GLÉNARD : Gymnastique intestinale. — MIRAMOND DE LAROQUETTE : Nouveau procédé radiographique de découverte des corps étrangers. — DUPUY DE FRENELLE : Toutes les opérations sur les membres peuvent être faites sous l'anesthésie régionale. — (N° 18, 4 avril.) LINOSSIER : Les maladies de la nutrition en 1914. — R. LÉPINE : Le sucre virtuel du sang. — J. CAMUS et G. ROUSSY : La glycosurie hypophysaire. — Marcel LABBÉ et Abel BAUMGARTNER : Diabète aigu avec cirrhose hépato-pancréatique pigmentaire. — RATHERY : Tolérance paradoxale des diabétiques pour les hydrates de carbone. — H. STRAUSS : Remarques sur le traitement diététique de l'ulcère de l'estomac. — G. BARDET : Les questions nouvelles en hydrologie, ionisation, radioactivité, gaz rares, éléments rares, colloïdes. — COTTET : La cure de diurèse.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.


EVIAN
SOURCE
CACHAT


Rhumatismes
LIQUIDE
F. BOUDIN


Révulsif liquide
à base d'essences de Crucifères
Affections
des Poumons
et des Bronches


Névralgies
Congestions
LIQUIDE
F. BOUDIN

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 10 francs par an. Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'accoucheur des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Lepage, Ribemont-Dessaignes, Porak, Potocki, Brault, Faure et Pinard.

— Concours de l'internat de Brévannes. — *Epreuve écrite.* — Question donnée : « Anatomie macroscopique du pancréas. — Signes et diagnostic de l'épilepsie jacksonnienne. »

Lecture. — Séance du 18 avril. — MM. Dugué, 24; Bourdeaux, 20 ; Chalet, 14; Barois, 6.

Séance du 19 avril. — MM. Boissier, 15; Brousse, 13; Pecker, 22; Ruppe, 28.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — La commission administrative des hospices civils de Bordeaux a fixé au 5 octobre 1914 le concours pour neuf places d'internes titulaires, et au 6 octobre 1914 le concours pour cinquante places d'externes titulaires des hôpitaux et hospices.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le doyen de la Faculté de médecine de l'université de Paris est autorisé à accepter, aux clauses et conditions énoncées dans les testament et codicilles annexés, le legs d'une rente annuelle de 500 francs, fait à ladite faculté par M. Lannelongue, pour secourir des étudiants en médecine momentanément dans le besoin.

Le capital de la rente léguée sera affecté à l'achat d'un titre de rente 3 p. 100 sur l'Etat français, qui sera immatriculé au nom de la Faculté de médecine de l'université de Paris, avec mention, sur l'inscription, de la destination des arrérages.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE TALASSOTHÉRAPIE. — Le Congrès international de thalassothérapie vient de s'ouvrir à Cannes, sous la présidence d'honneur du prince de Monaco. On sait que la question principale qui sera discutée aux séances est l'héliothérapie marine.

Le prince de Monaco a ouvert le Congrès par un discours très applaudi où il a fait ressortir la très grande importance des études océanographiques prises comme base des applications médicales des éléments marins.

CONFÉRENCES THÉORIQUES ET PRATIQUES D'ÉLECTROLOGIE, DE RADIOLOGIE ET DE RADIUMLOGIE. — La Société des médecins chefs des laboratoires de radiologie et d'électro-radiothérapie des hôpitaux de Paris organise deux fois par an, en novembre et en mai, une série de conférences théoriques et pratiques d'électrologie, de radiologie, de radiumlogie, d'une durée d'un mois.

La deuxième série aura lieu à partir du lundi 4 mai 1914, à l'amphithéâtre de l'hôpital de la Pitié, 83, boulevard de l'Hôpital (chemin de fer Métropolitain, station Saint Marcel).

La conférence inaugurale sera faite le 4 mai, à 4 h. 30, sous la présidence de M. le docteur Barth, médecin des hôpitaux, membre du Conseil de surveillance, par M. le professeur d'Arsonval, membre de l'Institut, membre de l'Académie de médecine.

Nous avons publié le programme complet dans le n° 33 du 19 mars 1914 de la *Gazette des hôpitaux*.

Pour l'inscription, qui est gratuite, s'adresser à M. le docteur Delherm, hôpital de la Pitié, 83, boulevard de l Hôpital, Paris XIIIe, ou à M. le docteur Aubourg, hôpital Boucicaut, 62, rue de la Convention, Paris XVe.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX. — *Chirurgie générale.* — Docteur Arrou (hôpital de la Pitié).— Jeudi, opérations au pavillon Gerdy, de neuf heures à midi.

Lundi et vendredi, de dix heures à onze heures et demie, examen des malades au point de vue pratique exclusivement.

ÉCOLE PRATIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Cours libre autorisé pour le deuxième semestre de l'année scolaire 1913-1914 par le Conseil de l'Université de Paris, le 30 mars 1914 :

M. le docteur Peytel commencera son cours le jeudi 30 avril, à cinq heures, à l'amphithéâtre Cruveilhier, et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : « Questions de droit et de jurisprudence intéressant l'exercice de la médecine en France. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Roy (de Clotte).

CHRONIQUE

L'INFLUENCE DES RACES SUR LA CARIE DENTAIRE

Dans l'excellent *Traité de Stomatologie* qui paraît en fascicules sous la direction des docteurs Gaillard et Nogué, dentistes des hôpitaux, notre collaborateur et ami, le docteur Herpin, dentiste de l'hospice des Quinze-Vingts, a consacré récemment une importante et substantielle étude à la carie dentaire, en collaboration avec le professeur agrégé Dieulafé, de la Faculté de médecine de Toulouse.

Parmi les conditions étiologiques si nombreuses et si complexes qui commandent l'évolution de la carie, nous voudrions exposer ici l'influence de la race que MM. Herpin et Dieulafé ont étudiée en détail, mettant ainsi au point cette question depuis si longtemps controversée.

La carie dentaire a atteint l'homme à tous les âges de son histoire, ainsi que le démontrent des lésions constatées sur des mâchoires préhistoriques, mais elle a dû cependant être rare à ces époques reculées, vu le nombre très faible des dents cariées comparé au total des crânes examinés. On tend d'ailleurs à admettre aujourd'hui que la fréquence des lésions dentaires chez les races actuelles provient du rétrécissement graduel des maxillaires à travers les âges, tandis que les dents gardent leurs dimensions primitives.

Les races inférieures actuellement vivantes servent à ce point de vue de transition entre les races préhistoriques et les races actuelles au point de vue de la fréquence de la carie.

Et, d'autre part, les races actuelles sont loin de présenter la même susceptibilité vis-à-vis de la lésion qui nous occupe; les unes, en effet, offrent une résistance très marquée à la carie dentaire, d'autres, au contraire, y sont tout particulièrement exposées. Etudions-donc, avec les auteurs du travail que nous résumons, les particularités de l'influence ethnique en France.

« A une époque où les armes de guerre nécessitaient pour le chargement l'usage simultané des deux mains et des dents qui déchiraient les cartouches, la carie dentaire avait été inscrite dans les règlements militaires comme cause d'exemption; aussi les statistiques des conseils de revision ont-elles été très précieuses pour établir la fréquence de la carie dans les diverses régions françaises. Boudin a signalé que, dans l'espace de temps compris entre 1831 et 1849, sur 3.295.202 jeunes gens examinés, 25.918 ont été exemptés pour mauvaise denture, soit 7,86 p. 1 000. »

Partant de ces données, Magitot a établi un tableau comparatif des exemptions pour denture défectueuse par départements, et l'on y voit du premier coup d'œil les différences considérables qui séparent le Puy-de-Dôme avec son minimum de 36 exemptions, et la Dordogne qui vient avec un maximum de 6.760 exemptions.

Pour parler encore plus nettement aux yeux, Magitot avait fait dresser une carte indiquant, par des teintes différentes, la fréquence relative de la carie dentaire suivant les diverses provinces.

Passant alors à l'interprétation des faits, Magitot considère comme secondaires les causes généralement invoquées, nature des boissons, régime des eaux, voisinage de la mer, altitude, climats, mode d'alimentation, etc., et met au premier rang la notion de race et d'hérédité.

« En consultant, dit-il, les documents recueillis sur l'ethnologie de la France et, en particulier, le remarquable travail de Broca, on reconnaît que les vestiges les mieux conservés des deux principales races qui ont peuplé notre sol sont représentés dans notre carte par des teintes opposées. Ainsi, la Bretagne est teintée en blanc; l'autre région blanche de la

carte se rapporte encore à une agglomération de populations gauloises, région celtique centrale. D'autre part, si l'on considère la traînée noire qui parcourt la France du nord-est au sud-ouest, sans tenir compte de quelques teintes intermédiaires sans importance, on trouve que cette direction est précisément celle qu'a suivie l'invasion kimrique qui a envahi la Gaule vers le VIIe siècle avant notre ère et laissé des traces si profondes. Or, au contraste bien défini qui sépare ces deux races, Celtes et Kimris, nous croyons qu'on doit ajouter, pour les seconds, la circonstance des caries nombreuses par défectuosité primitive de constitution dentaire.

D'autres considérations intéressantes peuvent être soulevées par cet aperçu. Si l'on vient à comparer notre carte à d'autres qui ont été dressées pour diverses infirmités, comme par exemple celle de Broca pour défaut de taille, on arrive à un résultat singulier. Ainsi, tandis que les départements de Bretagne sont blancs sur notre carte, ils sont noirs sur celle de Broca; la même inversion se retrouve pour la région celtique centrale. Au contraire, toutes nos teintes noires qui indiquent les populations kimriques sont blanches dans celle de Broca.

Cette opposition constante de teintes nous conduit à cette conclusion que les populations de la France se séparent, d'une manière générale, au point de vue de la carie dentaire, en deux grandes familles: la famille celtique, à individus petits et trapus et à dentition robuste; la famille kimrique à individus grands, blonds et dont l'organisation dentaire est défectueuse. »

Malgré son haut intérêt, la statistique de Magitot manque de précision, et on peut lui reprocher surtout de ne pas tenir compte du nombre de conscrits examinés. Chervin a donc repris la question, et, en éliminant autant que possible les causes d'erreur, a pu établir un tableau et une carte donnant la distribution de la carie dentaire en France par départements.

La division en deux grandes familles, celtique et kimrique, demeure vraie; elle explique par exemple comment des populations voisines, comme les Bretons et les Normands, présentent des différences énormes, ainsi que le montrent les chiffres suivants :

Bretagne.	
Côtes-du-Nord	137 exemptions.
Morbihan	119 —
Finistère	60 —
Normandie.	
Orne	1.537 exemptions.
Calvados	1.732 —
Seine-Inférieure	3.140 —
Eure	5.014 —

Si, maintenant, on considère l'ensemble du territoire, on obtient, d'après les chiffres de Chervin, la répartition suivante de la carie dentaire dans notre pays :

Région du Nord	Ouest	70,70
	Centre	26,70
	Est	12,94
Région du Centre	Ouest	10,51
	Centre	14,03
	Est	7,50
Région du Midi	Ouest	28,15
	Centre	4,18
	Est	9,74

En résumé, les chiffres de Chervin corroborent bien les deux grandes divisions en races celtique et kimrique, mais avec des exceptions plus nombreuses que dans le tableau de

Magitot. « Les descendants des Gallo-Celtes, dit Chervin, seraient, dit-on, plus favorisés sous le rapport de la denture que les fils des Belges et des Normands. Nous ferons toutefois observer que la Loire-Inférieure, le Maine-et-Loire, Indre-et-Loire, le Loir-et-Cher qui sont, à n'en pas douter, des départements celtiques, fournissent un nombre de cas d'exemption beaucoup plus grand que les départements kimriques de l'Alsace, de la Lorraine, de la Franche-Comté, etc. Mais il est juste de dire que les Ardennes, l'Aisne, la Somme, l'Oise, la Seine-Inférieure, l'Eure, le Calvados et l'Orne, qui sont des départements kimriques, sont ceux où la carie dentaire est la plus fréquente.

Il faut cependant faire encore une exception pour le Lot-et-Garonne, la Gironde, les Landes, les Hautes et Basses-Pyrénées qui fournissent un grand nombre de conscrits exemptés pour leur mauvaise denture, et faire remarquer que ces départements sont surtout peuplés d'Ibères. Nous avons déjà rencontré à différentes reprises des différences très notables entre certains départements gascons et béarnais avec les départements languedociens ou périgourdins.

Si donc l'ethnologie ne peut pas expliquer très rigoureusement la répartition géographique de la carie dentaire, il n'en est pas moins vrai qu'elle est de quelque secours. »

L'influence de la race ressort non seulement des chiffres que nous venons de résumer, mais de bien d'autres données encore et, en particulier, de celle-ci, due à l'observation de Maurel, à savoir que l'observation de la même race, faite dans des pays éloignés, a toujours donné des résultats à peu près identiques. Mais il va de soi que là n'est pas la cause unique de la carie et que bien d'autres causes doivent entrer en ligne de compte.

Elles sont minutieusement étudiées dans le consciencieux travail de MM. Herpin et Dieulafé, et nous ne pouvons qu'y renvoyer le lecteur. Mais il est un point fort intéressant sur lequel les auteurs ont particulièrement insisté et que nous ne saurions passer sous silence; c'est l'influence ethnique sur la localisation de la carie au niveau des diverses dents. Il s'agit naturellement des races blanches, les seules sur lesquelles la documentation soit suffisante pour tirer des conclusions précises. Bien que soumises aux mêmes influences, les dents présentent néanmoins des conditions particulières qui les rendent plus ou moins vulnérables ou résistantes. Sans nous étendre sur ces conditions, notons qu'il est d'observation courante que la première molaire, la dent de six ans, est particulièrement sujette à la carie; de même les incisives centrales supérieures et les dents de sagesse inférieures paient un lourd tribut à l'affection. Par contre, tout un groupe, celui des incisives, canines et prémolaires inférieures, est de façon très nette indemne de carie, grâce sans doute à la situation déclive de ces dents qui les met en perpétuel contact avec la salive.

Après avoir, à ce point de vue, rappelé les statistiques de Linderer, Hitchcock, Magitot, Redier, et Scheff, MM. Herpin et Dieulafé en apportent eux-mêmes une nouvelle qui porte sur 12.673 cas de carie. « Soit pour la mâchoire supérieure 3.735 dents atteintes de carie du côté droit et 3.790 du côté gauche et, pour la mâchoire inférieure, 2.640 du côté droit et 2.508 du côté gauche; ces résultats nous montrent qu'il ne semble pas y avoir de différence sensible au point de vue de la fréquence de la carie entre les deux côtés d'une même mâchoire. Par contre, nous avons 7.525 cas de carie à la mâchoire supérieure contre 5.148 seulement à la mâchoire inférieure. Nous avons établi des graphiques qui rendent plus sensibles les résultats obtenus. D'après ces tableaux nous avons pu voir que les côtés droit et gauche de chaque mâchoire donnent pour les dents homologues des résultats sensiblement égaux et que les courbes de fréquence sont

CLINIQUE MÉDICALE

ÉTUDES SUR LA PATHOLOGIE DE L'ULCUS

VII

L'ULCUS DE LA PETITE COURBURE

Par M. Albert MATHIEU (*),
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Le hile de l'estomac. — Il suffit de considérer la structure anatomique et les rapports de la petite courbure de l'estomac pour comprendre que la localisation d'une lésion, et en particulier d'une lésion ulcéreuse, à son niveau, déterminera un ensemble de phénomènes tel qu'il en résultera une forme clinique de l'ulcus.

En effet, à la petite courbure aboutissent les vaisseaux afférents et les nerfs; d'elle émanent les vaisseaux efférents et les nerfs efférents; il s'y trouve de plus tout un système assez considérable de lymphatiques représenté en particulier par des groupes de ganglions lymphatiques bien étudiés par Cunéo.

Au point de vue de ses rapports, la petite courbure est située sous le lobe moyen du foie; à droite, vers la région pylorique, se trouve le hile du foie; en arrière, le pancréas, et très souvent cet organe est atteint lorsqu'il y a extériorisation d'un ulcus chronique situé sur la face postérieure de l'estomac au voisinage de sa petite courbure.

En réalité, la petite courbure de l'estomac est le hile de l'organe, et on ne doit pas s'étonner de trouver que la localisation des lésions dans cette région ait une importance particulière; c'est un fait commun à la lésion du hile de tous les viscères.

Fréquence. — Lorsqu'on cherche dans les statistiques publiées quelle est la fréquence relative de l'ulcus de la petite courbure, il est assez difficile de s'en faire une idée qui réponde à ce qu'on a pu voir soi-même, soit aux autopsies, soit à l'examen sur le vivant après laparotomie exploratrice.

Voici une statistique de Brinton souvent citée. Elle repose sur des constatations anatomo-pathologiques faites après la mort : on y relève 26,8 fois p. 100 l'ulcus à la petite courbure, contre 42 p. 100 à la paroi postérieure et 15,6 p. 100 au pylore.

Ces chiffres nous surprennent un peu, et ils sont du reste à peu près identiques comme proportion à ceux donnés par M. Ch. F. Martin, dans le *Traité de médecine* d'Osler et de Mac Cræ. Il s'est donné la peine d'additionner des statistiques d'origines différentes portant sur un total de 2 069 cas, et il a trouvé pour la petite courbure 35 p. 100, environ le tiers des cas, plus encore que n'en donnait Brinton; pour la paroi postérieure, 38 p. 100 et, pour le pylore, 14 p. 100, chiffre voisin des 15 p. 100 indiqués par Brinton.

(*) Conférence faite le 26 février 1914 à l'hôpital Saint-Antoine. (Compte rendu sténographique revu par l'auteur.)

Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 8, p. 117; n° 14, p. 213; n° 21, p. 325; n° 29, p. 464, n° 36, p. 581, et n° 41, p. 661.

Actuellement, nous avons, d'après les autopsies faites dans notre service et surtout d'après les interventions chirurgicales que nous avons provoquées, l'impression que l'ulcus pylorique, l'ulcus juxtapylorique y compris l'ulcus duodénal, sont de beaucoup les plus fréquents, puis, qu'ensuite vient l'ulcus de la petite courbure. Mais il faut reconnaître que nous faisons opérer l'ulcus de la région pylorique avec une facilité beaucoup plus grande que l'ulcus siégeant dans une autre région de l'estomac. Nous ne pouvons donc pas avoir une idée qui corresponde d'une façon certaine à la réalité des faits. Cependant, il résulte bien, non seulement de ce que nous avons pu voir, mais de ce qu'ont vu les auteurs qui ont fait opérer beaucoup de malades, qu'il devrait y avoir un remaniement des statistiques classiques et que leurs chiffres ne correspondent pas à la répartition réelle de l'ulcus d'après sa localisation exacte.

Signalons une cause d'incertitude : à ne considérer la petite courbure que dans sa limitation stricte, elle n'est qu'une ligne, et dès que l'ulcus n'est plus directement à cheval sur cette ligne, dès qu'il se trouve soit sur la face antérieure, soit sur la face postérieure, il peut être classé comme un ulcus des faces. Il semble, en particulier, que l'ulcus de la face postérieure, au voisinage et un peu au-dessous de la petite courbure, soit particulièrement fréquent. C'est celui qui donne lieu si souvent à des adhérences postérieures avec le pancréas. L'ulcus de la petite courbure prend souvent la forme indurée et calleuse, quelquefois même il devient un ulcus géant.

Quoi qu'il en soit, il ne semble pas douteux qu'il y ait lieu actuellement de donner une place à part, en clinique, à l'ulcus de la petite courbure ou à celui qui est situé sur les faces de l'estomac à quelques centimètres au-dessous de la petite courbure elle-même.

Mais la petite courbure va du cardia au pylore. Il faut que nous en détachions une zone située au voisinage du pylore que nous connaissons bien et qui a une importance très grande dans la pratique journalière de l'ulcus, et aussi une zone située immédiatement au-dessous du cardia. Elle a une importance moins grande, car la localisation de l'ulcus dans la zone sous-cardiaque est moins fréquente de beaucoup que sa localisation dans la région pré-pylorique, à l'extrémité inférieure de la petite courbure.

Anatomie pathologique. — Glissons rapidement sur l'ulcus dans ses premières phases, dans sa phase de début et dans sa phase d'ulcus chronique mais probablement curable encore. Il n'y a pas à la petite courbure lieu de relever des particularités spéciales au point de vue de sa structure, de son apparence, de sa pathogénie. Mais certaines particularités peuvent être signalées tout de suite, que nous allons retrouver tout à l'heure lorsqu'il s'agira de tracer le tableau clinique des diverses formes de l'ulcus de la petite courbure.

Ici, comme partout, il peut y avoir hémorragie, perforation, périgastrite aiguë ou subaiguë; je n'y insiste pas.

Ulcus géant. — Lorsque l'ulcus siège soit très

haut vers le cardia, ce qui est rare, soit bas vers le pylore, ce qui est fréquent, il amène assez rapidement, en se développant, des phénomènes de sténose qui en arrêtent l'évolution anatomique. En effet, le rétrécissement et la stase qui en est la conséquence mettent, par le fait même de leur existence, la vie du malade en danger. Il n'en est pas de même lorsque la lésion siège vers la partie moyenne de la petite courbure. Ici, elle a de l'espace pour se développer et l'on peut voir se constituer des ulcérations géantes inconnues ailleurs. C'est dans cette région et vers les faces que l'on trouve des ulcus extrêmement étendus comme ceux qu'ont signalés les auteurs et comme ceux que nous avons pu voir nous-même. Cruveilhier a trouvé un ulcère de 16 centimètres de long sur 8 de large. Dans l'*Atlas d'anatomie pathologique* de Lebert se trouve figuré un ulcère de 8 centimètres sur 5. Brinton en signale un de 12 centimètres sur 15. Debove a rapporté l'histoire d'un malade dont l'ulcus, situé à la grande courbure, était grand comme la paume de la main. Moutier et moi nous avons vu quatre fois un ulcus qui méritait d'être qualifié d'ulcus géant de la petite courbure et tout à l'heure, à propos de l'étude clinique, je citerai l'un d'entre eux qui présentait comme dimensions 8 à 9 centimètres de long sur 5 ou 6 centimètres de large.

Sclérose du hile : artérite et névrite. — Lorsque l'ulcus de la petite courbure devient permanent, lorsqu'il passe à l'état incurable, que ses bords se sclérosent et s'épaississent, il se fait tout naturellement des adhérences vers les parties voisines, surtout vers le pancréas. Lorsque l'ulcus est perforant, lorsqu'il est extériorisé, c'est encore souvent le pancréas qui se trouve atteint par la progression de l'ulcération en dehors des parois de l'estomac. Dans un assez grand nombre de cas également, le foie se trouve intéressé, mais moins fréquemment que le pancréas. Il en résulte naturellement la fixation de la partie correspondante de la petite courbure et la limitation de la mobilité de l'estomac. Il se produit, de plus, au hile de l'estomac, des adhérences, un tissu scléreux qui englobe les vaisseaux et les nerfs. M. Moutier, dans les examens qu'il a faits sur des pièces de ce genre a trouvé d'une façon constante de la périartérite sans endartérite oblitérante. Régulièrement aussi, il a trouvé de la névrite résultant de l'envahissement des troncs nerveux par le tissu scléreux. Il y a là une lésion anatomo-pathologique banale, que l'on rencontre dans tous les cas de ce genre et à laquelle il est par conséquent difficile d'attribuer tel ou tel symptôme en raison même de son existence dans tous les cas d'ulcus invétéré.

Au-dessus de la petite courbure se trouve le plexus solaire et ses émanations, et on ne doit pas s'étonner que l'atteinte des filets nerveux qui en dépendent provoque si souvent des phénomènes douloureux très intenses et très rebelles, qui caractérisent certaines des formes cliniques de l'ulcus de la petite courbure et en particulier les formes invétérées, les formes adhésives et les formes extériorisées.

De plus, dans cette région, n'oublions pas qu'il y a des ganglions lymphatiques assez nombreux. Ces ganglions peuvent subir, par le fait de l'ulcus, une tuméfaction inflammatoire. Il se fait de l'adénopathie, qui peut prendre quelquefois une importance assez considérable, si considérable que les ganglions hypertrophiés peuvent être parfois perçus par la palpation, et que leur présence peut faire croire à tort à l'existence d'une tumeur néoplasique. Il arrive même qu'après la laparotomie exploratrice le chirurgien est embarrassé pour savoir quelle est la nature exacte de la lésion ganglionnaire, pour décider s'il s'agit d'une simple adénopathie inflammatoire ou au contraire d'une adénopathie néoplasique.

Palpation de la partie inférieure de la petite courbure. — Il est possible, dans un certain nombre de cas, de palper tout au moins la partie inférieure de la petite courbure de l'estomac. Lorsque — et cela n'est pas rare — il s'agit d'un estomac allongé, son pôle inférieur descend très bas, lorsque le malade est examiné debout. Si on l'examine couché, la partie inférieure de la petite courbure et la région prépylorique remontent au-dessus de l'ombilic, de telle façon que l'estomac se trouve couché en écharpe par-dessus la colonne vertébrale. On voit alors assez souvent, sur l'écran radioscopique, une partie du bismuth, retenu à gauche de la colonne vertébrale, s'accumuler vers la grosse tubérosité, tandis que l'autre partie est retenue à droite de la colonne vertébrale, dans la poche prépylorique. Dans ces conditions, la partie inférieure de la petite courbure et toute la région prépylorique se trouvent en écharpe au-dessus de la colonne vertébrale, et à cette situation particulière correspond cette sensation spéciale de ressaut éprouvée quand on palpe par frôlement en descendant de la région épigastrique supérieure vers la région ombilicale.

Pendant très longtemps, mes collaborateurs et moi, nous avons été très intrigués par ce phénomène et nous nous demandions à quoi correspondait ce ressaut. De temps en temps, nous percevions des saillies donnant l'idée d'une induration noueuse. Nous avions aussi parfois la sensation d'un durcissement passager, qui ne pouvait être que le résultat d'une contraction ou d'un spasme, ce qui faisait penser à l'estomac. S'agissait-il du pancréas perceptible, d'une tumeur de l'estomac ou des ganglions de la petite courbure ? Parfois c'est au côlon transverse que nous songions.

Eh bien ! en usant de la radioscopie, en examinant le malade debout d'abord, afin de bien repérer les rapports et bien déterminer la conformation de son estomac et ensuite couché, on reconnaît facilement qu'il s'agit de la petite courbure, dans sa région pylorique, obliquement tendue en écharpe par-dessus la colonne vertébrale. Très fréquemment, on peut reconnaître au-dessous, le côlon transverse et le différencier. Ainsi peut se trancher un problème de clinique quelquefois assez difficile : distinguer la région prépylorique de l'estomac du côlon en état de contraction et de spasme.

Notons ici la fréquence avec laquelle se produi-

sent les sténoses méso-gastriques par ulcus chronique de la petite courbure. Très fréquemment, il se fait d'abord une sténose dans laquelle le spasme joue un rôle prépondérant, puis se produit une sténose organique, une sténose matérielle, une sténose cicatricielle dont nous étudierons ultérieurement les manifestations symptomatiques.

Formes cliniques. — Quelles sont donc les formes cliniques de l'ulcus de la petite courbure que nous allons avoir à envisager? Tout d'abord l'ulcus récent, puis l'ulcus invétéré adhérent, l'ulcus calleux extériorisé. Nous aurions encore à étudier l'ulcus sténosant, auquel sera consacré un chapitre spécial, puis l'ulcéro-cancer, sur l'étude duquel je n'ai pas l'intention de revenir actuellement.

Ulcus récent. — Voyons d'abord l'ulcus récent de la petite courbure, l'ulcus qui n'est pas encore un ulcus invétéré, sans grandes adhérences, sans induration calleuse, sans diverticule extra-stomacal.

Comment cliniquement se présentent les faits de ce genre? Il serait assez difficile de le dire si on se bornait à l'étude des observations dans lesquelles il y a un ulcus vraiment récent de la petite courbure, c'est-à-dire donnant lieu à ses manifestations initiales au moment d'une première ou d'une seconde poussée douloureuse qui souvent ne dure pas plus de quinze jours ou trois semaines. Il serait assez difficile d'avoir une opinion exacte si nous ne pouvions nous éclairer par l'interrogatoire rétrospectif de malades, chez lesquels l'examen radioscopique, ou, ce qui est plus caractéristique encore, la laparotomie nous montre un ulcus de la petite courbure existant de longue date.

Lorsque nous nous trouvons — et cela est relativement fréquent — en présence de malades atteints d'un ulcus calleux, extériorisé, avec ou sans sténose mésogastrique, nous apprenons, dans la plupart des cas, qu'ils souffrent depuis de longues années, qu'ils ont commencé par avoir des crises douloureuses pendant quinze jours, trois semaines, que dans l'intervalle de ces crises les douleurs cessaient ou qu'il ne persistait guère que des phénomènes de dyspepsie, tout à fait banaux. Ces malades accusaient, dans ces périodes initiales, la conservation de leur appétit, des douleurs demi-tardives. Ces douleurs ne se produisaient pas immédiatement après l'ingestion des aliments; mais, dans la plupart des cas, deux heures, ou trois heures au plus après, douleurs assez intenses, retentissant souvent dans le dos, directement en arrière, ayant rarement tendance à irradier autant vers le côté gauche que cela s'observe dans des formes invétérées. Ces douleurs sont calmées assez souvent par l'ingestion des aliments et aussi par l'ingestion des alcalins, mais avec une régularité beaucoup moins grande que lorsqu'il s'agit d'un ulcus pylorique ou juxtapylorique.

Par conséquent, dans ce que peut nous apprendre le malade, rien qui le différencie d'une façon bien nette des phénomènes douloureux qu'on observe lorsqu'il existe un ulcus pylorique ou juxtapylorique, sauf cette nuance cependant, quelquefois très accentuée et qui prend alors toute son importance, que, dans l'ulcus pylorique ou juxtapylorique, la douleur est plus tardive, que son intensité est souvent, plus marquée. On trouve aussi bien plus souvent dans l'ulcus pylorique, certaines particularités plus rares dans l'ulcus de la petite courbure : la véritable faim douloureuse qui n'est pas seulement la faim calmée par l'ingestion des aliments, et aussi un retentissement en ceinture, sous forme d'une constriction très pénible de la partie inférieure du thorax qui est serrée comme par une corde. Je n'ai pas l'impression que cette douleur en ceinture, cette sensation de constriction de la base du thorax, se présente dans l'ulcus de la petite courbure avec un caractère et une fréquence aussi accusés que lorsqu'il s'agit d'un ulcus pylorique ou juxtapylorique.

Chez ces malades, vous ne trouverez pas la plupart du temps de liquide le matin à jeun dans leur estomac. Si vous pratiquez l'analyse du suc gastrique, vous trouverez de l'hyperchlorhydrie, mais pas de signe d'hypersécrétion nette, et surtout de signe de rétention, et, dans le plus grand nombre des cas, pas de liquide le matin à jeun. Si vous en trouvez, ce sera d'une façon tout à fait passagère, le lendemain du jour où les malades auront eu, au cours de la nuit, une crise paroxystique très intense. Les jours suivants, vous n'en trouverez plus, et cela est un caractère assez important sur lequel l'attention doit être appelée.

Examen radioscopique. — Dans ces formes initiales de l'ulcus de la petite courbure, nous pouvons tirer de l'examen radioscopique des renseignements très importants. On peut constater l'existence d'une douleur siégeant nettement le long de la petite courbure, à une hauteur plus ou moins élevée. Souvent aussi, on voit se produire, au cours de l'examen,

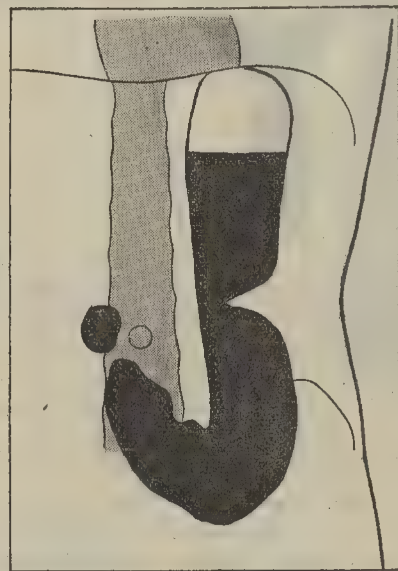


Fig. 1.

une encoche le long de la grande courbure, due à une contraction péristaltique exagérée et qui reste fixée en regard exactement du point douloureux correspondant à la petite courbure (fig. 1). Lorsque, en cas semblable, des contractions péristaltiques se déplacent, elles cheminent au-dessous de l'encoche

fixe. Elles tendent à s'accentuer à mesure qu'elles se rapprochent du pylore. L'encoche elle-même est respectée, elle ne change pas, elle est comme figée. Il peut se faire même, dans un certain nombre de cas, qu'il y ait non pas seulement une encoche dièdre avec une communication par un espace très restreint entre la poche supérieure et la poche inférieure, mais que le spasme donne à la partie correspondante de l'estomac la forme d'un véritable canal. Et alors la communication entre la poche supérieure et la partie inférieure se fait par l'intermédiaire d'une zone rétrécie plus ou moins allongée, de plusieurs centimètres par exemple, qui donne dans une large mesure l'aspect de la biloculation par lésion matérielle d'origine ulcéreuse (fig. 2 et 3) [1].

Je n'y insiste pas actuellement; j'y insisterai dans la prochaine étude, lorsqu'il s'agira de la sténose mésogastrique d'origine ulcéreuse.

Il faut ajouter à ce syndrome cette particularité qu'en cas semblable il n'y a pas de rétention du bismuth. Lorsqu'on fait faire un repas bismuthé, au bout de cinq ou six heures on trouve l'estomac vide, ou, s'il reste du bismuth, ce n'est qu'en quantité minime, insuffisante pour qu'on puisse penser qu'il y a là un trouble de motricité, semblable à celui que provoque si souvent la localisation pylorique de l'ulcus.

La douleur de la petite courbure, et surtout sa



FIG. 2 (*a*).

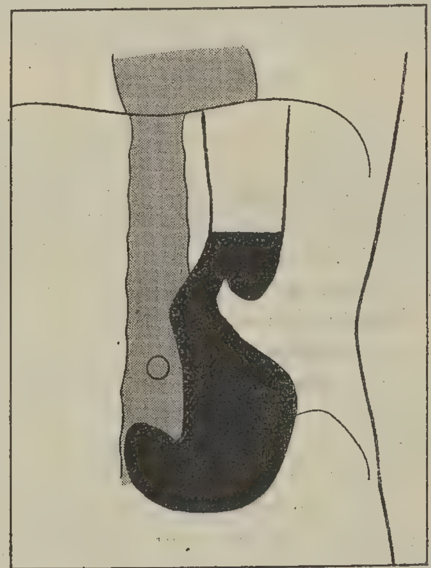


FIG. 2 (*b*).

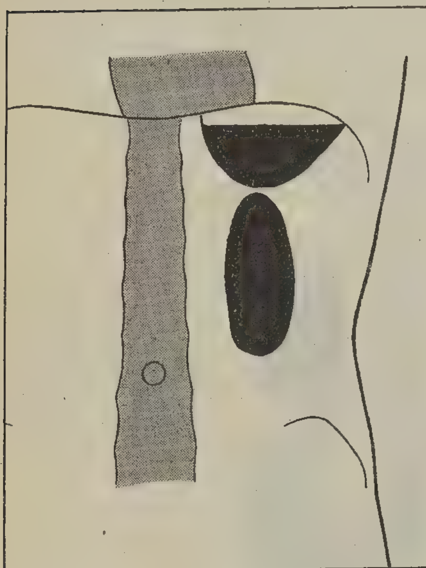


FIG. 2 (*c*).

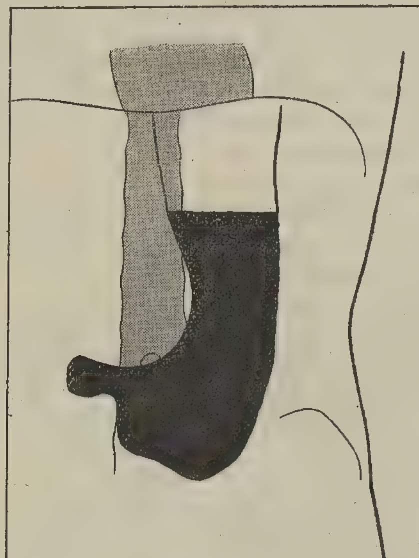


FIG. 2 (*d*).

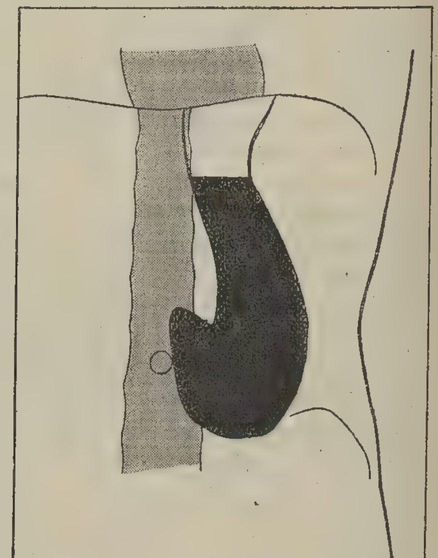


FIG. 2 (*e*).

fixité, ont une assez grande importance, il ne faut pas cependant la considérer comme un signe pathognomonique, même quand elle se produit en regard d'une encoche lente à s'effacer ; il faut encore que ce phénomène se reproduise à chaque examen, qu'il soit durable, qu'il soit permanent et qu'il n'ait pas été seulement constaté d'une façon passagère.

On peut même attribuer une certaine valeur présomptive à l'existence du point douloureux, à sa localisation à la petite courbure, sans qu'il existe d'encoche en regard ; mais ici il faut être plus prudent encore dans ses conclusions. Je connais plusieurs cas dans lesquels, avec un ulcus de la région pylorique ou prépylorique repéré ultérieurement après laparotomie exploratrice, il existait un point douloureux de la petite courbure qui aurait pu faire

(1) La disparition de la biloculation dans ces deux cas, spontanée dans le premier, après injection d'atropine dans le second, a démontré qu'il ne s'agissait pas d'un rétrécissement matériel.

penser à la localisation à ce niveau d'une lésion qui, en réalité, était au niveau du pylore, et cela ne doit pas nous étonner. Il peut exister, en cas semblable, des poussées d'inflammation périgastrique qui se révèlent à l'examen de l'estomac par un voile de périgastrite à la surface de l'estomac. Il existe aussi fréquemment des adénopathies inflammatoires situées à distance, le long de la petite courbure, et on ne doit pas être très surpris qu'une semblable adénopathie soit douloureuse ni même qu'il puisse momentanément se produire une ébauche d'encoche sur la petite courbure, en regard du point au niveau duquel elle siège.

Quelquefois, la répétition et l'intensité des crises, la persistance de la douleur le long de la petite courbure peuvent faire penser à un ulcus ou à des cicatrices, à des adhérences d'origine ulcéreuse, susceptibles de les expliquer. Il peut se faire toutefois qu'en cas semblable, à l'exploration directe, on ne trouve rien. C'est ce qui s'est produit chez un malade que nous avons récemment observé, M. Roux et moi. Il souffrait de l'estomac par crises paroxystiques depuis dix ans; il accusait des douleurs extrêmement violentes que rien ne calmait. On trouvait chez lui d'une façon régulière à l'examen radioscopique un point douloureux au niveau de la partie moyenne de la petite courbure. Eh bien! la laparotomie exploratrice, faite par M. Lejars, n'a révélé aucune adhérence, la petite courbure était parfaitement libre, aucune espèce de cicatrice appréciable, aucune induration susceptible de faire admettre une lésion ulcéreuse dans cette région. Il existait cependant plus bas, dans la région prépylorique, un léger voile membraneux rougeâtre, paraissant d'origine inflammatoire.

Ulcus invétéré. — Lorsque l'ulcus est invétéré, lorsqu'il est induré, lorsqu'il est adhérent au voisinage, on observe l'apparition, avec une fréquence et une intensité plus grandes encore, de ces crises de

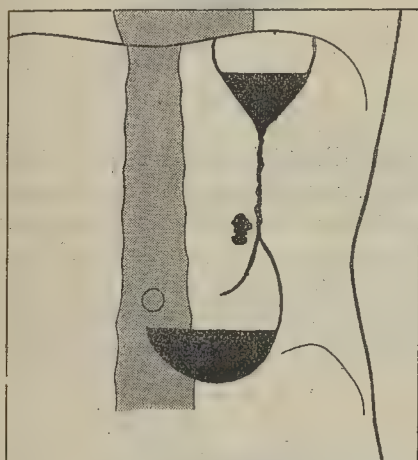


Fig. 3 (*a*).

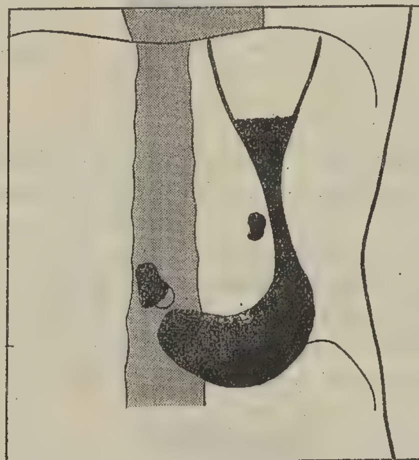


Fig. 3 (*b*).

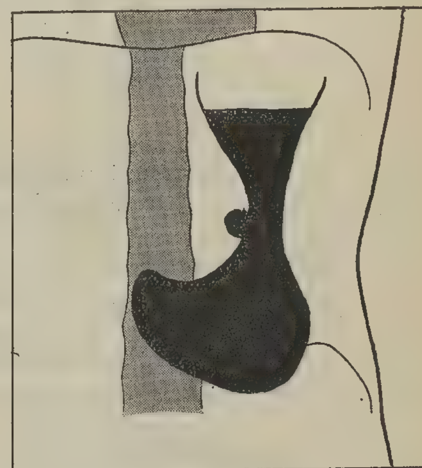


Fig. 3 (*c*).

paroxysmes douloureux avec les mêmes caractères à peu près en ce qui concerne leur horaire; souvent, alors, la localisation de la douleur vers la gauche de la région épigastrique deviendra plus nette, spontanément et à la palpation.

Au point de vue radioscopique peuvent se constater les mêmes phénomènes, mais avec une grande fixité, pendant des mois, sinon des années, tout au moins au cours des paroxysmes douloureux.

Ulcus extériorisé diverticulaire. — Une image caractéristique, c'est celle qui se produit lorsque l'ulcère s'extériorise, lorsqu'il a perforé les parois de l'estomac et qu'il s'est attaqué aux organes du voisinage et, plus souvent encore, au pancréas qu'au foie. Dans ces cas que l'on observe surtout lorsque l'ulcus siège sur la face postérieure, un peu audessous de la petite courbure, on constate habituellement des crises douloureuses extrêmement violentes, très intenses même parfois, puis, surtout lorsque le pancréas se trouve intéressé, une douleur dans le dos qui présente souvent une continuité et une fixité marquées. Certains malades, en effet, en dehors même de crises paroxystiques, accusent une douleur fixe, permanente dans le dos, qui s'exagère à certains moments, mais qui ne disparaît jamais complètement.

Dans des cas de ce genre, on ne doit pas s'étonner, à l'examen radiologique, de trouver des signes d'extériorisation de l'ulcus, de constater une tache diverticulaire, ce signe si important auquel un radiologue de Vienne, Haudek, a attaché toute sa valeur clinique. Il a montré qu'elle correspondait à une excavation, à une niche, pour employer l'expression même dont il s'est servi. Nous en avons constaté un assez grand nombre de cas avec Béclère. Je n'y insiste pas pour le moment. J'aurai, en effet, l'occasion d'y revenir à propos de la sténose mésogastrique d'origine ulcéreuse et de montrer les aspects différents sous lesquels se traduit sur l'écran la niche diverticulaire (fig. 4, 5 et suiv.). C'est, en effet, lorsqu'il existe un rétrécissement mésogastrique d'origine ulcéreuse qu'on trouve le plus souvent, au voisinage du rétrécissement, les images diverticulaires, leurs dimensions et leurs apparences variées.

Cependant, les images diverticulaires se rencontrent sans sténose mésogastrique à des hauteurs différentes de la petite courbure, tantôt en avant, plus souvent en arrière.

Voici (fig. 6) un estomac allongé avec une partie

inférieure un peu élargie, mais qui ne diffère guère de ce qu'on rencontre dans certains cas d'estomacs allongés et ne présentant qu'un léger degré de dilatation. Sur l'image de la petite courbure se voit une saillie arrondie qui communique largement par sa base avec l'ombre gastrique. C'est l'image d'un diverticule, mais un diverticule qui n'est pas séparé complètement de la cavité gastrique, *un diverticule ouvert*. On peut se représenter qu'il existe parfois, dans des cas semblables, une cavité creusée dans l'épaisseur même de l'induration calleuse. Il peut ne pas y avoir une niche extérieure aux parois de l'estomac, mais simplement une cavité encore intrapariétale creusée dans la paroi épaissie, indurée, d'un ulcère calleux.

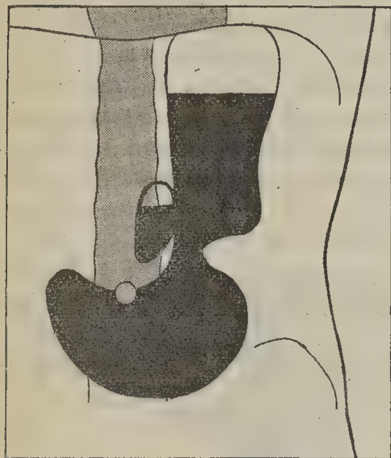


Fig. 4.

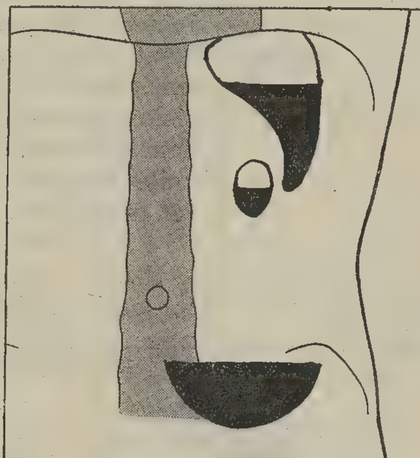


Fig. 5.

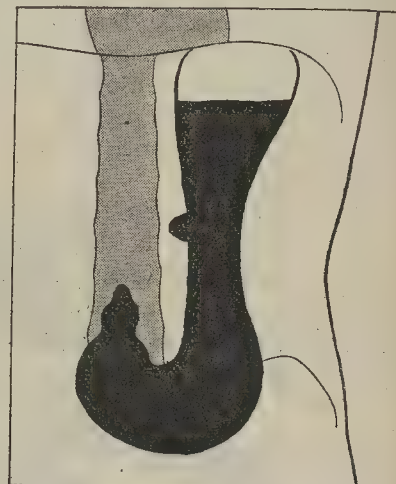


Fig. 6.

Les figures suivantes 7 et 8 ont été dessinées à l'examen radioscopique d'un malade dont je vais parler tout à l'heure. A une première séance, on a trouvé une espèce de petite pointe en dent de scie, suffisante pour caractériser cependant l'existence d'un ulcus en voie d'extériorisation, puis, à un examen ultérieur, plusieurs mois après, on a constaté l'existence d'une tache noire complètement au dehors de la cavité gastrique. On pourrait évidemment se demander si on n'a pas, là, saisi l'extension de la perte de substance et si on n'a pas assisté, en quelque sorte, à l'extension de l'ulcération en dehors de l'estomac.



Fig. 7.

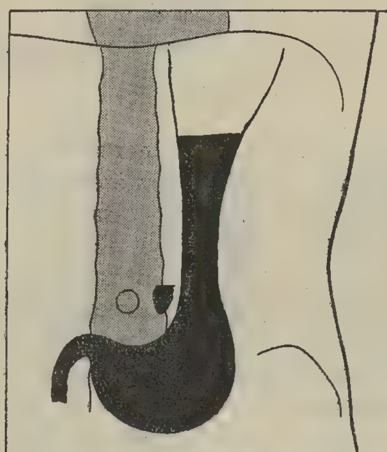


Fig. 8.

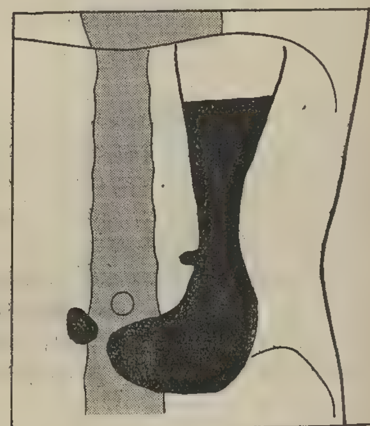


Fig. 9.

Cependant, il ne faut pas conclure trop vite dans ce sens, car voici, sur ces deux dernières figures, 9 et 10, ce qui a été constaté chez un malade dont l'histoire clinique est très intéressante. Il était venu me trouver pour des douleurs paroxystiques extrêmement violentes, survenant environ une ou deux heures après le repas. Elles l'amenaient à se courber, à se tordre et à s'immobiliser; elles retentissaient vivement dans le dos, des deux côtés. Chez cet homme on avait autrefois diagnostiqué des crises de colique vésiculaire, en se basant sans doute sur ce fait que les crises paroxystiques étaient espacées les unes des autres, qu'elles ne duraient que quelques heures, puis disparaissaient pour réapparaître après une période de bonne santé qui pouvait persister pendant des semaines et même des mois. Jamais, du reste, ce malade n'a eu de jaunisse. A une phase ultérieure les crises se sont transformées, les douleurs sont devenues plus vives, plus prolongées. Elles se sont montrées tous les jours.

Sur la première image (fig. 9) se voit un diverticule ouvert dans l'estomac, petit, se vidant rapidement. A un second examen, pratiqué huit jours après, on a trouvé une image diverticulaire fermée (fig. 10) com

plètement séparée de la cavité gastrique. Il est très vraisemblable qu'il n'y avait pas eu une telle progression de l'ulcération en huit jours. Ces variations d'aspect sont attribuables à des hasards de réplétion, ou plutôt à des variations dues à la contraction de la tunique musculaire.



Fig. 10.

Dans ce cas, il est certain qu'on a affaire à un ulcère calleux qui a envahi une partie assez étendue de la petite courbure en provoquant l'épaississement interstitiel des parois et la production d'adhérences extérieures.

Estomac en escargot. — Les grands ulcères de la petite courbure sont souvent à cheval sur elle. Leur deux moitiés situées, l'une sur la face antérieure, l'autre sur la face postérieure, se correspondent symétriquement; de là les dénominations d'ulcère en selle, en volet ou en V. La rétraction d'une semblable lésion tend à rapprocher le pylore du cardia en le ramenant vers la gauche. La grande courbure est ainsi amenée à s'enrouler autour de la région prépylorique. La masse bismuthée accumulée dans la cavité d'un estomac ainsi déformé donne à l'écran une image assez particulière : elle correspond à l'estomac en escargot de Hærtel et Schmieden (fig. 11).



Fig. 11.

Ulcus géant. — Nous l'avons dit. L'ulcus de la petite courbure peut devenir un ulcus géant. On peut le soupçonner chez des malades depuis longtemps atteints qui présentent des douleurs très intenses, très violentes, qui tendent à devenir permanentes. Ces malades s'amaigrissent, se cachectisent parce qu'ils n'osent plus s'alimenter, quelquefois aussi parce qu'ils ont perdu l'appétit. En général, dans ces conditions, on est amené à penser au cancer et, surtout, au cancer succédant à l'ulcus, c'est-à-dire à l'ulcéro-cancer.

En tout cas, chez des malades de cet ordre, l'intensité des douleurs est importante en clinique. Il peut se faire que les crises se produisant d'une façon tellement brusque cessent d'une façon tellement rapide qu'elles affectent jusqu'à un certain point la forme de crises gastriques tabétiques. Dans un numéro récent du *Lyon médical*, M. Leriche en signalait deux exemples typiques.

Toutefois une symptomatologie analogue peut se rencontrer avec le cancer de la petite courbure et ce n'est pas un caractère qui soit particulier à l'ulcus. Ces douleurs résultent de l'extension d'une lésion, soit d'origine ulcéreuse, soit d'origine cancéreuse, dans une zone anatomique dans laquelle se trouvent des plexus importants et, en particulier, le plexus solaire.

La salivation et l'état nauséeux. — A l'atteinte des troncs nerveux émanés du pneumogastrique, MM. Lœper et Schulmann ont cru pouvoir attribuer une symptomatologie particulière (1).

D'après eux il faudrait penser à l'ulcus de la petite courbure, lorsqu'on observe de la salivation abondante, un état nauséeux permanent et aussi de la dysphagie œsophagienne.

Pour notre part, nous n'avons que rarement constaté de la salivation, chez nos malades, malgré l'existence à l'autopsie de lésions nerveuses semblables à celles qu'ont trouvées MM. Lœper et Schulmann, et, d'autre part, nous n'avons rencontré des phénomènes de dysphagie, des phénomènes de spasmes œsophagiens, que dans les cas où il existait un ulcus au voisinage du cardia, haut situé.

M. Lœper avait, en même temps que la salivation, signalé aussi un état nauséeux permanent. Nous n'avons pas particulièrement relevé l'état nauséeux chez nos malades. Les ulcéreux de l'estomac ne sont pas habituellement nauséeux, guère plus ceux de la petite courbure que ceux des autres régions de l'estomac. Quand ils ont de la nausée ce n'est guère que consécutivement à la douleur, passagèrement, presque immédiatement avant le vomissement.

Diagnostic différentiel. — Il faut distinguer l'ulcus de la petite courbure de l'ulcus pylorique, de l'ulcus duodénal. Nous savons déjà quels sont les points de repère. Dans l'ulcus pylorique, les crises douloureuses sont accompagnées d'hypersécrétion et de rétention. Il y a du liquide le matin à jeun ; dans l'ulcus duodénal les douleurs sont également tardives, mais il n'y a pas de liquide le matin à jeun et, assez souvent, les images radioscopiques sur lesquelles j'ai insisté dans la précédente étude présentent des caractères différentiels assez marqués.

La différenciation serait plus difficile du reste

(1) Lœper et Schulmann. Les lésions du pneumogastrique et le syndrome de l'ulcus de la petite courbure; *Soc. méd. des hôpit.*, 30 mai 1913.

entre l'*ulcus duodénal* vrai et l'*ulcus de la petite courbure* qu'entre ce dernier et l'ulcus pylorique, précisément parce que, dans l'ulcus de la petite courbure comme dans l'ulcus duodénal, il n'y a ni liquide le matin à jeun, ni tendance à la rétention, dans les cas habituels tout au moins.

Dans les formes invétérées, le diagnostic devra être fait d'abord avec l'*ulcéro-cancer*; c'est un diagnostic souvent extrêmement difficile et pour lequel je n'ai en somme rien de bien particulier à dire ici.

Parfois on pense à un *cancer primitif de la petite courbure*. Dans le cancer primitif de la petite courbure, les malades ont souffert depuis moins longtemps. Au lieu de souffrir de l'estomac depuis de longues années, depuis cinq, six, huit, dix, quinze ans, ils en souffrent seulement depuis trois mois, six mois, un an au plus, et cependant, chez eux, l'anémie s'est déjà accentuée. Ils ont pris souvent une teinte cachectique assez caractéristique. A l'examen chimique, pas d'excès d'acide chlorhydrique et, au contraire, de l'hypochlorhydrie. Très souvent, l'image radioscopique pourra montrer des lacunes plus ou moins accusées le long de la petite courbure. Il est en somme assez exceptionnel que l'on soit longtemps embarrassé pour le diagnostic différentiel entre un ulcus chronique calleux, extériorisé ou non de la petite courbure avec le cancer d'emblée. L'extériorisation est un point de repère important, car cette extériorisation, qui se traduit par une image diverticulaire, nous la connaissons avec l'ulcus invétéré, mais nous ne la connaissans pas avec le cancer.

Il peut y avoir des difficultés pour le diagnostic différentiel avec certaines *lésions d'origine biliaire*, en particulier avec des lésions de la région duodénale, de la région pylorique et surtout de la région prépylorique; mais j'en ai parlé de telle façon, à propos de l'ulcus duodénal, que je n'ai pas à y insister de nouveau.

TRAITEMENT. — Pour terminer, quelques mots sur le traitement de l'ulcus de la petite courbure. Son existence apporte-t-elle des indications particulières? Au point de vue médical, non; ce sont les mêmes moyens que l'on peut employer: mêmes moyens de régime, même médication. Ils sont du reste ordonnés, en général, avec moins de succès que lorsqu'il s'agit d'un ulcus pylorique ou juxtapylorique, et cet insuccès, ou ce succès insuffisant des moyens médicaux sont même un argument en faveur de la localisation de l'ulcus à la petite courbure. Les phénomènes douloureux sont ici plus rebelles encore que lorsqu'il s'agit d'un ulcus pylorique ou juxtapylorique.

Traitement chirurgical. — L'ulcus de la petite courbure a été longtemps laissé en dehors de l'action chirurgicale. On s'aperçut que, lorsqu'on avait pratiqué la gastro-entérostomie, les malades, très souvent, n'étaient pas soulagés et, dès lors, il suffit que l'on eût soupçonné ou diagnostiqué un ulcus de la petite courbure pour éliminer l'opération. Cependant, l'intervention chirurgicale peut être pratiquée dans un certain nombre de cas On a réséqué l'ulcus de la petite courbure ou de la face antérieure au voisinage de la petite courbure avec de bons résultats. Ce n'est évidemment qu'après laparotomie exploratrice qu'on peut savoir si un ulcus de ce genre est sujet à l'exérèse; il faut dire, du reste, qu'un certain nombre de chirurgiens, même très experts en ce qui concerne les opérations de l'estomac, n'ont qu'un enthousiasme modéré lorsqu'il s'agit de réséquer un ulcus situé le long de la petite courbure à cause de la difficulté souvent considérable qu'on éprouve à enlever les adhérences et à pratiquer l'hémostase profondément dans une région où les artères ont un gros calibre.

Dans ces dernières années, j'ai fait pratiquer plusieurs fois la gastro-entérostomie chez des malades atteints d'ulcus de la petite courbure, et cela systématiquement, en sachant parfaitement qu'ils n'étaient pas atteints en même temps d'un ulcus pylorique ou juxtapylorique. Cette coïncidence peut se produire, du reste, elle se rencontre dans un certain nombre de cas, en apportant à la sémiologie de l'ulcus de la petite courbure les modifications qu'il est facile d'entrevoir.

Eh bien! dans des cas dans lesquels j'avais la conviction qu'il n'y avait pas de lésion pylorique ou juxtapylorique, j'ai provoqué la laparotomie exploratrice, et la gastro entérostomie, et cela, avec un véritable succès. Dans ces conditions, j'ai demandé au chirurgien, M. Lejars, M. Ricard ou M. Labey, de bien vouloir faire au malade une gastro-entérostomie à bouche aussi large que possible, de façon à avoir là, non pas une soupape de sûreté, comme cela suffit lorsqu'il s'agit d'un ulcus pylorique ou juxtapylorique, mais un véritable drainage de l'estomac. Chez plusieurs des malades ainsi opérés, on a ultérieurement démontré, par l'examen radioscopique, la béance parfaite de la bouche gastro-entérostomique. Ils ont été soulagés et d'une façon définitive, semble-t-il, parce que, précisément, ils avaient eu, non pas seulement une simple communication entre l'estomac et l'intestin, mais un véritable drainage de l'estomac par une bouche systématiquement incontinente.

FORMULAIRE

LE RÉGIME DIT DES « QUATRE REPAS » DU PROFESSEUR GILBERT

Ce régime est indiqué dans diverses dyspepsies, dans la cholémie familiale, dans divers états hépatiques, etc.

Faire quatre repas par jour: huit heures, onze heures, cinq heures, huit heures.

Premier et troisième repas: un quart à un tiers de litre de lait.

Deuxième et quatrième repas: Potage ou bouillie au lait d'un tiers à un demi-litre, avec sel ou sucre (semoule, tapioca, vermicelle; farines diverses, sauf chocolatées et de châtaignes); une à trois cuillères à soupe de légumes en purée passée, ou de riz au lait, avec sel ou sucre; une à trois cuillères à entremets de fruits cuits décortiqués passés, ou une à trois cuillères à café de confitures en gelée (sauf acides: groseilles, framboises, oranges); un à trois doigts de croûte de pain; un tiers à un demi-litre de lait comme boisson.

Le lait sera écrémé (sauf celui qui servira à la préparation des légumes).

On mettra un quart d'heure pour les petits repas, une heure pour les grands. On gardera le repos, allongé, après les repas. On pourra se lever, sortir, marcher à distance de ceux-ci: de neuf heures à onze heures, de deux heures à cinq heures, de six heures à huit heures. On prendra des suppositoires, des lavements ou des lavages, si nécessaire.

(*Revue des sc. méd. et biol.*, Paris-Athènes.)

QUELQUES MODIFICATIONS DE TECHNIQUE A LA CURE RADICALE DES FISTULES RECTO-VAGINALES

Par M. Robert DIDIER.

Nous avons eu récemment par deux fois l'occasion d'appliquer à la cure radicale des fistules recto-vaginales une technique apportant aux procédés habituels quelques légères modifications, et le plein succès qui en est résulté nous a déterminé à en exposer les phases.

Pour la cure radicale de ces fistules, deux grandes méthodes sont en présence :

1° Les méthodes qui abordent la fistule par le vagin, et qui sont les mêmes que dans les fistules vésico-vaginales : procédés de l'avivement, du dédoublement de Ricard-Quénu, procédé mixte de Fergusson-Bracquehaye ;

2° Les méthodes qui traitent la fistule par un dédoublement de la cloison recto-vaginale, comme dans la périnéorraphie selon la technique de Lawson-Tait. C'est ce dernier procédé que nous décrirons ici, mais qui présente ce point particulier de technique : le mode de fermeture des orifices vaginaux et rectaux, que nous pratiquons, une fois le dédoublement accompli, par sutures à plans superposés.

Nous ne nous occuperons que du traitement des fistules de la partie moyenne du vagin, qui sont les plus fréquentes et souvent les plus larges.

Nous avons cru bon de reproduire aussi en détail les soins pré et postopératoires qui jouent en l'occurrence un rôle capital et de qui bien souvent dépend en grande partie le succès.

Soins préopératoires. — L'*avant-veille de l'opération*, le matin à jeun, on administrera à la malade, comme purgation, 30 grammes de sulfate de soude ; dans la journée, elle ne prendra que quelques boissons.

La *veille*, on continuera l'alimentation liquide *très restreinte*. Dans la matinée, la malade prendra une pilule de 0gr05 d'extrait d'opium. Dans la soirée, préparation vaginale très soignée, rasage du pubis et de la vulve, large savonnage de toute la région; injection vaginale de 2 litres d'eau bouillie additionnée de permanganate de potasse (1 gramme), un tampon de coton dans le vagin et un pansement aseptique sur la vulve.

Le *matin* de l'opération, on donnera une pilule d'opium semblable à celle de la veille.

La malade sera endormie au chloroforme ou à l'éther, on préparera avec un soin extrême le champ opératoire. La vessie sondée, le vagin, la vulve et l'anus seront savonnés pendant cinq minutes avec une compresse; une grande injection vaginale d'eau bouillie, puis, on versera dans le vagin de l'alcool à 90 degrés. Deux doigts entrés dans le vagin seront ramenés en crochet en avant et en haut, pour que le liquide pénètre partout; on asséchera soigneusement à la compresse. Sur toute la surface cutanée voisine du champ opératoire on étendra une couche de teinture d'iode (ancien codex), on enfoncera dans le vagin jusqu'à l'utérus un tampon de gaze, on en poussera un autre, assez volumineux, dans l'anus, avec une pince, et le plus loin possible.

Deux aides sont nécessaires.

Technique opératoire. — En dehors des instruments habituels, bistouri, ciseaux et pinces, on se servira d'aiguilles de Doyen, d'Emmet, de Monprofit, et de petites aiguilles de Hagedorn montées sur porte-aiguille. Les champs disposés, on place à la base et sur le bord interne de chaque grande lèvre, au milieu de la région cutanéo-muqueuse de la vulve une pince de Kocher. On confie les pinces aux aides, qui les écartent doucement en dehors. On incise alors la peau transversalement, suivant une ligne un peu courbe, parallèle au bord inférieur de la vulve et la dépassant un peu (on fera une incision plus large et un peu plus basse que pour une périnéorraphie ordinaire).

Puis, du bistouri, on continue à inciser pour dédoubler la cloison recto-vaginale. A ce moment, il est très prudent de s'aider en introduisant dans le rectum l'index gauche ganté. C'est sur lui, comme guide, que va s'achever le dédoublement.

On trouve vite, avec la pointe des ciseaux, le plan de clivage qui permet d'arriver jusqu'à la fistule, on l'incise en travers, à petits coups de ciseaux; il est bon d'avancer prudemment, au besoin en plaçant, dans l'orifice vaginal de la fistule, une sonde que l'on pousse jusqu'au doigt rectal; on peut même couper les tissus tout autour de cette sonde. La fistule dépassée, on continue le dédoublement un peu plus loin, comme dans une périnéorraphie simple (fig. 1). Cela fait, nos deux plans bien isolés, nous

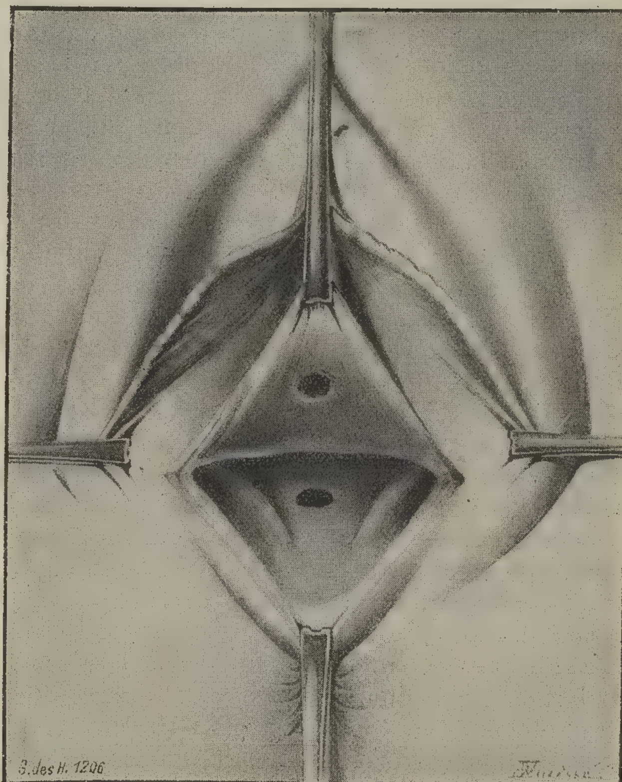


Fig. 1. — *Le décollement de la cloison recto-vaginale est achevé.*

allons suturer séparément chaque orifice. Bourrons momentanément de gaze l'espace décollé, et commençons la suture par la perforation vaginale. Avec des ciseaux fins, avivons-en les bords ; suturons

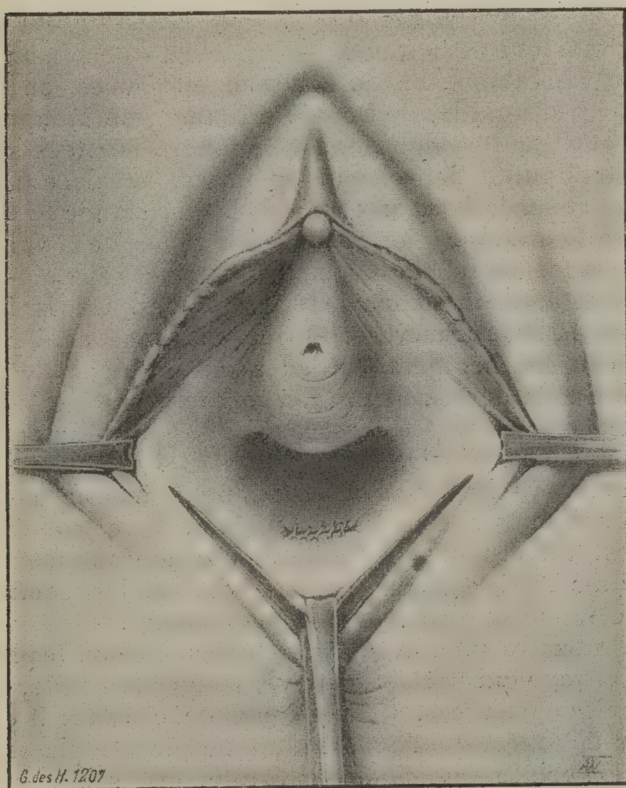


Fig. 2. — *Un premier surjet transversal est placé sur la fistule vaginale.*

ensuite avec une petite aiguille de Hagedorn notre plaie du côté vaginal par un premier surjet perforant dans le sens transversal, avec du catgut o (fig. 2), un deuxième surjet d'enfouissement placé par-dessus, perpendiculaire au premier. Puis, faisant tirer en haut le lambeau vaginal (fig. 3), allons placer par derrière, sur la partie postérieure de la perforation vaginale, un troisième surjet.

Notre orifice est, de ce côté, parfaitement obturé. Plaçons quelques compresses sur notre lambeau vaginal, et suturons la perforation rectale. Avivée comme avant, fermons-la de quelques points *non perforants* (fig. 4) et, par-dessus, enfouissons le tout par un petit surjet transversal, toujours au catgut o (fig. 5).

Ceci fait, nous n'avons plus qu'à restaurer le périnée. C'est sur ce point que les auteurs semblent le moins d'accord. Les uns passent quelques fils dans son épaisseur, d'autres le laissent béant en le bourrant de mèches, d'autres le referment en laissant un drainage entre les sutures.

Il nous a semblé plus simple, et tout aussi sûr, de refaire simplement une myorraphie des releveurs, sans laisser de drainage.

Les releveurs sont mis à nu, isolés sur la plus grande longueur possible (même en exagérant ce temps, de façon à pouvoir les amener facilement plus en avant que dans une myorraphie ordinaire).

Passons 4 fils au catgut dans leur épaisseur. Les fils serrés, nous avons ainsi entre l'anus et le vagin une solide barrière haute de 4 à 5 centimètres (fig. 6).

Suturons, pour finir, la peau soit aux fils d'argent, soit aux crins de Florence.

La plaie nettoyée, et bien sèche, on la saupoudre d'une poudre absorbante, telle que la poudre de

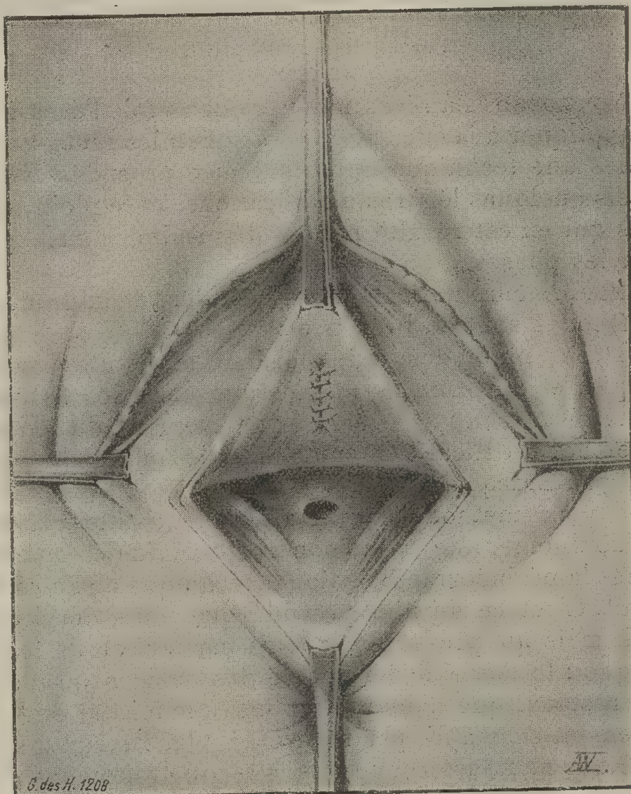


Fig. 3. — *Le lambeau vaginal tiré en haut, on place, sur sa partie postérieure, un troisième surjet.*

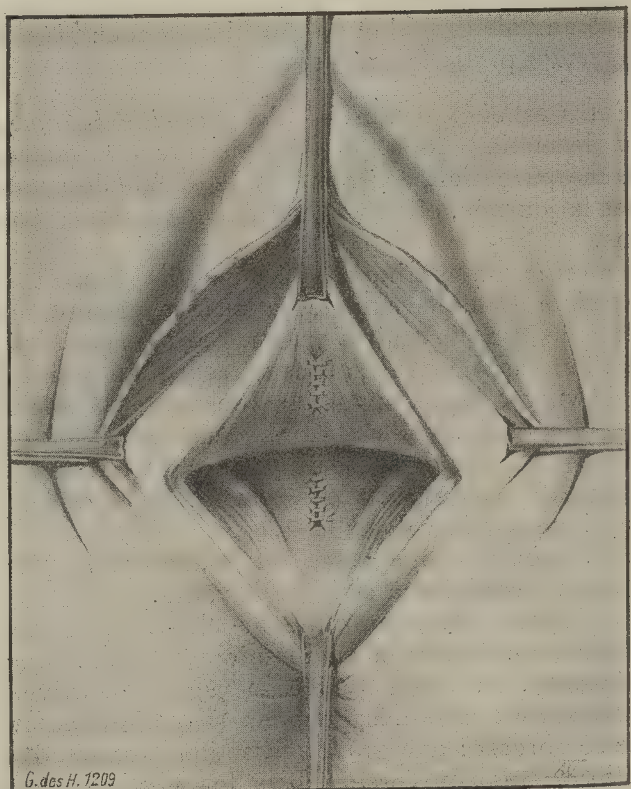


Fig. 4. — *La fistule rectale est fermée par des points séparés non perforants.*

quinquina, on place dans la vessie une sonde à demeure et dans le rectum un drain de 12 à 15 cen-

timètres. Les crins ne sont pas coupés, mais noués en avant, et l'on garnit la plaie de compresses de gaze, sans oublier de placer un bon tamponnement

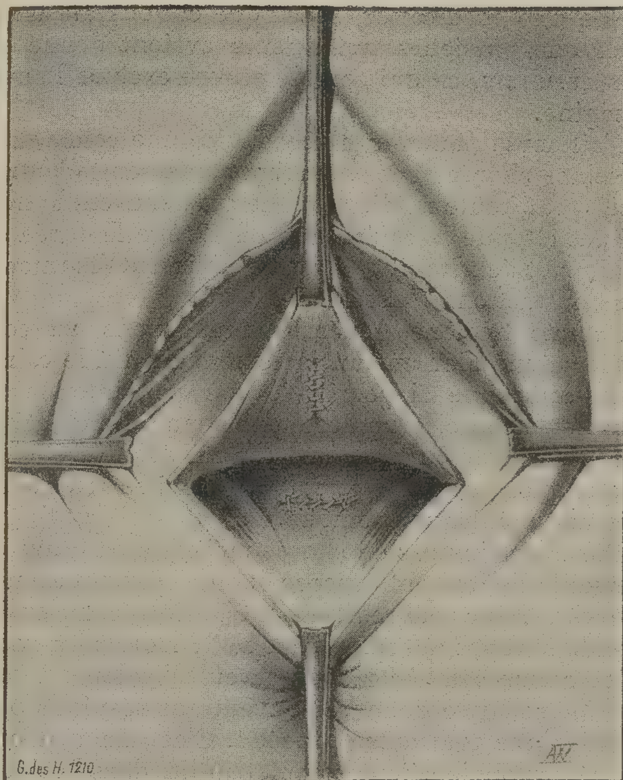


Fig. 5. — *Enfouissement de la suture rectale par un deuxième surjet transversal.*

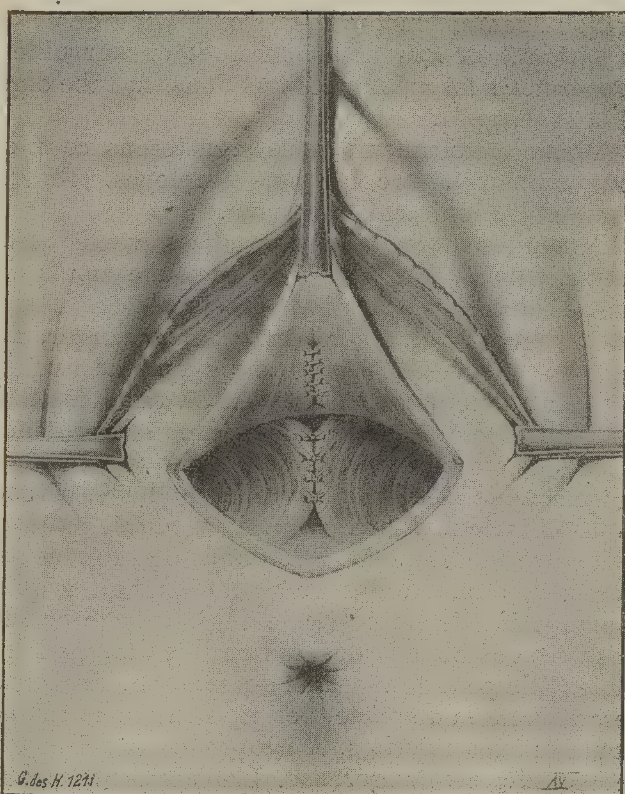


Fig. 6. — *La restauration du périnee est achevée, les releveurs suturés en avant.*

vaginal, car les suintements utérins et vaginaux risqueraient d'infecter la plaie.

La malade est remise dans son lit, les jambes liées, à demi pliées, pour éviter le tiraillement des fils.

Soins postopératoires. — La malade n'absorbera rien dans la journée ; le soir, si elle souffre, on lui fera une piqûre de morphine. Le lendemain, toujours diète absolue, on lavera la bouche et on ne permettra que quelques cuillerées d'eau. Le deuxième jour, on donnera un peu de liquide.

Le troisième jour, le pansement sera fait, le tampon vaginal et les compresses changées, on asséchera bien la plaie avec de petits tampons secs de coton ; on remet de la poudre de quinquina, une petite mèche vaginale encore, et on s'assurera que la sonde rectale fonctionne.

La malade continue à prendre une nourriture liquide ; pendant les douze jours qui suivent l'opération, elle ne prendra rien de solide.

Les pansements seront refaits tous les deux ou trois jours. Le douzième jour, on enlève les fils, on touche la plaie à la teinture d'iode.

Le treizième jour au matin, on donne une purgation de 30 grammes de sulfate de soude, puis un petit lavement.

Alors, on pourra juger du résultat.

Aussitôt que la malade aura été à la selle, elle reprendra son alimentation habituelle.

A partir du quatorzième jour, on donnera matin et soir des injections vaginales, et on touchera les sutures à la teinture d'iode jusqu'à complète cicatrisation. Si, à la suite de la sonde à demeure, il survenait un peu de cystite, on ferait quelques lavages de vessie. On lèvera la malade du seizième au dix-huitième jour.

Telle est la technique que nous proposons et qui est d'une exécution fort simple ; ce n'est qu'un ensemble de petits soins minutieux, grâce auxquels on arrive à guérir parfaitement les fistules les plus rebelles, et à débarrasser à tout jamais les malades de cette infirmité si pénible.

DE LA CHORÉE DE SYDENHAM

Par M. Pierre MAUREL,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médecin consultant à la Bourboule.

A propos de cas de chorée d'origine syphilitique signalés ces derniers temps on a remis en discussion l'étiologie, la pathogénie et le traitement de cette affection.

Nous voudrions faire état de nos remarques à ce point de vue, ayant observé un certain nombre de choréiques venus à la Bourboule parfaire leur convalescence.

Il nous a semblé, tout d'abord, que si la chorée a des origines diverses il y a, pour son éclosion, une condition primordiale : un terrain névropathique créé par une prédisposition héréditaire ou acquise que nous avons retrouvé dans nos observations.

Nous avons vu de nombreux cas où semblaient démontrées les relations étiologiques de la chorée et du rhumatisme, celui-ci précédant la chorée ou

bien les deux affections se manifestant simultanément ou par poussées alternantes. Le plus souvent le rhumatisme se présentait sous la forme de rhumatisme articulaire aigu, quelquefois avec complications cardiaques, etc. Parfois il affectait la forme fruste.

Dans un grand nombre de cas également nous avons noté les rapports de la chorée et des maladies infectieuses, surtout la scarlatine, la rougeole, les oreillons, la grippe, la diphtérie, la varicelle. Ce sont les plus fréquentes, mais il semble que la chorée puisse être déterminée par tout état infectieux. Et si on fait rentrer le rhumatisme articulaire aigu dans le cadre de ces maladies infectieuses et des intoxications causes de la chorée, l'étiologie infectieuse de celle-ci serait presque exclusive de toute autre et comprendrait la presque totalité des cas.

Cependant il semble qu'il y ait des cas où paraît bien établie la pathogénie nerveuse. A certaines périodes de l'évolution, de la croissance, à la puberté, la chorée éclaterait à la suite d'émotions vives, frayeurs, périodes d'excitation, parfois par instinct d'imitation. Le choc nerveux provoquerait l'apparition de la chorée. Elle ne paraît que chez des personnes ayant eu des manifestations névropathiques antérieures.

A la suite d'infections les chocs nerveux peuvent parfois avoir une action d'arrêt sur l'élimination des poisons et être la cause occasionnelle d'auto-intoxications. Elles peuvent alors avoir sur le système nerveux les mêmes effets que les toxines microbiennes, d'où les chorées d'origine toxique.

Bien que parmi les chorées que nous avons pu observer nous n'ayons pas vu de cas où la syphilis pût être absolument incriminée, il semble possible qu'elle joue un rôle considérable dans l'étiologie de la chorée. L'hérédo-syphilis semble être une cause prédisposante importante. Mais on a dit que l'influence favorable de la médication arsenicale, spécifique de la syphilis, confirmerait l'origine syphilitique de la chorée. Or, pour notre part, nous pourrions rappeler que nous avons, à la Bourboule, en dehors des choréiques, nombre de maladies les plus diverses (maladies de l'appareil respiratoire, lymphatisme, diabète, dermatoses, anémies, etc.) qui se trouvent bien de notre médication arsenicale. Faudrait-il pour cela les faire toutes rentrer dans la syphilis!

Nous avons vu qu'on peut attribuer à la chorée une pathogénie multiple, mais il semble que, loin de s'exclure, les diverses théories pathogéniques peuvent se concilier. Le choréique serait un neuroarthritique et sur ce terrain prédisposé par ses antécédents héréditaires ou acquis, surtout à certaines phases d'évolution comme la puberté, sous l'influence des chocs nerveux, des intoxications ou des maladies infectieuses, et en particulier du rhumatisme articulaire aigu qui serait la plus choréigène de ces maladies, se détermineraient des lésions du système nerveux central que traduiraient les diverses manifestations choréiques. Il y aurait un processus infectieux localisé sur certains territoires du névraxe qui aboutirait à une encéphalite aiguë légère et curable.

*
* *

Au point de vue du traitement nous n'avons pas constaté qu'on ait employé dans les divers cas observés une médication spécifique et nous avons pu noter que plusieurs traitements avaient donné de bons résultats, ce qui semble encore exclure l'unité d'origine.

D'ailleurs il faut tout d'abord faire une remarque : certaines chorées guérissent spontanément, d'autres résistent à toute médication. Le plus souvent le traitement atténue la maladie et en abrège la durée en diminuant l'excitabilité et en rétablissant l'harmonie des contractions musculaires.

Comme hygiène générale nous avons vu conseiller généralement un isolement relatif, le calme (à la campagne si possible), le repos intellectuel complet, l'exercice modéré, une bonne alimentation, le régime lacté ou lacto-végétarien, des diurétiques et quelques purgatifs, et pour les débiles et les affaiblis une médication tonique.

Dans certains cas de chorée moyenne ou grave on conseille l'alitement précoce et on ne permet ensuite de se lever que progressivement. Parfois même on demande le repos absolu, physique et moral ; on prescrit, comme pour un grand nerveux, l'isolement dont l'action sédative donnera souvent des résultats plus rapides que tout autre procédé. C'est ainsi qu'on a exigé parfois le séjour complet au lit, dans la demi-obscurité, avec défense de parler et de lire, isolement rigoureux qu'on continue parfois même pendant la convalescence. A cette hygiène générale on n'adjoint comme médicaments qu'un peu de chloral au besoin, en cas d'insomnie, et on surveille la température, les urines, les fonctions du tube digestif et de la peau.

Comme médicaments nous signalerons ceux que nous avons vu être les plus employés. En tête viennent l'arsenic et l'antipyrine.

L'arsenic se donne à doses progressivement croissantes. On emploie l'arséniate de soude moins actif que les autres préparations arsenicales, la liqueur de Fowler qui à doses faibles est sans danger, mais dont les effets sont lents, tandis qu'à doses fortes elle peut donner des accidents. On emploie encore le cacodylate de soude en injections sous-cutanées.

Mais ce que nous avons vu surtout employer c'est la liqueur de Boudin d'après les méthodes Siredey-Comby-Marfan. Elle raccourcit la durée plus que tout autre médicament. Elle donne de grandes améliorations et même des guérisons en huit à quinze jours. Mais elle nécessite le régime lacté exclusif, des boissons abondantes, le lit et l'isolement si possible. Elle peut donner de la gastralgie, des vomissements, de la diarrhée, des pigmentations cutanées et parfois des névrites. A hautes doses, prises longtemps, elle est dangereuse. Les accidents peuvent survenir brusquement sans que rien les ait fait prévoir. Cependant on doit se méfier si les reins ou les voies digestives sont en mauvais état. On peut éviter les accidents avec des doses faibles ou du moins en évitant les doses fortes trop rapidement progressives. Il faut fractionner les doses et les diluer. La

durée du traitement est de huit à dix jours. On doit surveiller attentivement les urines et les fonctions digestives. S'il y a des troubles gastriques, de l'anorexie ou tout autre symptôme d'intoxication, on écarte les prises ou on suspend la médication pendant douze à vingt-quatre heures. On ne saurait trop s'entourer de précautions avec une médication aussi active et, encore une fois, il faut, avant de commencer, s'assurer de l'intégrité des reins.

Le professeur Weill (de Lyon) conseille une médication arsenicale qui éviterait tout phénomène toxique. Elle repose sur cette donnée que l'arsenic incorporé aux corps gras est absorbé non dans l'estomac par les veines mais dans l'intestin par les chylifères à l'exclusion des veines mésentériques. Dans ces conditions il ne produit que lentement ses effets physiologiques. Cette préparation de *beurre arsenical* n'impose ni le lit ni le lait, n'exige ni régime spécial ni trop grande surveillance. L'enfant peut rester debout, jouer et manger comme à l'ordinaire. De plus cette médication a des effets toniques. Les malades ont de l'appétit, engraissent au lieu de pâlir et de maigrir comme avec la liqueur de Boudin. La médication est bien tolérée. Les résultats thérapeutiques sont excellents et il n'y a pas d'accidents à craindre.

L'antipyrine a une action rapide et efficace dans les deux tiers des cas environ. Elle échoue souvent dans les cas graves. Il faut l'employer à doses fortes ou moyennes, à doses massives non fractionnées. Elle est bien tolérée par les enfants. Mais il faut néanmoins surveiller les urines et s'arrêter en cas d'albuminurie et de menaces d'oligurie. La coloration rouge des urines n'est pas une contre-indication. Elle révèle, au contraire, l'élimination satisfaisante du médicament. Le traitement doit avoir une durée courte. On doit obtenir la guérison en dix à quinze jours. Si la chorée résiste, on ne doit pas persister. Il faut recourir alors à la médication arsenicale. On peut prévenir les accidents par le régime lacté et les boissons abondantes; mais ces accidents (état syncopal) peuvent survenir brusquement. Le pyramidon peut être employé comme l'antipyrine. L'exalgine a donné quelques succès, mais est à surveiller, car on a eu des accidents.

Le tartre stibié semble bien réussir, mais offre quelques dangers. C'est plutôt une méthode d'exception pour des cas très graves où il faut agir vite et énergiquement. On conseille plutôt les doses modérées. Les antispasmodiques sont des adjuvants utiles mais de peu d'action. Le bromure de potassium est à prescrire aux sujets nerveux, mais il n'a que peu d'effet et ne peut être prolongé longtemps. Les narcotiques sont donnés comme médicaments d'urgence pour combattre l'insomnie et l'agitation, mais on ne peut en user que passagèrement. Le chloral à fortes doses donne de bons résultats dans les cas d'agitation extrême, mais il faut cesser dès qu'on a obtenu la sédation et il faut y substituer le bromure de potassium. Le salicylate de soude s'emploie surtout dans le cas de complications d'ordre rhumatismal. Il peut prévenir les manifestations articulaires et cardiaques.

Le professeur Pierre Marie a obtenu des guérisons rapides après 3 à 4 injections intraveineuses de 606 chez des sujets de huit à dix-neuf ans. Le professeur Weill a aussi signalé de bons résultats avec l'arsenobenzol. On a encore essayé avec quelques succès le sérum antistreptococcique et antidiphtérique, puis l'extrait de cerveau de mouton et la parathyroïdine. Sergent et Basset ont fait aussi de l'opothérapie surrénale. On a conseillé le sulfate de quinine, la strychnine, l'ésérine, l'hyosciamine, la scopolamine, et tous ces traitements ont donné des résultats.

Enfin on a fait la ponction lombaire dont la valeur thérapeutique est encore très discutée. Elle semble amener une sédation des phénomènes convulsifs. On l'a fait suivre d'injections intraarachnoïdiennes de sulfate de magnésie qui ont donné des résultats importants. L'action était très rapide et complète, mais on a eu des accidents à allure terrifiante et même des cas de mort. Il est préférable de n'avoir recours à cette médication que dans les formes très graves.

Nous avons vu aussi les agents physiques utilisés avec avantage. Mais c'est plutôt une médication de la convalescence que de la période d'état. Nous avons vu prescrire les bains sulfureux, les bains chauds, les bains tièdes prolongés, les lotions froides avec friction sèche, le drap mouillé, les douches et affusions tièdes suivies de friction à l'eau de Cologne, les douches froides sauf chez les jeunes enfants au-dessous de huit ans et dans le cas de rhumatisme ou quand le cœur est suspect le massage doux avec mouvements de flexion et d'extension, les mouvements rythmés partiels des bras et des jambes, puis d'ensemble, exécutés en mesure avec chants, au début, mouvements plutôt passifs, simples et faciles, sans efforts, puis peu à peu mouvements plus compliqués, mouvements d'abord rapides, puis plus tard ralentis, la gymnastique suédoise, la rééducation des mouvements, l'électricité (courants continus ou électricité statique, bains statiques, courants de haute fréquence). Les agents physiques constituent une médication puissante, mais elle peut être nuisible à la période d'état et compromettre la convalesence au lieu de la hâter, car elle augmente l'excitabilité des centres nerveux et à ce moment il vaut mieux calmer.

D'une façon générale, on peut dire que tous les traitements hygiénique, médicamenteux, physiques donnent des résultats et, encore une fois, cela semble exclure l'unité d'origine.

Le mode de traitement qui nous semble être le plus souvent employé est le suivant qui varie selon la gravité de la maladie.

Dans les cas légers, on peut à la rigueur s'abstenir de thérapeutique, se contenter du traitement hygiénique général et de quelques agents physiques avec des diurétiques et des purgatifs. On peut y adjoindre quelques antispasmodiques et de l'antipyrine qui est suffisamment efficace et sans danger en cas d'intégrité des fonctions digestives et rénales.

Dans les cas graves, on emploie de suite l'antipyrine et surtout l'arsenic. Avec la liqueur de Boudin il faut surveiller de près la médication.

Dans les cas très graves avec agitation extrême et insomnie, dans les cas qui semblent devoir évoluer rapidement vers la mort on peut employer le chloral, l'émétique, l'opium à très hautes doses, la belladone et essayer les diverses médications énumérées. De toute façon si un remède détermine des phénomènes d'intoxication, il ne faut plus s'adresser à lui, car l'organisme est en quelque sorte anaphylactisé contre ce médicament.

Pour la convalescence on ordonne le fer, le quinquina, l'huile de foie de morue, les phosphates, les sels de chaux, les préparations iodotanniques, la noix vomique. Enfin on peut conseiller les agents physiques, puis une saison thermale pour hâter la guérison, accélérer la convalescence, refaire les forces et prévenir les récidives. On prescrit, entre autres stations, une cure à Amélie-les-Bains, Bourbon-Lancy, Cauterets, Luchon, ou une cure arsenicale à la Bourboule, ou une eau peu minéralisée comme Plombières, Néris, ou encore une saison à Lamalou ou Divonne.

ACTUALITÉS

LA CHOLESTÉRINÉMIE

Les « émies » tiennent une place chaque jour plus grande dans la pathologie médicale ; l'une d'elles, la cholestérinémie, fait actuellement l'objet d'intéressants travaux; le professeur Chauffard et ses élèves ont entrepris, sur cette question, toute une série de recherches qui ont abouti à des résultats pratiques fort utiles à la clinique. Un des collaborateurs du professeur Chauffard, A. Grigaut, a exposé le cycle de la cholestérinémie dans une thèse très remarquable (1); en trouvant une technique pour doser la cholestérine du sérum, ce chimiste distingué a apporté une contribution personnelle des plus importantes à l'étude de la cholestérinémie.

Il est inutile d'indiquer ici toutes les manipulations chimiques qui constituent la méthode de Grigaut pour doser la cholestérine dans le sérum sanguin et dans les tissus ; rappelons seulement que cette méthode a été contrôlée par une commission de la Société médicale des hôpitaux, dans laquelle siégeaient trois chimistes bien connus, MM. Pouchet, Grimbert et Meillière. L'enquête de la commission vérifia la réalité des faits communiqués par le professeur Chauffard et par ses collaborateurs.

La cholestérine fait partie intégrante de tous les protoplasmas cellulaires et entre dans la composition des différents liquides et humeurs de l'organisme; mais la répartition de la cholestérine entre les humeurs de l'organisme n'est pas homogène, par suite de la diffusibilité très restreinte de ce corps. C'est le sang, et plus spécialement le sérum, qui est le plus riche en cholestérine; dans le sérum sanguin, la cholestérine existe surtout sous forme de combinaison avec l'acide oléique et l'acide palmitique; cependant Widal, Weill et Laudat ont montré que 1/4 à 1/5 de la cholestérine du sérum n'est pas combiné et se trouve à l'état de cholestérine libre, cette proportion pouvant augmenter beaucoup au cours de l'ictère par rétention. Dans les globules rouges, la cholestérine existe entièrement à l'état libre. Chez les sujets normaux, le taux de la cholestérine est sensiblement le même dans les différentes parties constituantes du sang. Les nombreux dosages faits par Grigaut lui ont montré que le taux de la cholestérine oscille normalement dans le sérum humain entre $1^{g}40$ et $1^{g}90$ par litre et on peut considérer $1^{g}60$ comme chiffre moyen de la cholestérinémie normale. Le liquide céphalo-rachidien ne renferme que $0^{g}008$ à $0^{g}015$ de cholestérine par litre ; l'urine n'en contient que des traces ; dans les matières fécales, le taux de la cholestérine est avant tout fonction de la quantité de cholestérine qui entre dans l'alimentation, c'est-à-dire que l'on retrouve dans les fèces la portion plus ou moins considérable de la cholestérine alimentaire qui a échappé à l'absorption intestinale. Pour la teneur de la bile en cholestérine, il faut distinguer la bile vésiculaire et la bile circulante, qui s'écoule directement des canaux hépatiques. La bile vésiculaire prélevée aux autopsies renferme une quantité très variable de cholestérine; Grigaut a trouvé des chiffres variant de $0^{g}20$ à 6 grammes et il a constaté que le taux de la cholestérine dans la bile vésiculaire est absolument indépendant du taux de la cholestérine dans le sérum. La bile circulante présente une teneur plus constante en cholestérine, on peut évaluer à $0^{g}40$ environ le taux moyen de la cholestérine par litre de bile circulante chez l'homme.

La cholestérinémie présente certaines variations physiologiques; il faut signaler en particulier l'influence de l'alimentation. Des expériences ont été faites sur les animaux par Pribam, Dorée et Gardner et l'on a vu que des lapins recevant de la cholestérine avec leur nourriture en absorbent 50 p. 100. Une preuve directe de l'influence alimentaire sur la cholestérinémie est encore fournie par la comparaison du taux de la cholestérine du sérum chez les différents mammifères. Grigaut montre que le taux de la cholestérinémie est d'autant plus accusé chez une espèce animale que son régime alimentaire moyen comporte une plus grande quantité de cholestérine ou de graisse; les rats n'ont que $0^{g}35$ de cholestérine par litre de sérum, les chiens en ont $1^{g}95$. Chez l'homme, avec un régime particulièrement riche en graisse et en cholestérine, le taux de la cholestérinémie s'élève ; Widal, Weill et Laudat ont trouvé des chiffres supérieurs à 2 grammes à la suite d'un repas comportant 50 grammes de beurre. Mais cependant l'influence du régime n'est pas absolument constante, c'est-à-dire que, dans chaque cas particulier, l'hypercholestérinémie alimentaire est régie par un facteur individuel ; à retenir encore que l'hypercholestérinémie alimentaire est transitoire et que le taux de la cholestérine revient à la normale aussitôt après la cessation du régime spécial. Il est utile de savoir que parmi les aliments usuels, les plus riches en cholestérine sont le jaune d'œuf, la cervelle, le mou de veau, le beurre, le rognon, le ris et le foie de veau.

Très intéressante aussi est l'influence de l'état gravidique et puerpéral; Chauffard, Guy Laroche et Grigaut (1) ont montré qu'il y avait une augmentation du taux de la cholestérinémie pendant toute la durée de la grossesse et de l'état puerpéral. Au cours des sept premiers mois de la grossesse, six femmes sur quatorze avaient, dans le sérum sanguin, plus de 2 grammes de cholestérine; à la période suivante, pendant les deux derniers mois, l'hypercholestérinémie est presque constante (30 femmes sur 32), avec un taux moyen de $2^{g}50$. Après l'accouchement, le taux de la cholestérine s'abaisse pendant quelques jours, se rapprochant du taux normal, puis il remonte et l'hypercholestérinémie persiste pendant quelques semaines, diminuant peu à peu, si bien que, en général, deux mois après l'accouchement, le sérum sanguin a repris sa teneur normale en cholestérine.

Grigaut aborde ensuite l'étude des variations pathologiques

(1) Adrien GRIGAUT, pharmacien de 1re classe, ancien interne en pharmacie des hôpitaux, chef de laboratoire à la Faculté de médecine, *Le cycle de la cholestérinémie*, Th. de Paris, 1912-1913.

(1) *Société de biologie*, 1er avril 1911 ; — *L'Obstétrique*, mai 1911.

de la cholestérinémie. Certaines affections ne paraissent pas influencer le taux de la cholestérine du sérum sanguin : pleurésies, cardiopathies, cancers, tuberculose pulmonaire, leucémies n'amènent aucune modification. Il en est tout autrement chez les infectés, les brightiques et les hépatiques. Dans les maladies infectieuses, en cas d'infection légère, le taux de la cholestérinémie est peu ou pas modifié; mais si l'infection est plus grave, dans la fièvre typhoïde par exemple, on constate de l'hypocholestérinémie pendant la période fébrile, puis, au moment de la défervescence, une réaction hypercholestérinémique avec retour à la normale plus ou moins tardif. Rouzaud et Cabanis ont observé, chez les sujets soumis à la vaccination antityphique, une réaction cholestérinémique rappelant celle de la fièvre typhoïde. Chaque injection est suivie d'une hypocholestérinémie, à laquelle succède une hypercholestérinémie, le taux de la cholestérine s'élevant d'autant plus que son abaissement avait été plus marqué. Cette notion du typhique convalescent hypercholestérinémique doit être mise en évidence et rapprochée de ce fait que les accidents lithiasiques provoqués cliniquement par la fièvre typhoïde surviennent le plus souvent pendant ou après la convalescence; les calculs trouvés en pareil cas sont souvent cholestériniques et il faut tenir compte de cette donnée nouvelle pour la pathogénie de la lithiase biliaire [Chauffard (1)].

L'hypercholestérinémie est très fréquente au cours des néphrites chroniques et elle atteint parfois des chiffres considérables, jusqu'à 15 grammes par litre; on ne constate pas de relation entre le taux de la cholestérine et l'abondance des œdèmes ou le chiffre de l'albuminurie, mais il existe nettement un rapport inverse entre la cholestérinémie et la rétention azotée; les grands azotémiques ont un chiffre de cholestérine normal ou peu supérieur à la normale, tandis que les hypercholestérinémies intenses vont généralement avec une rétention azotée très faible. Chauffard a montré les rapports qui existent entre l'hypercholestérinémie et la rétinite brightique à plaques graisseuses avec dépôt de cholestérine au niveau de la rétine.

Parmi les maladies du foie, les cirrhoses et les ictères hémolytiques ne modifient pas le taux de la cholestérine; celui-ci est au contraire augmenté d'une façon très habituelle dans toutes les affections hépatiques qui s'accompagnent de troubles de la sécrétion biliaire; il existe alors souvent un rapport entre le taux de la cholestérinémie et l'intensité de la rétention des autres éléments de la bile, mais le parallélisme n'est nullement forcé, et, dans de nombreux cas, on observe au contraire une dissociation entre la rétention de la cholestérine et la rétention des sels et pigments biliaires; c'est ainsi que dans l'ictère par rétention le plus intense, l'hypercholestérinémie peut faire totalement défaut, et que, dans les états lithiasiques, on peut voir une hypercholestérinémie notable en dehors de tout ictère. Les malades atteints de lithiase biliaire sont en effet presque tous des hypercholestérinémiques; Flandin a relaté dans sa thèse (2) vingt-neuf cas de cholélithiase provenant du service du professeur Chauffard; tous, sauf deux cas compliqués d'infection biliaire, avaient plus de 2 grammes de cholestérine par litre, quelques-uns jusqu'à 3 grammes, 5g50. Depuis lors, Chauffard a trouvé sur 17 autres cas, 15 hypercholestérinémiques; Biscons et Rouzaud ont noté, sur 6 cas de cholélithiase, 5 fois des chiffres de cholestérine supérieurs à 2 grammes. Aussi Chauffard a-t-il pu dire qu'il faut considérer le calcul biliaire comme « un dépôt local de cholestérine ».

Dans la troisième partie de sa thèse, Grigaut étudie le métabolisme de la cholestérine; il recherche les origines et le sort de la cholestérine du sérum. La cholestérine appartient au groupe chimique des stérines, alcools non saturés, à poids moléculaire élevé, voisins des polyterpènes; la cholestérine est le seul représentant de ce groupe dans l'organisme humain, mais par sa formule, ses réactions et ses produits de dédoublement, elle est très proche de l'acide cholalique et des acides biliaires homologues. Différentes théories ont été données sur l'origine de la cholestérine dans l'organisme; pour Flint, la cholestérine est un produit excrémentitiel, formé en grande partie par la désassimilation du tissu nerveux; cette hypothèse n'a pas été vérifiée, car le sang jugulaire ne contient pas plus de cholestérine que le sang carotidien et on ne connaît aucune modification de la cholestérinémie imputable à une maladie nerveuse.

D'autre part, l'apport alimentaire de cholestérine n'est qu'accessoire dans la genèse de la cholestérinémie, et Grigaut a été conduit par la clinique et l'expérimentation à admettre que la cholestérinémie reconnaît en majeure partie une origine endogène; il a trouvé dans la glande surrénale et le corps jaune deux centres importants de la cholestérinigenèse et le lieu principal d'origine de la cholestérine. Les cellules du corps jaune ont une vitalité glandulaire très puissante et le corps jaune est un foyer adénomateux de cholestérinigénie, mais il n'est pas le principal, car les glandes surrénales, dans leur zone corticale, élaborent une quantité importante de cholestérine; on comprend ainsi pourquoi les femmes enceintes et les brightiques ont un sérum très riche en cholestérine; il s'agit alors d'une hypercholestérinémie par hypergenèse. Quant au foie, il élimine normalement la cholestérine; mais, d'après l'opinion de Grigaut, ce n'est qu'en faible partie sous forme de cholestérine, la majeure partie apparaissant dans la bile sous forme d'un produit de transformation, l'acide cholalique. Dans les cas de trouble de la fonction biliaire du foie, la cholestérine est retenue dans l'organisme; la cholestérinémie des hépatiques est donc une hypercholestérinémie par rétention.

Toutes ces recherches sur le cycle de la cholestérinémie ont apporté des idées nouvelles d'un grand intérêt pratique; toutefois plusieurs questions sont encore à résoudre. Il faudrait, comme le remarque Chauffard, pouvoir connaître la teneur en cholestérine de la bile vésiculaire et pénétrer le mécanisme par lequel la cholestérine passe du sang à la bile. Mais déjà on peut appliquer à la pathogénie de la lithiase biliaire les notions récemment acquises sur la cholestérinémie; d'après Grigaut, hypercholestérinémie par rétention et diminution de production de l'acide cholalique sont deux états connexes occasionnés par une seule et même cause, le défaut d'élimination de la cholestérine par le foie; la pathogénie de la lithiase biliaire pourrait donc se formuler ainsi : hypercholestérinémie et diminution consécutive de l'acide cholalique dans la bile. Chauffard considère cette conception de Grigaut comme très séduisante, très vraisemblable, et il ajoute que « sous réserves de l'avenir elle doit actuellement être admise ».

La thérapeutique a déjà tiré partie de ces notions, en ce qui concerne le régime et le traitement hydrominéral des malades atteints de lithiase biliaire. On tient compte, pour le régime, de la teneur des aliments en cholestérine; les cervelles et les œufs seront particulièrement interdits, puis le beurre, les graisses, les rognons et ris de veau. Le traitement hydrominéral de la lithiase biliaire, en particulier à Vichy, sera conseillé avec une conviction encore plus grande que par le passé, car Biscons et Rouzaud ont montré que, chez les lithiasiques hypercholestérinémiques, la cure de Vichy abaisse le taux de la cholestérine dans le sérum et le ramène à la normale.

M. BRELET.

(1) CHAUFFARD. *Leçons sur la lithiase biliaire*, Paris 1914.

(2) FLANDIN. *Pathogénie de la lithiase biliaire*, Th. de Paris, 1912; — *Arch. des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, mai 1913.

PRATIQUE MÉDICALE

LES VARIÉTÉS DE L'EMPHYSÈME ET LEUR TRAITEMENT

L'emphysème pulmonaire présente à l'observateur plusieurs variétés anatomiques et ces variétés ont une grande importance au point de vue clinique, parce qu'elles ne comportent pas le même traitement.

Dans l'*emphysème sénile*, par exemple, où les lésions sont atrophiques (petits poumons), on observe une raréfaction du tissu pulmonaire que l'on ne trouve pas ailleurs. Il se forme même, au sommet, des cavités communiquant les unes avec les autres comme les lacunes d'une éponge. Cet état morbide décrit par Magendie est considéré comme le degré le plus élevé de l'emphysème vulgaire.

On ne traitera pas cette affection sénile comme les lésions analogues de l'adulte et ici, les iodés, iodostarine (2 à 3 cachets par jour), iodure de sodium devront être unis aux effets cardiaques de la digitale. La digalène (1) qui est une digitale totale, qui ne s'accumule pas, est particulièrement utile dans ces cas chroniques, ainsi que l'iodostarine (2) dont les effets secondaires sont négligeables.

Emphysème des tuberculeux. — Il y a une forme spéciale d'emphysème qui accompagne fréquemment la tuberculose; c'est un *emphysème partiel*, situé à la limite des foyers tuberculeux, à la périphérie des cavernes occupant une étendue peu considérable. D'après Grancher, cet emphysème présente des caractères histologiques spéciaux et l'association des granulations tuberculeuses, de la sclérose, de la dilatation des alvéoles avec destruction de leurs parois fait ressembler le tissu d'un lobule pulmonaire à un large reticulum ganglionnaire. Aussi, Grancher a-t-il proposé d'appeler cette lésion, emphysème réticulé des tuberculeux. Cet emphysème ne sera pas traité par la même médication que l'emphysème sénile et les préparations gaïaco-sulfonées (comprimés ou cachets Roche de thiocol) sont les premières indiquées. Parfois le sirop Roche est préféré par ces malades fatigués des remèdes au bout d'un temps plus ou moins court. Ces préparations agissent sur les crachats qu'elles fluidifient et diminuent et agissent aussi sur la bronche en aseptisant la muqueuse. Mais ce qu'il faut avoir en vue surtout dans ce traitement de l'emphysème du tuberculeux, c'est empêcher la toux qui augmente la lésion. Plus que la codéine qui vite perd son effet sédatif et mieux que la morphine dangereuse au tuberculeux, on aura le pantopon sirop qui, à la dose de 3 à 6 cuillerées à café par jour, est un sédatif tout à fait remarquable de la toux et presque sans inconvénients. Il s'agit là de l'opium total soluble facilement éliminé et d'activité maxima pour un opiacé.

Emphysème vésiculaire aigu. — Dans toutes les affections se compliquant brusquement d'une dyspnée intense comme le croup, la bronchite capillaire, l'urémie, etc., on observe ordinairement un emphysème aigu, le plus souvent partiel et disséminé; il s'agit d'une ectasie simple des alvéoles sans atrophie des cloisons et sans oblitération des capillaires, c'est pour ces caractères que Biermer a voulu le désigner sous le nom de *distension simple du poumon.* Cette lésion peut rétrocéder et, pour faciliter cette guérison, il est évident qu'une médication sédative de la toux et de la dyspnée sera indispensable. Contre ces accès de dyspnée intense, l'injection sous-cutanée ou intramusculaire d'une ampoule de pantopon sera indiquée.

Emphysème interstitiel ou interlobulaire. — Cet emphysème appartient à la première enfance et reconnaît pour cause la déchirure de quelques alvéoles dilatées à l'excès. L'air pénètre dans le tissu conjonctif interposé aux lobules et y forme de petites bulles transparentes. C'est une variété de l'emphysème aigu; il faut savoir que, dans cette lésion, l'air peut s'infiltrer sous la plèvre et peut même gagner le tissu cellulaire du médiastin. Comme traitement, nous ne voyons guère ici que le sirop Roche au thiocol (1) qui agira sur l'élément bronchitique catarrhal, lequel ne manque guère et sur l'élément infectieux. Mais la révulsion par les ventouses et quelques doses faibles de pantopon (2) sous forme de sirop (une à deux cuillerées à café) donneront de meilleurs résultats tout au moins palliatifs.

H. SERVAL.

(1) Voir G. POUCHET et G. BARDET, Etude pharmacodynamique et thérapeutique sur la digalène, *Bull. gén. de thérap.*, Paris, 1913.

(2) L'iodostarine est l'acide diiodo-6-7-élaïdique d'Arnaud (commun. *Acad. des sc.*, CXII, p. 79 et p. 1000); c'est une combinaison organique, particulièrement riche en iode, sans aucune saveur, soluble seulement dans l'intestin et s'ordonnant aux mêmes doses que l'iodure de potassium (DARIER, in POSTERNAK. *Bull. gén. de thérap.*, 1911, p. 368; BROUET. *Bull. méd.*, 1914, p. 64, etc.).

(1) Il y a plus de quinze ans, que le thiocol est administré avec succès dans les affections broncho-pulmonaires (SCHOULL, Commun. *Acad. de méd.*, 31 juillet 1900); il est aujourd'hui le médicament classique de ces affections et en particulier de la tuberculose (LAFFONT, LOMBARD, KAPLANSKY, TEISSIER, RÉNON, LEMOINE, GÉRARD, CAPITAN, CHARTIER, GILLET, etc.).

(2) Chez les enfants, le pantopon a été utilisé avec d'excellents effets par AUSSET, *Pédiatrie pratique*, 1913, p. 251; COLIBŒUF, Th. de Bordeaux, 1913; au surplus, on peut consulter avec profit à ce sujet, les thèses : TROTAIN (Paris, 1911); SOUTY (Lyon, 1910); SONCOURT (Nancy, 1912); COT et LE CALVEZ (Montpellier, 1912); MOURLAN et BIGOU (Toulouse, 1913), etc.

LIVRES NOUVEAUX

Les Techniques anatomo-pathologiques du système nerveux (3), par G. ROUSSY et J. LHERMITTE.

Ce livre s'adresse non seulement aux neurologistes de profession mais aussi à ceux qui, n'ayant que de vagues données en neurologie, sont amenés par hasard à étudier une lésion nerveuse donnée.

Les auteurs enseignent tout d'abord de quelle façon il faut procéder pour la préparation des centres nerveux — coupes macroscopiques, prélèvement de fragments — en vue des recherches histologiques. Puis ils indiquent comment devra être fixé chacun des organes, et, tenant compte de ce fait que chacun des liquides fixateurs met en relief tel ou tel aspect structural ou lésionnel, Roussy et Lhermitte prennent soin de déterminer quel fixateur devra être utilisé pour telle ou telle recherche.

Une fois fixées, les pièces doivent être incluses; pour ce temps encore les moindres détails de technique sont indiqués.

L'exécution des coupes microscopiques est traitée avec une précision parfaite. On verra avec quelle minutie sont signalées toutes les petites précautions qui permettent d'obtenir de bonnes coupes faciles à lire et à interpréter.

En résumé, dans ce livre comme d'ailleurs dans le laboratoire d'anatomie pathologique si largement ouvert à tous ceux qui veulent travailler, les auteurs prennent en quelque sorte le lecteur par la main et l'amènent progressivement au résultat désiré après lui avoir évité tous les déboires qui rebutent les débutants. Aussi le succès est-il assuré à cet excellent travail.

L. BABONNEIX.

(3) Paris, Masson et Cie.

superposables. Un second point mis en évidence est l'immunité relative des dents antérieures de la mâchoire inférieure qui présentent des différences considérables avec les mêmes dents de la mâchoire supérieure. Ce n'est qu'à partir de la première molaire que les résultats arrivent à concorder.

Mais, en dehors de ces deux points, les statistiques des divers auteurs présentent des divergences remarquables. C'est ainsi que, alors que Magitot, Redier, Giuria et nous-mêmes avons assigné la première place comme fréquence relative des lésions au groupe des premières grosses molaires, Scheff donne cette place aux incisives centrales supérieures et Hitchcock donne des chiffres intermédiaires. Dans ces divergences la question de race semble jouer un rôle primordial, et ce fait est bien mis en évidence dans les graphiques que nous avons établis pour chaque pays, en ramenant à 1.000 le nombre des cas observés par les divers auteurs. Ces graphiques nous montrent que le groupe des prémolaires, indiqué comme également affecté partout, semble le pivot commun des diverses statistiques; avant et après lui les lignes de fréquence vont en alternant et en divergeant suivant les pages considérées. Cette disposition remarquable établit une échelle de fréquence inverse pour les groupes antérieurs et postérieurs très caractéristique pour chaque pays.

Si maintenant nous examinons ces graphiques au point de vue de la régularité des lignes, nous voyons que celui se rapportant aux observations faites sur des Allemands est le plus régulier; puis vient celui établi d'après les observations d'Hitchcock; les irrégularités s'accentuent pour les Français et davantage encore pour les Italiens.

Ceci nous indique qu'il y a une uniformité de carie de plus en plus manifeste pour chaque bouche, des Italiens aux Français puis aux Anglais et enfin aux Allemands. Ceux-ci, pour une bouche donnée, ont donc un plus grand nombre de dents atteintes, et cette susceptibilité à la carie va en décroissant à mesure que nous allons vers le Midi. Si nous nous reportons à la fréquence relative de la carie dans les diverses régions de la France, nous voyons que celles soumises à des invasions nombreuses venues du Nord (populations kimriques) sont celles aussi qui nous donnent la plus forte proportion de dents cariées. Et tous ces résultats concordants sont une preuve de l'importance de la question de race dans l'étiologie de la carie dentaire. »

Nous nous arrêterons sur cette conclusion des auteurs du travail auquel nous venons de faire de si larges emprunts, et nous ne saurions assez les féliciter d'avoir traité ainsi à fond et avec autant de maîtrise une question, dont les conséquences sont aussi importantes au point de vue théorique qu'au point de vue pratique. A. GAULLIEUR L'HARDY.

NOTE DE THÉRAPEUTIQUE

La digitaline Nativelle, employée dans les hôpitaux de Paris, agit plus sûrement que toutes les autres préparations de digitale.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — Le docteur Mathieu reprendra le jeudi 23 avril et continuera les jeudis suivants, salle de cours de la Maternité, à dix heures quarante-cinq, ses conférences sur les « maladies de l'appareil digestif ».

Il traitera successivement des rapports de l'ulcus gastrique avec l'appendicite et les côlites, des erreurs de diagnostic de l'ulcus, de son traitement chirurgical et des complications ou suites postopératoires de cette affection.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur certaines variétés cliniques du syndrome d'hypertension intracranienne. (H. CLAUDE. *Journ. de méd. de Paris*, 21 fév. 1914.) — Parmi les différentes manifestations de l'hypertension intracranienne, il convient de distinguer deux catégories de cas. Le syndrome survient tantôt comme l'événement pathologique primitif, tantôt comme un accident épisodique au cours d'une affection en évolution. Parmi les *formes primitives* on peut distinguer une forme suraiguë éphémère, qui cède en général à une ponction lombaire, et une forme brusque aiguë mono ou oligosymptomatique qui comprend une série de faits disparates caractérisés par l'apparition subite de signes généraux d'hypertension et de signes de localisation très discrets; une troisième variété comprend des formes à évolution subaiguë comportant de nombreux symptômes de localisation tout comme dans les tumeurs cérébrales; enfin il peut s'agir d'une forme chronique à accès périodiques s'observant chez des sujets ayant eu un passé méningitique et chez lesquels on peut songer à l'existence d'une hydrocéphalie fruste. Il existe une catégorie de faits dans lesquels le syndrome d'hypertension est au second plan et n'est reconnu que par la mesure de la pression du liquide céphalo-rachidien : ce sont les *formes secondaires* du syndrome d'hypertension. Ainsi la pression du liquide céphalo-rachidien peut être élevée au cours des hémorragies cérébrales ou méningées; il en est souvent ainsi au cours des états délirants, notamment chez les alcooliques, les saturnins, comme au cours de certaines formes de néphrites scléreuses : une recherche systématique montrera souvent en effet l'existence de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien dans un certain nombre de cas où la symptomatologie était d'une interprétation délicate; mais pour affirmer cette hypertension, il ne faut pas se contenter de l'apprécier par l'écoulement du liquide au moment de la ponction, il faut la juger grâce à une lecture sur un manomètre, suivant un procédé facile, imaginé depuis 1912 par l'auteur. J. MILHIT.

Symptômes oculaires des tumeurs cérébrales. (TERRIEN. *Journ. de méd. interne*, 14 fév. 1914, n° 4.) — Parmi les symptômes oculaires de certitude de l'existence d'une tumeur cérébrale, il faut tout d'abord signaler, en raison de son importance capitale, la *stase papillaire* ne s'accompagnant, au début au moins, d'aucun trouble fonctionnel; il faut également citer, bien qu'ils n'aient pas une importance analogue à la stase papillaire, l'élargissement de la tache aveugle, le rétrécissement périphérique du champ visuel, les obnubilations visuelles. Ce qui caractérise la papille de stase, c'est que les limites de la papille ne sont plus nettes; les veines sont augmentées de volume, les artères rétrécies, souvent effacées; la papille surplombe la rétine en champignon et la saillie atteint 2 millimètres et plus. En même temps, le diamètre de la papille est doublé, parfois même triplé.

Parmi les symptômes permettant un essai de *localisation* de la tumeur, on peut citer l'inégalité de la stase papillaire, l'atrophie simple descendante du nerf optique par une compression basale de ce nerf, enfin l'hémianopsie. On dit qu'il y a hémianopsie lorsque toute une moitié du champ visuel est supprimée en même temps des deux côtés; l'hémianopsie homonyme est la conséquence de la compression des voies optiques, par la tumeur, du chiasma jusqu'à l'écorce; l'hémianopsie hétéronyme est caractérisée par la disparition des deux moitiés asymétriques des champs visuels, c'est-à-dire des champs visuels

de même nom : elle est la conséquence d'une tumeur siégeant au niveau de la selle turcique; l'*hémianopsie bitemporale* est la règle dans les tumeurs de l'hypophyse. Très importantes également, pour servir au diagnostic de localisation d'une tumeur, sont les paralysies des nerfs craniens, surtout les paralysies oculo-motrices. Les modifications pupillaires ne renseignent que bien imparfaitement; les réactions pupillaires sont plus intéressantes, surtout la réaction pupillaire hémianopsique. La constatation d'une exophtalmie ne sert que rarement à ce diagnostic. J. MILHIT.

L'ictère hémolysinique de l'hérédo-syphilis acquise. (J. Troisier. *Le Progrès méd.*, 14 fév. 1914.) — L'ictère hémolysinique est un syndrome dont les variétés cliniques et étiologiques sont fort nombreuses : la syphilis paraît jouer un rôle assez important dans son étiologie; on connaît en effet déjà les ictères hémolysiniques de la période secondaire de la syphilis dont MM. Gaucher et Giroux ont rapporté de beaux exemples, et ceux de la période tertiaire de la syphilis acquise étudiés par Roth; l'auteur rapporte une observation très complète d'ictère hémolysinique relevant de l'hérédo-syphilis tardive; les globules rouges de la malade avaient une résistance globulaire normale, mais par contre le sérum contenait une isolysine très active, sans autolysine ni auto-agglutinine; l'anémie était très accusée, le Wassermann très nettement positif; sous l'influence du traitement mercuriel l'amélioration fut remarquable. Pour interpréter la pathogénie de cet ictère, deux hypothèses peuvent être envisagées : ou bien l'ictère succède à des lésions banales des organes hématopoïétiques liées elles-mêmes à une dystrophie d'origine syphilitique, ou bien il s'agit de lésions spécifiques liées directement à la présence du tréponème resté virulent et cantonné dans la rate ou dans la moelle osseuse; en raison des heureux effets du traitement spécifique, l'auteur paraît se ranger plus volontiers à cette dernière hypothèse.

Les recherches récentes ont considérablement étendu les rapports de la syphilis héréditaire et de certains syndromes hématologiques; sans parler des anémies pernicieuses rattachées très souvent à la syphilis, il faut rappeler le rôle de l'hérédo-syphilis dans l'étiologie de l'anémie des nourrissons comme dans l'étiologie de l'ictère hémolytique congénital, ainsi que tout récemment M. le professeur Chauffard l'a bien démontré, par l'étude des crises hypersplèniques consécutives aux injections de néosalvarsan chez ces sujets.

J. MILHIT.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 47. — JEUDI 23 AVRIL 1914. 87e ANNÉE. JEUDI 23 AVRIL 1914. — N° 47.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 10 francs par an. Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat de Brévannes, Chardon-Lagache et Sainte-Périne. — *Epreuve écrite.* — Question donnée : « Diagnostic des épanchements (liquides non purulents). — De la fièvre chez les vieillards. »

Lecture. — Séance du 20 avril. — MM. Dugué, 15; Pecker, 16; Boissier, 5; Bourdeaux, 15; Chalet et Ruppe, 10.

— Concours de l'internat d'Hendaye. — *Epreuve écrite.* — Question donnée : « Signes et diagnostic de l'ostéomyélite aiguë des os longs. »

Lecture. — Séance du 20 avril. — M. Brousse, 11.

Les concours se sont terminés par les nominations suivantes :

MM. Dugué, à Sainte-Périne; Ruppe, à Brévannes; Pecker, à Chardon-Lagache; Bourdeaux et Chalet, à Brévannes; Brousse, à Hendaye.

CONGRÈS DES PRATICIENS (27, 28 et 29 mai 1914). — Le Congrès des praticiens dont nous avons déjà parlé aura lieu à Paris les 27, 28 et 29 mai 1914.

Il est ouvert à tous les groupements médicaux (syndicats, associations professionnelles, associations médicales, etc.) et à tous les praticiens.

La cotisation individuelle est fixée à 10 francs.

Chaque groupement adhérent devra verser, autant que possible, une subvention proportionnée au nombre de ses membres et dont le chiffre est laissé à son appréciation. Il s'agit, en effet, d'une subvention plus que d'une cotisation.

Chaque adhérent aura droit aux volumes des rapports et au volume des comptes rendus sténographiques qui sera publié à la suite du Congrès.

De plus, chaque adhérent bénéficiera d'une réduction de 50 p. 100 sur les billets de chemin de fer.

Le comité d'organisation nous prie de signaler que pour jouir de cette réduction de tarif il ne faut pas trop tarder à envoyer les adhésions.

Programme du Congrès. — Protestation contre toutes les tentatives de fonctionnarisation du corps médical.

L'hygiène administrative, son impuissance.

Organisation technique de l'hygiène par le corps médical.

L'assistance médicale gratuite et le corps médical.

La lutte contre la tuberculose, etc.

Envoyer les adhésions et les cotisations au trésorier du comité, le docteur Quidet, 54, rue Bonaparte, Paris.

XIVe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE. — Le XIVe Congrès français de médecine, organisé par l'Association des médecins de langue française, se tiendra à Bruxelles, du mercredi 30 septembre au samedi 3 octobre 1914 (inclusivement).

Son bureau est constitué comme suit : M. le professeur Henrijean, président; MM. les professeurs Bordet et Vandervelde, vice-présidents; M. le professeur René Verhoogen, secrétaire général, et M. le docteur Godart-Danhieux, trésorier.

Le comité d'honneur comprend les noms de MM. Brachet et J Demoor (de Bruxelles), Denys (de Louvain), Dustin (de Bruxelles), Eeman (de Gand), Firket (de Liége), P. Héger et Jacques (de Bruxelles), Leboucq (de Gand), Spehl et Stiénon (de Bruxelles), van Gehuchten (de Louvain), van Lair (de Liége).

Le bureau du XIVe Congrès sollicite le patronage des gouvernements belge et français. Il espère obtenir la présidence d'honneur de M. le ministre des sciences et des arts, ainsi que de M. le ministre de France à Bruxelles.

Il sollicite par-dessus tout le haut patronage de LL. MM. le roi et la reine.

Les questions suivantes seront mises en discussion :

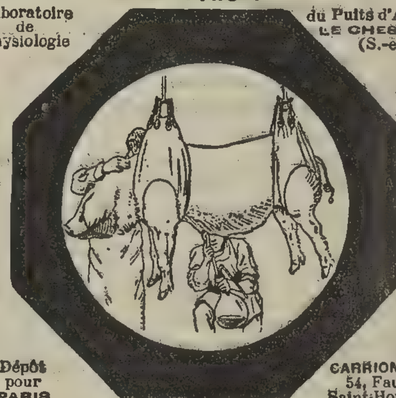
I. « Syphilis de l'appareil cardio-vasculaire. » [Rapporteurs : MM Bayet (de Bruxelles), Etienne et Spillmann (de Nancy), Vaquez et Laubry (de Paris)].

II. « Les lipoïdes en pathologie. » [Rapporteurs : MM. Bordet (de Bruxelles), Chauffard, Guy Laroche et Grigaut (de Paris), Linossier (de Vichy), Zunz (de Bruxelles)].

III. « De la valeur thérapeutique du pneumothorax artifi-

Pipérazine MIDY *l'anti-urique type.*

Pipérazine MIDY *l'anti-urique type.*



ciel. » [Rapporteurs : MM. Burnand (de Leysin), Derscheid et Geeraerd (de Bruxelles), Dumarest (d'Hauteville), Küss (d'Angicourt)].

Afin de favoriser le groupement des communications isolées, sur une question d'actualité, le bureau propose à l'orientation des travaux des futurs adhérents du Congrès la question suivante :

IV. « Vaccinothérapie en général. Vaccinothérapie spéciale du cancer et de la fièvre typhoïde. »

Des excursions et des fêtes diverses, notamment un banquet et une représentation au théâtre de la Monnaie, seront organisées.

On est prié de s'inscrire dès maintenant auprès de M. le secrétaire général René Verhoogen, 22, rue Joseph II, à Bruxelles, tout en envoyant sa cotisation (20 francs), au trésorier M. le docteur Godart-Danhieux, 90, rue Montoyer, Bruxelles.

Les femmes et les filles des congressistes et les étudiants en médecine peuvent être inscrits comme membres associés moyennant une cotisation de 10 francs.

EXPOSITION INTERNATIONALE URBAINE DE LYON (44e section, lutte antialcoolique). — Le professeur Jean Lépine, président de la section, rappelle que tous les documents à exposer doivent être adressés avant fin avril, soit directement à l'exposition, soit à son laboratoire à la Faculté de médecine de Lyon.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT. — La prochaine séance aura lieu le jeudi 23 avril 1914, à quatre heures et demie précises.

ORDRE DU JOUR. — M. Jayle : A propos de l'appendicite et de l'incision transversale.

M. Doyen : 1° Présentation de pièces. Cancer partiel du rein; 2° Technique de la thyroïdectomie.

M. Rosenthal : L'injection intratrachéale vraie à haute dose dans le traitement de la tuberculose pulmonaire chronique; indication, condition d'efficacité, mécanisme d'action.

NOTE DE THÉRAPEUTIQUE

DYSPEPSIE HYPOSTHÉNIQUE

Si l'affection est légère et encore près du début, se contenter d'interdire les aliments de digestion longue et difficile, et prescrire après chaque repas un verre à liqueur d'élixir de Trouette-Perret à la papaïne.

Si la dyspepsie est plus prononcée, à la prescription précédente ajouter un régime réduisant au minimum le travail de l'estomac et excluant tous les aliments fermentescibles. En cas d'exclusion de l'alcool, deux cachets ou huit comprimés de Trouette-Perret à la papaïne à la place de l'élixir.

COURS ET CONFÉRENCES

MÉDECINE OPÉRATOIRE SPÉCIALE, sous la direction de MM. Aug. BROCA, professeur, et J. OKINCZYC, agrégé. (Cours de M. le docteur Jean BERGER, prosecteur.) — OPÉRATIONS GYNÉCOLOGIQUES. — Ouverture du cours le lundi 4 mai 1914, à une heure et demie.

Programme sommaire du cours. — I. Technique des laparatomies en gynécologie : incision médiane, incision transversale, sutures de la paroi. Traitement de la rétroversion : ligamentopexie, hystéropexie directe.

II. Traitement des fibromes utérins : myomectomie, hystérectomie abdominale sus-vaginale.

III. Colpo-périnéorraphie pour prolapsus génital.

IV. Ablation large du sein avec curage de l'aisselle pour cancer. Opérations pour tumeurs bénignes du sein : énucléations sous-mammaires, ablation sous-cutanée de la glande.

V. Traitement des fistules vésico-vaginales : voie vésicale, voie vaginale.

VI. Castrations. Traitement des kystes ovariques, tumeurs des ovaires et du ligament large.

VII. Dilatation du col. Curettage. Biopsie du col. Stomatoplastie. Traitement des polypes utérins.

VIII. Fistules recto-vaginales. Colpotomies. Amputation du col.

IX. Hystérectomie totale avec drainage vaginal.

X. Traitement des cancers du col et du vagin. Traitement du cancer de la vulve.

Le cours aura lieu tous les jours.

Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité.

Seront seuls admis les docteurs en médecine, français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés titulaires de seize inscriptions.

Le droit à verser est de 50 francs.

S'inscrire au secrétariat (guichet n° 3), de midi à trois heures, les mardis, jeudis et samedis.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX (M. Pierre SEBILEAU, agrégé de la Faculté, chirurgien à l'hôpital Lariboisière). — SEMESTRE D'ÉTÉ 1914. COURS ET EXERCICES DE MÉDECINE OPÉRATOIRE SPÉCIALE. — *Opérations de chirurgie gastro-intestinale et hépatique*, par M. le docteur René Toupet, prosecteur. — Ce cours aura lieu, du 1er au 12 mai 1914, tous les jours à deux heures.

Le nombre des élèves est limité à 15.

Le droit d'inscription est fixé à 60 francs. — Le cours est gratuit pour les internes des hôpitaux.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — *Médecine générale.* — Docteur LE NOIR (hôpital Saint-Antoine). — Le mercredi, à neuf heures et demie, salle Axenfeld. Consultation pour les maladies du tube digestif et de la nutrition.

Le samedi, à neuf heures et demie, examen des malades entrants.

Le vendredi, à dix heures, conférences cliniques à partir du 1er décembre.

Docteur MATHIEU (hôpital Saint-Antoine). — Le jeudi, à onze heures, terminaison de la série de conférences commencée à l'amphithéâtre de la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine.

Le mardi, à dix heures, à la consultation spéciale (maladies de l'estomac), présentation de malades.

On fera, de plus, des séries de cours payants qui seront annoncés ultérieurement.

Docteur LESNÉ (hôpital Tenon). — Tous les matins, à dix heures, examen des malades avec exercices individuels des élèves.

Les mardis et vendredis, examen des entrants, discussion du diagnostic et du traitement.

Le jeudi, conférence clinique ou thérapeutique.

Le samedi, consultation de nourrissons, examen des enfants sains et malades.

Docteur A. PISSAVY (hôpital Necker, consultations de médecine). — Enseignement spécialement destiné aux étudiants de première année.

Chaque jour, à partir de neuf heures et demie, les étudiants sont individuellement exercés à l'examen des malades et à la rédaction des ordonnances.

COURS D'ÉLECTRO, RADIO ET RADIUMTHÉRAPIE. — Le docteur Foveau de Courmelles commencera la vingt-deuxième année de son cours libre d'électrologie et de radiologie médicales, à l'école pratique de la Faculté de médecine de Paris, amphithéâtre Cruveilhier, le mercredi 6 mai à six heures du soir et le continuera les mercredis à la même heure.

Première leçon : Les hémorragies utérines et leur traitement physiothérapique.

Leçons suivantes : Lumière, rayons X, ultraviolets, radium.

UN CAS DE VOLVULUS DU COLON PELVIEN

Par MM. M. ARRIVAT et M. CATHALA,
Internes des hôpitaux de Montpellier.

Les torsions du côlon pelvien ont été depuis peu d'années le sujet d'un nombre assez considérable de travaux en France et surtout en Allemagne et en Russie. Aussi commence-t-on à connaître actuellement les éléments complexes et jusqu'ici ignorés de leur pathogénie; on a appris à les diagnostiquer quelquefois et on s'est appliqué à leur opposer une thérapeutique chirurgicale rationnelle en rapport avec leur mode de production.

Tout récemment nous avons pu en observer un cas dans le service de M. le médecin principal Esprit, chirurgien des salles militaires de l'hôpital suburbain. Cette observation nous a paru présenter un intérêt particulier en ce qu'elle montre avec une rare netteté les lésions de la mésosigmoïdite rétractile sur laquelle les Allemands ont à juste titre tant insisté; en outre les circonstances nous ont permis de faire l'étude anatomo-pathologique de l'anse sigmoïde tordue et nous avons pu vérifier sur ce point les acquisitions récentes.

X..., douanier, âgé de quarante-quatre ans, entre à l'hôpital dans le service de M. le médecin principal Esprit, parce qu'il n'a eu depuis quatre jours aucune selle et aucune émission gazeuse par l'anus.

Les accidents ont débuté brusquement au milieu d'un état de bonne santé habituelle qui ne s'était jamais démenti. Pendant les deux premiers jours la suppression des selles et des gaz constitue le seul, l'unique symptôme, et le sujet ne s'inquiète pas outre mesure de ces phénomènes si bénins en apparence. Au troisième jour apparaissent des sensations douloureuses : ce sont des coliques localisées d'abord autour de l'ombilic, puis rapidement diffusées à tout l'abdomen. Elles sont assez vives, s'accompagnent d'épreintes très douloureuses et de besoins fréquents de défécation d'ailleurs sans effet. Le ventre commence à augmenter de volume et à devenir tendu.

Enfin, pendant le quatrième jour, se montre pour la première fois un symptôme qui complète le tableau clinique : les vomissements; les matières rejetées ne contiennent pas d'aliments, car depuis le début des accidents le malade s'est mis au régime hydrique; ce sont des matières aqueuses, glaireuses plutôt, teintées en vert et possédant une odeur aigrelette.

Il n'y a rien d'intéressant dans les antécédents tant héréditaires que personnels. L'homme, de constitution forte et robuste, n'a jamais été malade antérieurement. Il n'est, au surplus, ni spécifique, ni éthylique.

Avant les accidents actuels il n'avait jamais eu d'autres crises semblables, jamais de melæna, jamais de coliques. Il est à retenir que le sujet est un constipé habituel depuis très longtemps; néanmoins il ne passait jamais plus de deux jours sans avoir une selle.

Au moment où nous voyons le malade, c'est-à-dire quatre jours après le début des accidents, il a un facies légèrement pincé, les yeux excavés, le nez aminci. La coloration de la face est normale; les conjonctives ne sont pas subictériques.

La respiration est calme; mais le pouls est déjà légèrement arythmique; bien frappé, sa fréquence varie entre 130 et 140 pulsations à la minute.

Au cœur, l'auscultation ne décèle rien d'anormal.

En découvrant l'abdomen, on constate que celui-ci est moyennement et uniformément ballonné. Il n'a pas de forme spéciale : non étalé dans les flancs, il ne pointe pas non plus. On n'aperçoit à jour frisant aucune contraction intestinale.

La palpation est rendue difficile à cause du ballonnement, de la contracture de défense et des douleurs qu'elle provoque. Toutefois, en palpant avec patience, on finit par percevoir des détails importants.

La région droite de l'abdomen est notablement plus rénitente que le côté opposé. On a l'impression que cette zone de rénitence vient en haut jusqu'au rebord costal et arrive en bas jusqu'à la fosse iliaque droite où elle se rapproche de la ligne médiane et la dépasse.

La percussion dénote une sonorité exagérée partout; pas de signes d'épanchement dans les flancs. Dans toute la zone droite où on a perçu une rénitence spéciale, la sonorité a un timbre plus élevé et une tonalité particulière qui nous ont frappé.

L'examen de tous les orifices herniaires n'y montre rien de particulier.

Toucher rectal : l'anus est normal, il n'a pas d'hémorroïdes; le rectum paraît lui aussi être sain. Le doigt explorant l'excavation n'y trouve rien; le petit bassin est tout à fait libre.

Le diagnostic d'occlusion intestinale s'imposait sans aucune hésitation et réclamait l'intervention opératoire d'urgence. Mais les indications du mode d'intervention nécessitaient un diagnostic plus précis.

Malgré l'absence du signe de Laugier dont l'importance est actuellement bien amoindrie, l'hypothèse d'occlusion portant sur le gros intestin nous paraissait la plus probable en raison des antécédents de l'homme habituellement constipé, de l'apparition tardive des vomissements, de la sensation dans l'abdomen d'une anse énorme. Mais à quoi fallait-il penser comme élément causal? L'occlusion par cancer des côlons nous parut devoir être d'emblée éliminée à cause de l'état général bien conservé du sujet, de l'absence d'antécédents morbides du côté des côlons, du caractère aigu et sans prodromes de la crise d'occlusion.

Par ailleurs aucune notion antérieure n'expliquait la production d'adhérences ou de brides pouvant comprimer ou couder l'intestin.

Ainsi se limitait peu à peu le champ des hypothèses : étranglement interne, invagination, volvulus, telles étaient les causes les plus probables. L'âge du sujet, son état de constipation habituelle, la présence d'une anse énorme descendant vers le petit bassin nous firent porter le diagnostic de volvulus de l'S iliaque.

Le 8 juin 1913, sous anesthésie à l'éther goutte à goutte M. Esprit pratique une laparatomie médiane sous-ombilicale.

Le péritoine ouvert il s'écoule aussitôt de la sérosité rougeâtre sanguinolente en assez grande abondance. Les anses grêles météorisées se présentent dans l'incision et sont difficiles à contenir. L'obstacle ne paraît pas siéger à leur niveau; on les extériorise, pliées dans un champ aseptique. A ce moment on aperçoit à droite du mésentère une anse rouge foncé extrêmement dilatée du volume d'une bouteille bordelaise. Après de grands efforts et après avoir débridé en haut jusqu'à l'appendice xyphoïde, on isole cette anse. Elle est constituée par l'S iliaque en volvulus; la moitié droite et la moitié gauche de cette anse sont accolées en canons de fusil.

La torsion s'est faite de gauche à droite et il suffit de détordre dans le sens opposé de 360 degrés environ pour voir le côlon pelvien reprendre en partie du moins sa disposition habituelle. Le point sur lequel a porté la torsion ne présente d'autres lésions qu'une rougeur vineuse très accentuée. Mais en divers points l'S iliaque présente de petites surfaces dont le péritoine est éraillé. On les repéritonise à la Lembert.

Pour réintégrer dans l'abdomen tout le paquet intestinal on se

heurte à des difficultés considérables ; on doit même ouvrir le côlon pelvien pour évacuer les gaz qu'il contient. Suture en deux plans de cette incision. Après avoir replacé l'anse en bonne position, on referme le ventre en trois plans sans drainage.

A la fin de l'intervention le malade évacue une grande quantité de matières fécales ; cette selle abondante a été provoquée par la pression sur l'anse sigmoïde.

On fait immédiatement de la caféine, de l'huile camphrée, du sérum physiologique.

Deux heures après l'intervention il s'écoule par l'anus du sang noirâtre ; la quantité est de 50 centimètres cubes à peu près. Malgré tous les toni-cardiaques employés le cœur ne se relève pas et le collapsus arrive ; exitus à la quinzième heure.

Autopsie. — Le pansement est abondamment souillé de sérosité sanglante.

A l'ouverture du ventre c'est l'anse sigmoïde qui se présente la première. Elle est énorme, de coloration rouge très foncé ; ecchymotique. Elle a gardé la bonne position de détorsion. En certains points de sa surface on aperçoit de légers dépôts fibrineux indiquant un faible processus de défense du péritoine.

Les flancs contiennent en assez grande abondance de la sérosité hématique.

Comme le temps qui nous est accordé est très restreint, nous extirpons rapidement l'S iliaque. Nous n'avons pas pu examiner les autres organes.

Examen de la pièce. — L'examen approfondi et méthodique de la pièce prélevée nous donne des renseignements complémentaires d'un très haut intérêt ; ces constatations permettent d'élucider le mécanisme de la torsion et constituent le point capital de notre observation.

1° *Dimensions de l'anse tordue.* — Au moment où nous avons pratiqué cette étude nécropsique, l'anse sigmoïde n'avait pas le volume constaté au cours de l'acte opératoire. Mais la diminution est peu considérable, surtout en remplissant l'organe d'eau comme nous l'avons fait. Les mensurations effectuées nous ont donné :

Longueur, 75 centimètres environ,
Calibre, 8 à 9 centimètres.

Il est intéressant de les rapprocher des chiffres normaux qui sont, d'après Testut et Jacob :

Longueur, 45 à 51 centimètres,
Calibre, 25 à 35 millimètres.

Cette différence remarquable ne peut être attribuée à la distension, car l'anse une fois vidée n'a pas repris son volume normal ; d'autre part, l'état de la paroi intestinale anormalement épaissie plaiderait contre cette hypothèse. Il faut donc admettre un état d'hypertrophie très marqué de l'anse oméga chez ce malade préexistant aux accidents récents. En raison de la constitution habituelle du sujet et de l'absence d'accidents antérieurs, nous inclinons à penser que le malade était porteur d'un mégacôlon iliaque congénital. Du reste, cette affection qui n'est qu'une variété, une forme partielle ou larvée de la maladie de Hirchsprung, est moins rare que cette dernière. Au récent Congrès de chirurgie, Patel a insisté à juste titre sur elle. Dans l'étiologie des torsions coliques pelviennes elle joue un grand rôle.

2° *Les lésions du mésocôlon pelvien.* — Les deux branches de l'anse sont presque accolées en canons de fusil ; l'intervalle qui les sépare est de 3 à 4 centimètres seulement. Au surplus, il est impossible d'augmenter cet écartement ; les tissus qui séparent les deux branches ne présentant aucune souplesse, aucune élasticité. Le méso-côlon pelvien a subi de très profondes modifications ; tandis que le segment intestinal est augmenté de volume, le méso, lui, est diminué et réduit à une langue de tissu comprise entre les deux branches coliques. Ce tissu est fortement épaissi ; il a perdu son aspect habituel, il n'a pas la coloration du péritoine voisin et on n'y distingue pas par transparence les ramifications vasculaires que l'on voit nettement dans le mésentère par exemple. Le méso est blanchâtre, il paraît formé par de forts faisceaux plus ou moins saillants sur les deux faces et rayonnant depuis le bord mésentérique de l'anse intestinale jusqu'au point d'attache du méso. Ce tissu est dur, très résistant, de consistance fibreuse. Il est indiscutable que ces modifications sont le fruit d'un travail de sclérose déjà ancien et non d'un processus actuel consécutif aux phénomènes d'étranglement.

Cette lésion représente dans sa plus grande netteté la *mésosigmoïdite rétractile* des auteurs allemands décrite pour la première fois par Virchow. Depuis on s'en est beaucoup occupé et parmi les études les plus importantes il faut citer celles de Leichtenstein et Curshmann, Riedel, Hansemann et Graser, Braün, Obalinski, von Manteuffel. Elle joue le plus grand rôle dans le mécanisme de torsion parce qu'elle amincit le pied de l'anse.

3° *Les lésions de l'anse tordue.* — Elles sont des plus nettes : congestion intense avec hémorragies sous-péritonéales, péritoine dépoli par endroits, appendices épiploïques œdématiés, très volumineux. Enfin, la paroi de l'intestin est anormalement épaissie. Nous n'avons pas trouvé de diverticules.

A notre grand regret nous n'avons pu pratiquer l'examen microscopique : seul celui-ci aurait pu faire la part bien imprécise des lésions récentes communes à tous les segments intestinaux étranglés et celle de lésions anciennes de sigmoïdite probables mais impossibles à apprécier macroscopiquement.

4° Il nous reste à étudier le mécanisme particulier de la torsion. Nous en avons eu une compréhension nette en synthétisant les différentes constatations faites à l'opération et à l'amphithéâtre. La torsion s'est faite de gauche à droite dans le sens normal des aiguilles d'une montre, c'est le type rectum en arrière de Potain. Or, cette torsion a été environ de 360 degrés ; l'anse a décrit un tour complet, c'est pourquoi l'occlusion a été d'emblée très serrée ce qui explique les accidents et les lésions à évolution rapide. Cette torsion complète réalise, en effet, l'occlusion des deux branches de l'anse transformant celle-ci en un ballon dont la tension intérieure est différente de celle du reste de l'abdomen.

La torsion réalise aussi l'occlusion plus ou moins complète des vaisseaux qui traversent le mésocôlon pour aller irriguer le côlon pelvien.

Quelques conclusions ressortent de cette observation, et malgré l'intérêt qu'il y aurait à les commenter nous nous bornerons à les énoncer en les faisant suivre de quelques brèves considérations.

A. Au point de vue anatomo-pathologique la pièce extirpée est absolument typique : elle réunit les éléments qui ont été mis en valeur ces dernières années et qui expliquent clairement le mécanisme de production.

Il ressort, en effet, des derniers travaux que les conditions anatomiques sont : longueur et mobilité de l'anse, mésosigmoïdite rétractile. Ils réalisent en quelque sorte un système en équilibre instable ; une anse longue et très mobile va reposer sur un pied étroit ; à la moindre occasion ce pied va devenir un axe de rotation. L'occasion qui rompt l'équilibre du système c'est l'accumulation des matières fécales dans une ou l'autre des branches de l'anse.

B. Cliniquement, il n'est pas sans intérêt de considérer que le diagnostic a pu être porté avant l'intervention. Le signe de Laugier trop schématique

n'a pas la valeur qu'on lui attribuait autrefois. Le signe de von Wahls serait plus fidèle d'après les auteurs allemands, mais en général il manque. La raison en est simple; il faudrait pour le constater pratiquer l'examen très peu de temps après la production de l'iléus à un moment où les accidents n'ont souvent pas encore éclaté et où le malade ne se doute nullement, à la bénignité des symptômes qu'il présente, de la terrible gravité de son mal.

Cependant c'est dans l'occlusion par volvulus de l'anse ilio-pelvienne que ce signe a le plus de valeur (Langenbeck). Ceci s'explique par la formation dans l'abdomen d'une anse close très volumineuse.

Le signe de von Wahls prend alors le type du « ballon-symptom » de Kiwull; l'anse iliaque météorisée se dessine en relief sous la paroi abdominale; par sa tension spéciale elle peut être sentie à la palpation ou au toucher rectal, et enfin elle donne à la percussion un son d'une tonalité différente de celle du reste de l'abdomen. Nous avons très nettement perçu ce signe et nous croyons fermement que l'examen attentif et méthodique doit permettre de l'observer dans presque tous les cas, exception faite bien entendu pour les malades que le chirurgien voit trop tard et à un moment où la distension énorme des anses grêles masque toutes les autres sensations.

Il faut ajouter que la connaissance de l'âge du malade et de ses antécédents est d'un secours précieux pour le diagnostic. Les hommes sont surtout atteints au voisinage de la quarantaine et on retrouve toujours chez eux la constipation chronique.

C. Il nous reste à justifier le traitement employé. Trois méthodes sont en présence :

a. Opération palliative commune à tous les modes d'occlusion des côlons : anus iliaque;
b. Détorsion du volvulus avec colopexies;
c. Résection de l'S iliaque.

Il existe d'autres opérations (exclusions et entéro-anastomoses) qui sont moins importantes et réservées à des indications spéciales.

Or, de ces trois méthodes, l'anus iliaque tend à être moins employé à mesure que la chirurgie progresse; c'est l'opération des cas où l'état général est trop mauvais. Quand le malade n'est pas susceptible de faire les frais d'une opération aussi sérieuse que la laparotomie pour occlusion, une boutonnière iliaque sous anesthésie locale avec entérotomie représente le minimum de choc que l'on puisse faire subir.

La détorsion suivie de fixation est théoriquement l'opération idéale. Pratiquement on peut lui reprocher d'être souvent inefficace; la fixation correcte de l'anse pelvienne très volumineuse est difficile à réaliser et on peut noter des récidives (Lecène, Obalinski).

La tendance actuelle est aux opérations radicales. Préconisée par von Eiselsberg pour les cas où la détorsion est impossible et pour les cas de lésions avancées de l'anse, l'entérectomie voit ses indications chaque jour étendues. Pratiquée en un temps ou en deux temps elle est la véritable opération curatrice : l'article de Lecène, la thèse de Mazet (de Lyon) [1912] sont d'éloquents plaidoyers. Mais elle nécessite un malade en bon état général.

Dans notre cas, la présence de lésions commençantes sur l'intestin était un argument en faveur de l'entérectomie, mais l'état général du malade, son cœur déjà très intoxiqué (pouls rapide et arythmique) ne permettaient pas de la réaliser. Pendant l'intervention, après avoir surmonté des difficultés considérables et pratiqué l'éviscération totale, devant un malade déclinant d'instant en instant, il fallut se borner à la détorsion simple : manœuvre d'ailleurs suivie d'un certain résultat immédiat comme le montre la production immédiate d'une selle abondante.

Le décès est dû, selon toute probabilité, à l'action des toxines parties de l'intestin. Cette observation opposée aux bons résultats signalés par nombre de chirurgiens, Lecène, Mazet en particulier, est une preuve malheureusement trop fréquente de la nécessité des interventions précoces. Le chirurgien n'a de chances de succès que s'il intervient sur un sujet résistant et non profondément intoxiqué.

LA NÉVROSE OBSIDIONALE

Par M. J. LAUMONIER.

Tarde, l'un des premiers, je crois, a montré la formation, sous l'influence de la facilité croissante des communications, de la rapidité de transmission des nouvelles, d'un public virtuel, façonné et animé par des excitations identiques, ou presque, et fournissant en conséquence des réactions similaires. Bien avant lui, quoique avec une précision moindre et plus d'intuition que d'arguments, des philosophes et des historiens, Machiavel, Bodin, Herder, Michelet, avaient pressenti l'existence de l' « âme populaire », sorte de résonance commune à des individus évoluant dans le même milieu et sous les mêmes conditions.

Depuis, maints auteurs se sont attachés à préciser cette notion. L' « esprit de la ruche » n'est qu'une invention poétique de M. Mæterlinck, mais l' « âme de la race » commence à pouvoir être étudiée et analysée à travers ses manifestations et ses élans, religieux, politiques, artistiques, dont les forces motrices sont des sentiments sans relations immédiates avec les besoins primaires des individus. Bien plus, c'est à l'action de cette âme collective que l'on tend maintenant à attribuer le façonnement de l'âme de chacun de nous, même dans ce qu'elle a, en apparence, de plus personnel. Déjà Dallemagne et M. Pierre Janet ont considéré les névroses et les psychonévroses comme des désadaptations plus ou moins marquées aux habitudes et aux rites de la vie sociale. M. Lévy-Bruhl, dans son remarquable ouvrage, *Fonctions mentales dans les sociétés inférieures*, montre que l'on ne saurait expliquer par l'individu tout seul, pris comme unité indépendante, sa conscience et sa logique, et qu'il faut nécessairement faire intervenir les représentations et les obligations collectives. Enfin, tout dernièrement, le docteur G. Blondel a établi que la conscience normale, celle des gens sains, utilise, pour se connaître et se communiquer à autrui, les éléments divers que la collectivité lui fournit, et refoule dans le subconscient ce que ses états ont de proprement individuels, tandis que la conscience morbide au contraire, celle des psychopathes, est incapable de réaliser ce refoulement, de se plier aux exigences de la logique collective et, dès lors, est forcée de s'extérioriser en manifestations déconcertantes, parce qu'issues du fond personnel, et à cause de cela jugées

par le « sens commun » incompréhensibles et maladives.

L'âme collective est, comme l'autre, variable; dans son ensemble, elle se modifie lentement, mais elle a le privilège de subir des altérations momentanées et locales quand se constituent ces associations humaines surajoutées à l'agrégat social qu'on désigne sous le nom de foules. Il semble que dans les foules, ainsi que l'ont indiqué M. G. Le Bon et M. Sighele, des âmes se mettent plus facilement et comme d'elles-mêmes à l'unisson, peut-être en raison du consensus antérieur qui les a portées à se réunir, qu'elles vibrent davantage et que, par suite, elles soient plus sensibles aux événements, c'est-à-dire aux émotions qu'ils provoquent. Aussi voit-on, quand ces émotions sont très fortes, sous l'influence de la peur notamment, la mentalité collective se troubler et dévier et obéir à des impulsions soudaines et irrésistibles, souvent criminelles, qui prennent l'aspect d'une folie collective. C'est à l'étude d'une de ces mentalités collectives extemporanées et locales, altérée par les circonstances, que le docteur Lucien Nass vient de consacrer son nouveau livre, *Le Siège de Paris et la Commune*. Guidé par cet auteur érudit et consciencieux, nous allons indiquer, aussi brièvement que possible, la genèse et les éléments de ce qu'il appelle la « mentalité et la névrose obsidionales » (1).

La mentalité obsidionale, comme son nom l'indique, est celle qui se constitue dans une population assiégée, on va voir sous quelles influences.

Le siège d'une ville est la conséquence d'événements déjà émotionnants et déprimants par eux-mêmes, la défaite des armées nationales, la surprise, etc., et son résultat rapide est l'isolement. Or, l'isolement conduit une population affectée par la défaite à l'attente anxieuse. En effet, on ne sait pas toujours exactement ce qui se passe à l'intérieur de la place; les moindres faits sont sans doute immédiatement colportés, commentés, mais en même temps amplifiés ou déformés; les uns les exagèrent, les autres les atténuent. Où est la vérité? En outre, et surtout, les nouvelles de l'extérieur cessent d'arriver. Est-on vainqueur, ou vaincu? Organise-t-on des armées de secours? Réussira-t-on à débloquer la ville? Les renseignements sont contradictoires; à mesure que les jours passent, l'incertitude augmente, l'angoisse grandit, d'autant que toutes les tentatives de sortie sont suivies d'échec. Et puis que deviennent les parents, les amis, restés en province? Comment les nerfs, vibrants à toutes ces tristes préoccupations, ne s'épuiseraient-ils pas à la longue?

A le faire, d'ailleurs, ils ont encore d'autres raisons. D'abord, les circonstances mêmes du siège, changements d'habitudes, service armé, vue des morts et des blessés, bruits du bombardement, risques personnels, etc. Cet état de choses nouveau peut momentanément distraire l'esprit; le défilé des bataillons, les chants guerriers, les proclamations exaltent le courage, mais pour peu de temps quand un événement heureux ne vient pas lui servir de support. D'autres soucis d'ailleurs ne tardent pas à aggraver la situation. Ceux-ci ont une source physique. Il suffira de les énumérer.

Pour l'homme, non entraîné au service militaire, fatigue et tension nerveuse des exercices, des gardes, des marches et des combats; pour la femme, longues stations épuisantes, par les temps les plus rigoureux, aux portes des boulangeries, des boucheries, des épiceries; pour tous, diminution de la ration alimentaire, qui devient parallèlement moins alibile, insuffisance du logement, du chauffage, de l'éloignement des matières usées; comme compensation, une consommation énorme d'alcool : c'est la seule denrée qui ne manque pas (2), et c'est la plus dangereuse, car sur ces cerveaux surmenés et épuisés elle a tous ses effets toxiques. Naturellement, le retentissement de ces mauvaises conditions physiques se grossit de la dépression psychique. Misère physiologique, attente anxieuse et faiblesse irritable ne sauraient s'atténuer respectivement et la morbidité individuelle s'exprime, dans l'âme de la foule, par la psychonévrose.

Ici, une remarque. Dans cette évolution mentale de la population parisienne assiégée, dont nous suivons les étapes d'après L. Nass, l'orientation est fatale; le mal se nourrit lui-même, en milieu clos, par des préoccupations et des hantises qui tournent toujours dans le même cercle, qu'entretiennent et que fixent les mauvaises nouvelles survenant coup sur coup. Si toutes les catégories sociales n'ont pas été également impressionnées, il semble qu'aucune n'ait échappé complètement à l'ambiance morale. Dès le début, gouvernement et commandement furent eux aussi affolés et débordés; on en trouve la preuve, bien soulignée par L. Nass, dans les mesures peureuses et ridicules dont ils prirent l'initiative et dans la phraséologie grandiloquente, sentimentale et déprimante, des proclamations qu'ils adressèrent, avec une fréquence insolite, aux Parisiens assiégés. Il n'en est pas heureusement toujours ainsi; la mentalité obsidionale varie avec les circonstances et est loin d'aboutir nécessairement à l'état morbide, à la névrose collective. C'est la force d'âme des chefs qui, le plus souvent, la garantit contre cette éventualité; elle suffit à limiter la folie « simultanée » dont parle le professeur Régis et à enrayer la contagion mentale. Je ne citerai comme exemple que le siège de Gênes, en 1800. La ville était bloquée par terre et par mer, la population hostile aux Français, l'approvisionnement médiocre; mais la garnison se composait de vieux soldats habitués aux surprises de la guerre et elle avait à sa tête un homme d'énergie et de volonté; tous eurent à subir d'inimaginables privations. Cependant, décimés par la famine et le typhus, Génois et soldats ne donnèrent aucune prise à la névrose collective, et, bien que forcé de capituler, Masséna continua jusqu'au bout d'inspirer aux premiers le respect, aux seconds la confiance (1). Cet exemple comporte une leçon réconfortante dont gouvernement et population devront tirer parti si des circonstances malheureuses ouvraient encore à l'ennemi, à travers nos armées vaincues, les routes de la capitale.

Revenons à la mentalité obsidionale. Nous l'avons vu, à mesure que le siège, que l'isolement se prolonge, que l'ennui se fait plus complet, que l'incertitude, l'inquiétude, les privations, les maladies augmentent, les symptômes s'aggravent. Dans les cerveaux troubles, épuisés par l'attente anxieuse, devenus faibles et irritables, peureux et emportés, certaines idées se fixent, des obsessions et des phobies naissent, des impulsions violentes se font jour, d'abord chez quelques-uns, les prédisposés, en lesquels l'évolution morbide accomplit plus vite son cycle, puis, peu à peu, grâce aux réunions publiques, aux cortèges, aux manifestations, aux journaux, chez d'autres, les plus déprimés, les plus miséreux, les plus émotifs, contagionnés à leur tour par les premiers. La faiblesse et sa suivante la peur sont mauvaises conseillères, elles ne raisonnent pas. La défiance est universelle; on voit des traîtres et des espions partout; à des sentiments violents, il faut des explications simplistes : on ne serait pas sans cesse battu si les généraux et les curés n'étaient pas vendus aux Prussiens. Et le gouvernement? Il trompe et opprime aussi le peuple. Plus de chefs, de généraux, ni de curés, l'insurrection, puis la ruée, hors des remparts, vers la victoire ou la mort. C'est l'ébauche et le prélude des événements de mars. Enfin, voici les fausses nouvelles : rien de plus énervant; aujourd'hui l'ivresse du triomphe et demain la certitude plus amère de la défaite. D'où viennent-elles? Qui les fabrique? On ne sait pas, on ne sait jamais... Alors, quand, après l'armistice, arrive la grande désillusion, que les

(1) *Névrose* est peut-être une expression inexacte; néanmoins, je la garde sans la discuter puisqu'elle a été acceptée par l'auteur.

(2) Cf. Nass, Op. cit., p. 122 et suiv.

(1) *Mémoires du général baron de Marbot*, t. I, p. 96 et suiv.

approvisionnements restent rares, que le démembrement s'annonce, que l'injustice envers les « héroïques défenseurs de Paris » s'affirme, la névrose obsidionale atteint son acmé et jette toute une population, au surplus affolée d'alcool, au délire des persécutés-persécuteurs qui réalisent les suggestions reçues, se donnent une mission et croient la remplir en assassinant les otages et en allumant, aux quatre coins de la ville, les incendies tragiques... C'est fini. La névrose désormais cesse, moins par l'effet d'une dure répression que par la disparition d'une mentalité collective particulière dont elle n'exprimait que la déviation morbide.

On m'excusera d'avoir, dans un journal de médecine, évoqué ces tristes événements (1), mais L. Nass a montré, et il faut l'en louer, qu'ils s'éclairent à la lumière des données récentes de la psychopathologie et apportent ainsi une contribution appréciable à la connaissance de l'âme des foules et à l'interprétation scientifique de l'histoire. C'est pourquoi j'ai pensé que les lecteurs s'intéresseraient à la description, même sommaire, d'une névrose collective dont le siège de Paris et la Commune ont fourni à un savant l'occasion d'indiquer les origines et les caractères.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 14 AVRIL 1914)

Le kala-azar méditerranéen. — M. A. LAVERAN apporte de nouveaux faits tendant à démontrer que le kala-azar méditerranéen doit être identifié au kala-azar indien.

Analyse quantitative gravimétrique de l'urée. — M. R. FOSSE.

De la répartition rationnelle des repas chez l'homme dans le cycle nycthéméral. — M. J. BERGONIÉ (2). Lorsqu'on a tracé la courbe de variation de la dépense énergétique pendant le cycle nycthéméral d'un sujet déterminé, de vie régulière et à la ration d'entretien, on peut essayer de rechercher la meilleure répartition de ses repas et leur importance (nombre de calories des aliments absorbés) pour faire correspondre les disponibilités d'énergie à la demande au même instant.

Voici la répartition que propose M. Bergonié : les heures qui conviennent le moins bien aux repas importants sont, d'une part, douze et treize heures, et dix-neuf et vingt heures.

L'heure la meilleure pour le principal repas est sept heures trente du matin. Le repas en question devra fournir, non seulement l'énergie des quatre à cinq heures suivantes, mais encore le complément que le foie, vidé par l'abstinence nocturne, doit emmaganiser.

Un autre petit repas sera bien placé vers seize heures trente (thé).

Enfin, un troisième repas, moyen, vers vingt heures (dîner), complétera la ration alimentaire du sujet et sera réparti, grâce au foie, entre toutes les heures nocturnes de jeûne.

La fonction glycogénique du foie, ce volant d'énergie, agit, en effet, comme une batterie d'accumulateurs, et rend aidé des muscles, au moment du repos digestif, l'énergie emmagasinée au moment des disponibilités en excès.

Expérimentalement, les repas ont été distribués, d'après les idées de M. Bergonié, dans une famille depuis plus de six années. Les résultats, au point de vue de la santé générale, ont été des plus satisfaisants.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 21 AVRIL 1914)

La réaction de Wassermann chez les tuberculeux pulmonaires. — M. LETULLE a lu sur ce sujet un travail fait en collaboration avec MM. Bergeron et Lépine. Les auteurs ont recherché la réaction de Wassermann chez 346 tuberculeux; elle fut franchement positive dans 64 cas, douteuse dans 8 cas, négative chez les autres malades, ce qui donne une proportion d'à peu près 20 p. 100. Sur les 64 cas positifs, 10 malades seulement savaient être atteints de syphilis.

Au point de vue du retentissement sur les lésions tuberculeuses, il semble que celles-ci aient été plus généralisées chez les malades à Wassermann positif. D'autre part les lésions bacillaires ne paraissent pas évoluer chez eux vers la sclérose de façon particulière. Par contre l'aortite était notablement plus fréquente chez les tuberculeux à Wassermann positif.

Les éosinophiles dans le cancer de l'utérus. — M. SIREDEY a observé dans plus du tiers des cas de cancer utérin cervical, qu'il a examinés histologiquement, une masse de cellules éosinophiles bordant les lésions cancéreuses et empiétant légèrement sur elles. Il s'agit là selon M. Siredey d'une réaction de défense antitoxique.

La valeur séméiologique de la fausse ascite et du clapotage abdominal pour le diagnostic de l'occlusion intestinale. — M. Albert MATHIEU, s'appuyant sur 8 cas inédits, insiste à nouveau sur la valeur séméiologique du syndrome fausse ascite et clapotage abdominal pour le diagnostic de l'occlusion intestinale.

Ce signe consiste dans l'existence d'une matité déclive analogue à celle de l'ascite qui se déplace suivant les positions du malade; mais on constate en même temps, par la succussion hippocratique, et même quelquefois par la simple succussion digitale, un bruit de clapotage abdominal étendu et caractéristique. C'est en somme, pour l'intestin grêle, l'analogue de ce qui se passe pour l'estomac, lorsqu'il existe une sténose pylorique incomplète et que, au cours de crises douloureuses, on voit se produire en même temps des contractions péristaltiques visibles, un vaste bruit de flot et souvent des vomissements abondants d'un liquide dans lequel l'hypersécrétion a une part beaucoup plus grande que la stase.

A ce syndrome correspond une image radioscopique particulière bien étudiée en particulier par Béclère. Elle montre juxtaposées des anses à demi remplies de liquide et des anses distendues par des gaz.

Le syndrome fausse ascite et clapotage abdominal étendu se montre surtout dans les cas d'occlusion lente, progressive, paroxystique, par sténose incomplète de la partie inférieure de l'iléon. Il peut se produire aussi au cours d'une sténose du côlon lorsque la valvule iléo-cæcale se trouve forcée. On peut alors parfois, soit directement, soit par l'examen radioscopique, reconnaître que le rétrécissement siège en aval du cæcum. Plus rarement, semble-t-il, il apparaît au cours d'une occlusion aiguë.

En somme, la recherche de la fausse ascite et du clapotage abdominal doit être faite systématiquement dans tous les cas d'occlusion lente de l'intestin, surtout au moment des crises paroxystiques.

Expériences sur le traitement de l'asthme par les injections intratrachéo-bronchiques. — M. BOURGEOIS a exposé qu'Ephraïm (de Breslau) a imaginé en 1910 le traitement endo-bronchique de l'asthme par des pulvérisations locales

(1) Cf. dans la *Gazette des hôpitaux* du 24 février 1914 le très bel article du docteur Gaullieur L'Hardy sur la « Psychologie du combat », où est traitée une question fort importante de psychologie collective.

(2) Note présentée à la séance du 30 mars.

de solution de novocaïne-adrénaline. Cette technique est délicate et pénible à supporter. M. Bourgeois a eu recours aux injections intratrachéales, mieux supportées, et c'est encore la novocaïne-adrénaline qui lui a donné les meilleurs résultats.

Erratum. — N° 45, page 730. Dans la communication de M. Bertrand à l'Académie de médecine, sur diverses applications thérapeutiques de l'émétine et de l'ipéca, nous avons écrit :

« Deux cas d'abcès du foie : l'un simplement incisé où, malgré l'émétine, la suppuration n'est tarie qu'après trois mois ; l'autre, ouvert chirurgicalement puis en communication avec les bronches, où l'émétine, à des doses quotidiennes qui ont atteint 98 centigrammes, n'empêche pas le sujet de succomber avec des lésions de dégénérescence cardiaque... »

Il faut lire *huit* centigrammes.

ANALYSES

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Ulcération de la carotide dans un cas d'otite tuberculeuse avec carie du rocher. (LANNOIS et Robert RENDU (de Lyon). *Revue hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 6 déc. 1913.) — Le malade fait une otite moyenne suppurée gauche à l'âge de trente-sept ans. Quelques mois plus tard un confrère pratique l'évidement pétro-mastoïdien, mais la carie osseuse poursuit son évolution. Quinze mois après le début de l'affection auriculaire, l'examen montre une suppuration abondante et fétide s'écoulant par le conduit et par une fistule mastoïdienne. Le labyrinthe ne réagit plus aux épreuves. Le malade avait eu auparavant des crises vertigineuses très pénibles. Il se plaint actuellement d'une douleur osseuse continue, un peu sourde, dans toute la moitié gauche de la tête. Toute intervention est différée à cause de l'état pulmonaire et cachectique du malade qui, peu de jours après son entrée, fait une double phlébite des membres inférieurs.

Un mois après, sans aucun prodrome, hémorragie par l'oreille, puis par le nez et la bouche, à la suite d'un tamponnement serré dans le conduit; la pression carotidienne cervicale se montre insuffisante. L'hémorragie s'arrête après la perte d'un litre et demi de sang. Nouvelle otorragie, douze jours après (un litre de sang). Puis quatre otorragies successives à vingt-quatre heures de distance, chacune d'une demi-tasse environ.

L'autopsie montra une ulcération du coude carotidien sur 2 à 3 millimètres de diamètre dont les bords étaient épaissis, mamelonnés, comme bourgeonnants. Carie étendue du rocher. Le facial intrapétreux baigne dans le pus. (Il y avait eu une paralysie du facial qui spontanément s'était amendée en partie). Pas d'abcès sous-dural ni encéphalique.

Les hémorragies de la carotide interne sont rares, une cinquantaine de faits en ont été publiés. Le plus souvent la tuberculose auriculaire est en cause, c'est ici le cas. L'ulcération vasculaire est attribuée par les uns aux frottements répétés des parois artérielles contre les séquestres, par les autres à l'action destructive du pus sur les tuniques artérielles. Ces deux pathogénies ne s'excluent d'ailleurs pas et on peut y ajouter l'infiltration des tuniques vasculaires par des nodules tuberculeux. Les anastomoses du polygone de Willis rendent impuissante la ligature de la carotide interne ou de la carotide primitive. La mort est presque la règle; elle est survenue dans plus de 80 p. 100 des cas.

J. FOURNIÉ.

Résection sous-cutanéo-muqueuse partielle de l'aile du nez dans les cas d'atrésie du vestibule ou d'aspiration des ailes. (LAFITE-DUPONT (de Bordeaux). *Revue hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 27 déc. 1913.) — La malformation de la paroi externe du vestibule peut provoquer l'insuffisance de la respiration nasale par un double mécanisme. Ou bien il y a aspiration des ailes du nez par suite de l'atrophie des cartilages du nez; ou bien l'air inspiré vient buter sur le bord inférieur du cartilage latéral qui fait saillie dans le vestibule, parallèlement à la cloison, faute de pouvoir s'articuler avec le cartilage de l'aile, inexistant ou très atrophié.

Dans ce dernier cas, une incision le long de l'arête cartilagineuse permet, par la rugination, de libérer et de réséquer à la pince 5 à 6 millimètres du cartilage proéminent. Dans le cas d'atrophie générale, on enlève, au niveau de la région qui correspond extérieurement au pli naso-labial, un îlot lenticulaire comprenant la muqueuse, le tissu cellulaire, la couche fibreuse, en ménageant la couche des vaisseaux et des muscles de la peau. La suture doit prendre toutes ces couches jusqu'à la peau exclusivement.

Le procédé est ingénieux, mais délicat d'exécution. L'aile du nez est ramenée en haut et un peu en dehors. Cette modification légère de la physionomie ne compromettrait en rien l'esthétique du visage et les bons résultats que l'auteur a obtenus de cette petite opération en seront les meilleurs vulgarisateurs.

J. FOURNIÉ.

Un procédé de redressement de la crête du nez. (LAFITE-DUPONT (de Bordeaux). *Revue hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 24 janv. 1914.) — Si l'auteur ne craint pas de modifier la physionomie de ses malades dans un but utilitaire, il s'applique par contre à corriger du même coup certaines défectuosités extérieures qui peuvent accompagner la perméabilité insuffisante des fosses nasales.

Le dos du nez est parfois dévié parce que l'insertion du cartilage de la cloison sur les os propres se fait en dehors de la ligne médiane. Ce cartilage présente souvent alors une déviation en S dont la saillie antéro-inférieure vient former une crête vestibulaire au niveau de la sous-cloison membraneuse.

Dans un premier temps, résection sous-muqueuse de la cloison pratiquée du côté où la saillie est profonde. Il reste un lambeau cartilagineux quadrilataire et vertical qui soutient le dos du nez. Dans le second temps, qui est le temps original, libération supérieure des attaches osseuses de ce cadre cartilagineux avec un bistouri coudé, redressement et enfin fixation sur la lame perpendiculaire de l'ethmoïde ou sur les os propres du nez par un ou deux petits coups de maillet au moyen d'une aiguille en or légèrement aplatie qui embroche par deux fois et verticalement, à partir de la sous-cloison, le lambeau cartilagineux.

Dix jours après l'aiguille est enlevée, et le miroir du malade, j'allais dire de la malade, lui fait goûter davantage le bien-être d'une bonne respiration.

J. FOURNIÉ.

La trépanation décompressive dans les affections endocraniennes provoquées par une hypertension du liquide céphalo-rachidien. (Professeur H. DE STELLA (de Gand). *Le larynx, l'oreille et le nez*, déc. 1913.) — Ponction lombaire et trépanation cranienne se partagent le mérite de faire disparaître certains troubles d'hypertension céphalo-rachidienne. La ponction lombaire, surtout pratiquée en tant qu'élément diagnostic, n'en doit pas pour cela voir diminuer sa valeur d'acte thérapeutique, parfois palliatif, souvent curateur. L'auteur nous cite des guérisons rapides très impressionnantes. Méningite cérébro-spinale (analyse cytologique) guérie par trois ponctions lombaires de 50 centimètres cubes. Ce fait nous paraît à retenir pour les cas où on n'aurait pas sous la main de sérum antiméningococcique. Puis deux cas de méningites séreuses toxiques, l'une grippale avec coma depuis plusieurs heures (une ponction de 50 centimètres cubes), l'autre d'origine parotidienne (deux ponctions de 25 et 30 centimètres cubes). Enfin, deux cas d'hypertension séreuse hémorragique après fracture du rocher (chute, coma, paralysie

faciale) chez un adulte (trois ponctions de 25 centimètres cubes) et un enfant de onze mois (deux ponctions lombaires à douze heures d'intervalle).

La trépanation décompressive qui a été préconisée en France par Lucas-Championnière, en Allemagne par Krause peut donner des résurrections aussi brillantes. Parfois palliative dans l'épilepsie essentielle, c'est surtout contre la céphalée insupportable des tumeurs cérébrales que ses effets sont d'une efficacité prestigieuse. Contre toute attente même et malgré ce que vient de dire l'auteur, nous voyons la trépanation décompressive avoir un rôle curateur dans plusieurs cas de tumeurs cérébrales : c'est que l'opérateur a dû modifier le diagnostic devant une méningite séreuse circonscrite formant une sorte de kyste séreux hypertendu. Dans ces cas on a de véritables succès opératoires. Il en est de même dans les vertiges avec céphalée profonde qui résistent à toute médication et dont on a écarté une causalité hystérique, neurasthénique ou syphilitique. Ils relèvent d'une simple hypertension et la craniectomie se fera dans le voisinage des douleurs maxima. L'auteur rejette l'hémicraniectomie temporaire. Il estime de toute nécessité d'enlever définitivement un segment osseux plus ou moins grand, suivi d'incision dure-mérienne, pour avoir une décompression continue et durable.

J. FOURNIÉ.

Adénites tuberculeuses prélaryngées. (G. LIÉBAULT (de Bordeaux), aide de clinique oto-rhino-laryngologique, *Revue hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 3 janv. 1914.) — L'auteur rapporte trois cas d'adénite tuberculeuse prélaryngée : le premier avec légère hyperhémie des aryténoïdes et des cordes; le deuxième avec infiltration ventriculaire et tumeur ulcérée dans la région sus-glottique gauche, s'accompagnant de cornage qui nécessita la trachéotomie; le troisième avec larynx normal. Dans le premier cas, une infiltration assez dure, indolore, recouvrant tout le cartilage thyroïde, fut étiquetée périchondrite thyroïdienne tuberculeuse. Son développement suivi d'ouverture chirurgicale montra des masses caséeuses évidemment ganglionnaires. Dans le deuxième cas, malgré le résultat épithéliomateux d'une biopsie laryngée, l'examen histologique d'une tuméfaction ultérieure préthyroïdienne mollasse, qui se fistulisa et fut curettée, révéla une adénite bacillaire. Dans la troisième observation, seule une tumeur un peu diffuse, du volume d'une mandarine, recouvre les cartilages thyroïde et cricoïde, renfermant un peu de pus jaunâtre et mal lié. Guérison complète en un mois et demi sans laisser de trace par des évacuations successives du contenu suivies ou non d'injections de thymol camphré (un demi-centimètre cube).

L'adénopathie tuberculeuse prélaryngée est assez rare et peu d'observations cliniques en ont été publiées. Ses relations avec la tuberculose du larynx constituent un point intéressant. Most, sur 27 ganglions prélaryngés de phtisiques, en a trouvé 17 caséifiés. Le diagnostic en est relativement facile et souvent il suffira d'y penser pour l'affirmer ; il aidera même dans certains cas à poser celui de tuberculose laryngée devant des lésions intralaryngées de caractère douteux.

La conclusion thérapeutique de l'auteur est qu'il faut essayer d'abord le traitement médical, l'esthétique du malade ne pouvant qu'y gagner. Après évacuation du liquide purulent, injections répétées d'un demi à un centimètre cube de thymol camphré suivant la formule de Ménard (de Berck) (thymol, 100; camphre, 200). La première ou les premières injections sont suivies le lendemain d'une réaction inflammatoire et légèrement thermique. Au bout d'un temps plus ou moins long, il ne reste plus qu'un noyau scléreux qui diminue et disparaît spontanément.

J. FOURNIÉ.

Quelques essais d'application d'héliothérapie locale au traitement de la tuberculose laryngée. (Em. SARI (de Nice). *Revue hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 10 janv. 1914.) — L'héliothérapie est à l'ordre du jour; aussi rien d'étonnant à ce que les laryngologistes réclament « leur place au soleil ». Le docteur Sari, reprenant les études de Collet (1905) et d'autres spécialistes, nous apporte son expérience à ce sujet. Il préfère la laryngoscopie, je dirais professionnelle, à l'autolaryngoscopie, souvent imparfaite. Cela va de soi, mais c'est une méthode bien difficile à réaliser pratiquement. Heureux ceux qui pourront laisser leurs occupations pendant quelques mois pour aller apprécier les bienfaits d'une installation ad hoc.

Les séances sont de vingt à trente minutes, matin et soir ou seulement quotidiennes, dans une région éloignée des villes, région d'altitude ou région méridionale, dont la luminosité est également riche en rayons chimiques. Ce qui frappe dans toutes les observations rapportées par l'auteur, c'est l'action presque immédiate des rayons solaires sur les troubles subjectifs et fonctionnels. Les picotements laryngés, les sensations douloureuses, la dysphagie, la dyspnée s'amendent dès les premières séances. Les lésions laryngées s'atténuent ensuite et certaines d'entre elles guérissent complètement.

L'auteur rapporte trois cas de laryngite congestive avec guérison totale dans l'espace d'un à trois mois bien que les lésions pulmonaires continuent leur évolution, puis quatre observations de tuberculose laryngée à la seconde période. Ici l'action modificatrice des lésions se marque seulement au bout du premier mois : l'infiltration diminue, les cordes prennent un aspect moins dépoli, les ulcérations s'améliorent et souvent se cicatrisent; une fongosité tuberculeuse s'élimine spontanément sans laisser aucune trace. Trois mois au moins de traitement régulier sont nécessaires pour obtenir ces résultats. Les trois dernières observations concernent la période ultime; elles prouvent qu'on peut, même à ce stade, avoir une légère atténuation de la douleur avec une diminution appréciable de l'intensité des accidents.

L'héliothérapie laryngée se montre donc, conclut l'auteur, analgésiante, décongestionnante, bactéricide et sclérogène.

J. FOURNIÉ.

Paralysie otique du moteur oculaire externe associée à l'atteinte du trijumeau. (A. GIGNOUX (de Lyon). *Revue hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 7 fév. 1914.) — La paralysie du moteur oculaire externe, au cours d'une otite moyenne aiguë (syndrome de Gradenigo) est rattachée par les uns à un trouble d'ordre réflexe, par les autres, dont Gradenigo, à la propagation du foyer infectieux vers les organes intracraniens (névrite inflammatoire ou toxique, surtout lésion osseuse, méningée ou sinusienne). Cette seconde théorie est de plus en plus en faveur. En réalité, chaque théorie a peut-être sa part de vérité.

Dans l'observation rapportée par l'auteur, une double otite aiguë, suite de rougeole chez un enfant de neuf ans, s'accompagne dès le début d'une vive réaction méningée. Ces phénomènes s'amendent les jours suivants, mais surviennent des douleurs très violentes, à caractère névralgique, dans la région fronto-pariétale gauche, suivies de paralysie du moteur oculaire externe puis d'hypoesthésie dans la région sous-orbitaire gauche. Tout rentre dans l'ordre assez promptement.

Cette lésion simultanée des deux paires craniennes (cinquième et sixième) est assez rare au cours des otites. Baldenweck en a réuni plusieurs cas dans sa thèse et incrimine des lésions osseuses de la pointe du rocher (autopsie), d'où pronostic réservé et indication opératoire. L'observation précédente montre cependant que ce syndrome peut être attribué à des lésions méningées et comporter un pronostic favorable. Sans doute toute méningite, même circonscrite, est susceptible de se diffuser en leptoméningite mortelle; aussi, bien que ces cas tournent court en général, est-il bon de ne pas se montrer trop optimiste et d'être toujours prêt à intervenir.

J. FOURNIÉ.

PRATIQUE MÉDICALE

INDICATION DE LA THÉOBROMINE A DOSES MASSIVES

Dans certaines circonstances cliniques bien déterminées, la théobromine ne réussit qu'employée à doses massives et joue alors le rôle d'un remède héroïque, seul capable de conjurer les accidents mortels. En voici un exemple :

Un homme d'une soixantaine d'années, depuis longtemps artérioscléreux, ayant déjà souffert à diverses reprises d'attaques de dyspnée toxi-alimentaire, est pris assez rapidement d'une suffocation intense et progressive avec orthopnée. A l'examen, œdème mou accentué remontant jusqu'aux aines, pas d'ascite ni d'épanchement pleural, mais râles humides aux deux bases. Le pouls est à 90 ou 100, régulier, trop frappé, la tension artérielle maxima est à 24, la tension minima à 18; le cœur bat fortement, régulièrement, et le deuxième ton aortique résonne en coup de marteau. A peine 600 centimètres cubes d'urine par vingt-quatre heures. Environ un gramme d'albumine par litre.

En pareil cas, la digitale est tout à fait contre-indiquée. Le malade n'est pas un cardiaque asystolique, mais un rénal en imminence d'urémie et d'œdème aigu du poumon. Il faut par tous les moyens le désintoxiquer sous peine de mort rapide.

Souvent, la première chose à faire est une saignée. En tout cas, il convient d'administrer sans tarder un purgatif drastique et d'instituer une rigoureuse diète hydrique, sinon la suppression absolue de tout liquide et solide pendant un ou deux jours. Mais, en général, cette thérapeutique énergique ne suffit pas ; les urines restent rares et la dyspnée diminue à peine. C'est pourquoi on ne doit jamais négliger de recourir à la théobromine qui, seule, peut assurer le succès.

Il ne faut pas perdre de temps à donner des doses modérées, mais au contraire il faut prescrire au moins 2 grammes, sinon 3 ou même 4 par jour, en prises de 0g50; il importe surtout, dans ce cas, d'employer une théobromine rigoureusement pure; la théosalvose (1) donne toutes garanties à cet égard. Le malade en éprouve un bien-être presque immédiat, avant que l'effet diurétique se fasse sentir, et, pour expliquer ce fait, on est forcé d'invoquer l'action bulbaire, eupnéique, très certaine du médicament. Bientôt les urines augmentent, en général après vingt-quatre heures, et atteignent souvent au troisième jour un volume considérable (3 à 4 litres). L'amélioration se prononce très rapidement : en quatre à six jours le malade n'a plus ni dyspnée, ni œdèmes, ni râles pulmonaires; son pouls tombe à 75, 80, et si sa tension maxima reste à peu près la même sa tension minima baisse de 3 à 4 centimètres.

Dès que les urines retombent à 2 litres environ, il faut réduire en deux jours la théosalvose à 1g50, rester quelque temps à cette dose que l'on réduira à 1 gramme, dose permanente pour de tels malades.

LIVRES NOUVEAUX

Les Maladies du cœur et de l'aorte et leur traitement (2), par le docteur Arthur LECLERCQ, auteur des *Maladies de la Cinquantaine*, lauréat de l'Académie de médecine.

Dans la première partie de ce volume, l'auteur étudie le cœur normal en insistant sur les notions anatomo-physiologiques les plus modernes ; puis, dans un chapitre sur le cœur anormal, il expose les procédés d'exploration du cœur, il met au point la question des arythmies, avec les méthodes nouvelles d'investigation, qui nous renseignent sur la nature et le degré de l'insuffisance cardiaque.

Le docteur Leclercq aborde ensuite l'étude des diverses affections du cœur et de l'aorte, en prenant pour base la classification suivante : les maladies du cœur appartiennent à trois groupes, la cardiosclérose, les cardiartérites, le cardiathérome; de même les affections de l'aorte sont la sclérose aortique, les aortites et l'athérome.

Dans la troisième partie de l'ouvrage, le traitement des maladies du cœur et de l'aorte est exposé avec une grande précision.

M. BRELET.

Cardiopathies de l'enfance (1), par le docteur NOBÉCOURT.

Par suite des conditions spéciales de l'appareil cardio-vasculaire pendant la croissance, les cardiopathies sont fréquentes chez l'enfant. Leur symptomatologie et leur pronostic présentent des particularités cliniques importantes à connaître; leur traitement comporte une posologie spéciale des médicaments toni-cardiaques.

Or, toutes ces questions sont souvent négligées dans les traités des maladies du cœur, généralement écrits par des spécialistes qui soignent surtout des adultes.

On les trouvera pratiquement exposés dans le livre de M. Nobécourt.

L'auteur, sans méconnaître l'importance des acquisitions récentes dues à la radiologie, à l'électrocardiographie, à l'étude attentive des phlébogrammes et des sphygmogrammes, n'a pas oublié que ces procédés d'investigation demandent une technique minutieuse et une instrumentation spéciale qui ne sont ni l'une ni l'autre à la portée des praticiens. Aussi, pour l'étude des cardiopathies a-t-il utilisé les ressources que fournissent à tout bon clinicien les méthodes classiques d'examen : l'inspection du thorax, la palpation et la percussion systématique de la région précordiale, l'auscultation, tous procédés qui permettent d'analyser avec précision les symptômes morbides, de diagnostiquer les cardiopathies, d'établir leur pronostic et de formuler un traitement approprié.

C'est dire que cet excellent ouvrage est éminemment pratique et indispensable à tout médecin voulant se charger de soigner des enfants avec conscience et compétence.

L. BABONNEIX.

Traitements nouveaux en clientèle. Médicaments, médications et formules, spécialités pharmaceutiques. Guide de médecine pratique (2), par le docteur Roger HYVERT.

Ce livre est divisé en trois chapitres : Médicaments, Médications et Spécialités. On y trouve les traitements nouveaux de la syphilis, de la tuberculose, l'étude des sérums et des vaccins récemment préconisés; l'auteur s'est proposé non seulement de réunir en un volume annuel la liste des ressources thérapeutiques les plus inédites, mais encore et surtout de les sélectionner, de dégager les meilleures indications des médications nouvelles.

M. BRELET.

Ueber Laparo- und Thorakoskopie (3), par H.-C. JACOBAEUS.

L'auteur étudie dans cet ouvrage la technique et les indications de la laparoscopie et de la thoracoscopie. Il rapporte un assez grand nombre d'observations personnelles et donne un certain nombre de figures reproduisant les images entrevues

(1) La théosalvose (théobromine française) ne se délivre qu'en cachets dosés à 0g50 ou à 0g25.

(2) Un vol. orné de 38 figures dans le texte et d'un schéma du cœur. — Prix : 7 francs. — Paris, O. Doin et fils.

(1) Un vol. de 280 pages, avec 72 fig. ou gravures. — Prix : 6 francs. — Paris, O. Berthier; Emile Bougault, successeur, 48, rue des Ecoles.

(2) 3e édition. Un vol. de 328 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, Maloine.

(3) Un vol. de 170 pages. — Würzburg, Curt Kabitzsch, édit.

grâce au laparoscope au niveau du foie, du péritoine et de la plèvre. Mais il ne ressort pas encore de ces observations que la laparoscopie et la thoracoscopie aient rendu des services notables dans le diagnostic et le traitement des affections thoraciques et abdominales. A. LEMIERRE.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (T. XXI, avril 1914.) JUILLERAT : Les habitations à bon marché. — E.-H. PERREAU : Des syndicats et associations de pharmaciens. — Laurent MOREAU : L'hygiène au Transvaal, mines d'or et de diamants. — FLEURY : Un cas de mort par électrocution. Rapport d'expertise médicale.

Archives de médecine des enfants. — (N° 4, avril 1914.) NOBÉCOURT et G. SCHREIBER : Préservation de l'enfant du premier âge contre la tuberculose, de la nécessité d'éloigner l'enfant, dès la naissance, du milieu familial. — M. PÉHU et J. CHALIER : Deux cas de leucémie aiguë infantile à forme sanguine anormale. — Grégoire JACOBSON : Contribution à l'étude des récidives dans la scarlatine. — MONCORVO : Protection de l'enfance au Brésil. — Ed. LESNÉ et Ch. RICHET fils : Organisation de l'hospice des Enfants à Stockholm. — P. LEREBOULLET : Varicelle du nouveau-né par contagion maternelle.— DELÉARDE et Mlle CANTRAMIRE : Un cas de paraplégie spasmodique hérédo-syphilitique chez un enfant de huit ans. — J. COMBY : Hérédité du sarcome.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 3, mars 1914.) GLATZ : Du chimisme duodénal; de sa valeur comparative avec les procédés d'examen indirect des fonctions pancréatiques. — BOCQ et VAN BEYER : Contribution à l'étude des tumeurs de l'ampoule de Vater.

Bulletin médical. — (N° 24, 25 mars 1914.) QUÉNU : Diagnostic des cancers du gros intestin. — (N° 25, 28 mars.) CHANTEMESSE : Sur la vaccination antityphoïdique. — VINCENT : *Idem* (communications à l'Académie de médecine).

Lyon médical. — (N° 12, 22 mars 1914.) J. PAVIOT : Essai de pathogénie et d'étiologie de la myocardite hypertrophique dite idiopathique (*suite et fin*).

Marseille médical. — (N° 7, 1er avril 1914.) J. MONGES : Colopathie muco-membraneuse, aperçu pathogénique et thérapeutique. — V. AUBERT : Anus terminal continent. — E. BOINET et A. SAUVAN : La fièvre de Malte à Marseille (*fin*). — Ch. ROCHE : Le sérum de Nicolle et Blaizot dans la conjonctivite gonococcique des nouveau-nés. — A. SAUVAN : Blennorragie guérie à la suite d'injections de vaccin de Nicolle.

Medizinische Blätter. — (N° 6, 21 mars 1914.) TRUELLE : Troubles mentaux dans la tuberculose. — (N° 7, 4 avril.) LEREDDE : La technique de la stérilisation de la syphilis.

Policlinico. — (Mars 1914, fasc. 3.) *Section médicale*. Prof. Giovanni ANTONELLI : Recherches expérimentales sur les effets de la castration ovarienne sur le sang. — Prof. Pietro SISTO : Recherches sur l'anémie pernicieuse progressive. — Prof. A. FAGINOLI : Valeur séméiologique des champs de résonance de Krönig. — Prof. M. BARBERIO : La préparation et l'emploi de l'antiformine. — Lorenzo COLESCHI : Le radiodiagnostic de l'estomac biloculaire. — *Section chirurgicale*. Prof. Nicola LEOTTA : L'iléus mécanique par appendicite. — Prof. Oreste CIGNOZZI : Mégalocæcum et appendicite. Appendicectomie et cæcoplicature. — Guido BECCHERLE : A propos d'un cas de tuberculose pseudo-néoplasique des gaines tendineuses. — Nicola NOVARO : Invagination intestinale par ascarides. — Prof. Nicola LEOTTA : Les adhérences péricæcales et péricoliques.

Riforma medica. — (N° 10, 7 mars 1914.) Vincenzo ALOI : Contribution à l'étude des cysticercoses. — Luigi FERRO : La valeur clinique de la séro-réaction de Wright. — (N° 11, 14 mars.) Prof. Augusto MURRI : Le médecin praticien. — T. SILVESTRI : L'éclampsie diabétique. — Giulio ANZILOTTI : Contribution clinique à l'étude des luxations antérieures de la tête du radius. — Armando ROSSI : A propos d'une déviation du complément chez les fébricitants. — (N° 12, 21 mars.) Prof. Menotti BUCCO : Viscosimétrie sanguine et pression cardio-vasculaire. — Rodolfo STANZIALE : La production des anticorps chez les animaux en expérimentation traités par le bacille du rhinosclérome. — Vincenzo MARCOZZI : La circulation veineuse du membre inférieur les veines étant normales et lorsqu'elles sont variqueuses. — Pietro MASENTI : Le schéma leucocytaire neutrophile d'Arneth dans la tuberculose pulmonaire. — (N° 13, 28 mars.) Prof. F. PADULA : Les fondements et les horizons de la chirurgie nouvelle. — Giovanni OLLINO : Recherches sur les réactions de la moelle osseuse vis-à-vis des extraits de thyroïde, de surrénale et d'hypophyse. — Luigi CHIMISSO : Contribution à l'étude des manifestations cutanées de la malaria et particulièrement d'une certaine forme d'ecthyma. — Prof. Arcangelo ILVENTO et Michele MAZZITELLI : Présence du bacille pesteux dans l'organisme sans symptômes cliniques. — Prof. Menotti BUCCO : Viscosimétrie sanguine et pression cardio-vasculaire. — (N° 14, 4 avril.) Prof. Francesco GALDI : La glycosurie cæliaque. — Giovanni OLLINO : Recherches sur les réactions de la moelle osseuse vis-à-vis des extraits de thyroïde, de surrénale et d'hypophyse. — Luigi CHIMISSO : Contribution à l'étude des manifestations cutanées de la malaria et particulièrement d'une certaine forme d'ecthyma.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 13, 26 mars 1914.) TSCHERMAK : La doctrine de l'innervation tonique. — BACHRACH et LŒWY : Sur la clinique des affections rénales à la lumière des nouvelles méthodes d'examen. — MATZENAUER et HESSE : Sur l'erreur de l'eau. — HERTZ : Dosages comparatifs de l'azote retenu dans le sang par les procédés d'Yvon et de Kjeldahl. — BOTTERI : Un cas de dextroversion du cœur. — PELLER : Le poids des nourrissons d'après la situation sociale et l'alimentation de la mère.

NOTE DE PRATIQUE

Dans l'entérocolite muco-membraneuse, où l'insuffisance biliaire joue un si grand rôle, les *pilules Elkin* agissent par la bile qu'elles contiennent, et l'adjonction de pancréatine et de soufre organique en fait un véritable médicament régulateur de l'innervation sympathique.

NOTES POUR L'INTERNAT

OEDÈME DE LA GLOTTE

GÉNÉRALITÉS. DÉFINITION. ÉTIOLOGIE. — Sous le nom d'œdème de la glotte on étudie depuis Bayle qui lui donna ce nom (1804) un syndrome anatomo-clinique auquel conviendrait infiniment mieux le terme d'œdèmes du larynx. Bien étudié par Sestier qui l'appelle *angine laryngée œdémateuse*,

l'œdème de la glotte a été l'objet d'importantes recherches de Merklen, Moure, Florand, Barth qui montrèrent la nature infectieuse de la plupart de ces œdèmes, de Dieulafoy qui insista tout particulièrement sur le rôle de la syphilis, sur l'œdème iodique; tout récemment, Lesné, Castaigne attribuèrent à des manifestations d'ordre anaphylactique les localisations laryngées de la maladie de Quincke, ainsi que certains œdèmes *nerveux*.

Avec MM. Bourgeois et Egger, auxquels nous ferons de nombreux emprunts, nous adopterons la classification suivante qui a le grand mérite de montrer d'un coup d'œil la multiplicité des facteurs étiologiques de ces œdèmes.

I. Œdèmes infectieux.

- *a.* ŒDÈMES INFECTIEUX PRIMITIFS :
  - Forme bénigne.
  - Œdème inflammatoire aigu.
  - Forme infectieuse maligne.
- *b.* ŒDÈMES INFECTIEUX SECONDAIRES :
  - 1° à une inoculation locale.
  - 2° à une maladie générale aiguë :
    - par localisation de l'infection générale.
    - par infection surajoutée.
    - par infection secondaire d'une ulcération laryngée.
  - 3° à une infection chronique du larynx par infection secondaire d'une ulcération :
    - tuberculose.
    - syphilis.
    - cancer.
  - 4° Œdème collatéral d'une infection périlaryngée.
  - 5° Œdèmes traumatiques : brûlures, contusions, fractures.

II. Œdèmes dans les affections rénales : *mal de Bright, néphrites aiguës.*

III. Œdèmes par gêne de la circulation :
- *asystolie.*
- *tumeurs* (goitres, cancer de l'œsophage, anévrismes de l'aorte).

IV. Œdèmes toxiques : *œdème iodique.*

V. Œdèmes nerveux. Accidents anaphylactiques laryngés.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — On peut diviser les œdèmes du larynx en œdèmes sus-glottiques et en œdèmes sous-glottiques. Les œdèmes sus-glottiques occupent de préférence les replis ary-épiglottiques, glosso-épiglottiques, les cartilages aryténoïdes, l'épiglotte, les bandes ventriculaires, exceptionnellement les cordes vocales. Les œdèmes sous-glottiques se propagent volontiers d'une part au larynx tout entier et de l'autre à la trachée et aux bronches ; la disposition de ces œdèmes est liée à la distribution et à la laxité du tissu cellulaire sous-muqueux du larynx. A l'autopsie, la muqueuse distendue est pâle, ridée, recouvrant des bourrelets tuméfiés, tantôt durs, tantôt tremblotants ; les organes voisins (pharynx, tissu cellulaire du cou), peuvent présenter une infiltration semblable plus ou moins marquée. Dans l'œdème nerveux, ou circulatoire, la sérosité est claire, pauvre en éléments cellulaires ; dans les œdèmes inflammatoires bénins, le liquide a le caractère d'un exsudat ; dans les œdèmes inflammatoires aigus, l'épanchement de sérosité est louche, riche en polynucléaires. Hajek, Turner ont étudié par la méthode des injections, les modes d'extension de l'œdème ; nous ne ferons que signaler les expériences de ces auteurs sans y insister davantage ici.

SYMPTOMATOLOGIE GÉNÉRALE. — Cette symptomatologie est très variable suivant l'importance et la marche plus ou moins rapide de l'œdème ; nous allons passer en revue successivement les signes fonctionnels et généraux, ainsi que les signes subjectifs et objectifs que l'on observe le plus habituellement. Il nous sera plus facile ensuite d'étudier séparément les formes cliniques rencontrées.

Signes fonctionnels. — *a. Voix.* On observe la raucité de la voix à peu près seulement dans les cas où l'œdème occupe les bandes ventriculaires ou le ventricule de Morgagni ; il en serait de même s'il existait de l'œdème des cordes vocales, mais c'est là une localisation exceptionnelle ; aussi pour Hajek il n'existerait pas de raucité caractéristique de l'œdème du larynx.

b. Respiration, accès de suffocation. — Les modifications de la respiration constituent l'un des meilleurs symptômes ; si le début des accidents ne se fait pas avec une brusquerie effrayante, le malade n'est gêné tout d'abord que dans son inspiration qui devient sifflante, l'expiration restant libre. Plus tard l'expiration est gênée, elle aussi, et l'on entend à l'inspiration un ronflement guttural très bruyant (Krishaber). La dyspnée inspiratoire est fonction de l'œdème des replis ary-épiglottiques ; la dyspnée expiratoire indique que l'œdème est devenu sous-glottique ; il faut insister sur les accidents dyspnéiques, sur la fréquence des *accès de suffocation*, avec tirage pouvant aboutir à l'asphyxie.

Signes généraux. — Ils sont très variables, dépendant avant tout de la maladie causale et de l'étendue de l'œdème. On peut observer de la fièvre, des frissons, de la céphalée ; s'il se fait de l'infiltration purulente, la fièvre s'élève à 39 ou 40 degrés, le sujet délire, le pouls est dur, fréquent ; pendant les accès de suffocation, le malade est couvert d'une sueur visqueuse, le pouls est petit, irrégulier, la face se congestionne, devient violette. Sestier insiste sur la pâleur terreuse de la face contrastant avec les lèvres violettes.

Symptômes subjectifs. — Le malade accuse une gêne laryngée, une sensation de corps étranger, de boule ; lorsque l'œdème est inflammatoire, il peut y avoir de la *douleur*, de la *dysphagie*, etc.

Symptômes objectifs. — Dans les cas graves, on note, à l'inspection, du tirage abdominal, du tirage sus et sous-claviculaire ; à l'auscultation, le murmure respiratoire est notablement affaibli, tandis qu'aux sommets il y a du retentissement des bruits laryngés et souvent des râles d'œdème pulmonaire à la base de la poitrine. L'exploration digitale doit être rejetée, la véritable exploration de l'œdème laryngé étant celle que fournit la laryngoscopie.

EXAMEN LARYNGOSCOPIQUE. — A un examen rapide, on aperçoit un gonflement transparent, opalin ou rouge sombre dans les œdèmes inflammatoires ; un examen plus approfondi permet d'apprécier les différentes variétés de l'œdème. Si l'épiglotte est œdématiée, elle perd ses contours ; si sa face linguale est seule prise, elle prend une forme hémisphérique ; si l'épiglotte est prise sur ses deux faces, elle semble enroulée sur ses bords. L'œdème des replis ary-épiglottiques est une des localisations les plus fréquentes des œdèmes du larynx ; les replis sont transformés en deux bourrelets ballottants et gélatineux, se perdant en arrière sous forme de deux masses arrondies ; les masses latérales cachent les bandes ventriculaires ; l'entrée du larynx présente la forme d'un triangle irrégulier dont le côté antérieur est formé par l'épiglotte et les deux autres côtés par les replis ary-épiglottiques ; si l'œdème est plus accusé, les parties sous-jacentes ne sont plus visibles. L'œdème des bandes ventriculaires se présente sous la forme de deux cylindres cachant les parties sous-jacentes ; s'il y a de l'œdème sous-glottique, les bords libres des cordes vocales sont encadrés par des saillies fusiformes et rougeâtres. La mobilité des cordes vocales n'est altérée que si la partie postérieure du larynx est très tuméfiée. Contrairement à l'opinion longtemps admise, la dyspnée n'est pas due, dans l'immense majorité des cas, à l'aspiration dans la glotte des bourrelets d'œdème, mais au contraire, soit à un spasme glottique (Gougenheim), soit à un défaut de mobilité des articulations crico-aryténoïdiennes avec ou sans altérations musculaires ou nerveuses (Ruault). Tels sont les principaux symptômes qui caractérisent l'œdème de la glotte ; il est indispensable maintenant d'étudier séparément les différents types cliniques que le clinicien pourra rencontrer.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 48. — SAMEDI 25 AVRIL 1914. 87e ANNÉE. SAMEDI 25 AVRIL 1914. — N° 48.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 10 francs par an. Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

Hopitaux de Paris. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 21 avril. — MM. Froin, 17; Brulé, 14; Renaud, 19.

Séance du 23 avril. — MM. Milhit, Lagane et de Brunel de Serbonnes, 16.

Prochaine séance, samedi 25 avril, à seize heures trente, à l'Hôtel-Dieu.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Consultation.* — Séance du 22 avril. — MM. Berger, 17; Cauchoix, 18; Guimbellot, 16; Küss, 18.

— Concours de l'internat de Brévannes. — Le texte de la question donnée à l'écrit doit être ainsi rétabli :

« Diagnostic des épanchements liquides non purulents de la plèvre chez les vieillards. »

Concours de l'internat de Saint-Lazare. — Le concours s'est ouvert pour sept places d'internes titulaires et sept places de provisoires.

Question écrite. — « Ligaments et rapports de l'utérus. — Grossesse extra-utérine, signes et diagnostic. »

Oral. — « Symptômes, diagnostic, traitement de la syphilis gommeuse du voile du palais. — Diagnostic des ulcérations des lèvres. »

Ont obtenu :

MM. Delotte, 27 + 18 = 45; Blum, 27 + 17 = 44; Gerber, 23 + 19 = 42; Desaux, 15 + 16 1/2 = 41 1/2; Bretegnier, 24 + 17 = 41; Monnot, 25 + 15 = 40; Dubois, 23 + 16 = 39; Quesnel, 22 + 16 1/2 = 38 1/2; Touchard, 21 + 17 = 38; Gresset, 23 + 15 = 38; Le Coq, 22 + 15 1/2 = 37 1/2; Pelbois, 23 + 14 = 37; Desfarges, 21 + 15 = 36; Berteaux, 20 + 16 = 36; Fritz, 20 + 15 = 35; Barois, 22 + 13 = 35.

Association générale des médecins de France. — Société centrale. — Dans une assemblée générale extraordinaire tenue le 5 avril 1914, la Société centrale a décidé à l'unanimité des votants, de porter la cotisation annuelle de 12 à 20 francs.

Les nouveaux statuts seront soumis à l'approbation ministérielle.

La plus grande partie de l'augmentation servira à alimenter la caisse des allocations d'ancienneté; l'autre sera destinée à augmenter les secours aux veuves et orphelins.

Société française de stomatologie. — Des élèves directs de Magitot, qui fut le créateur de la *Revue de stomatologie* et le véritable initiateur scientifique de cette spécialité, désireux de faire revivre les traditions de cet illustre maître, viennent, avec un groupe de médecins stomatologistes, de fonder une nouvelle société médicale, la *Société française de stomatologie*. Ils ont inscrit à leur programme tout ce qui peut concourir aux progrès de cette branche de la médecine.

Son bureau est ainsi constitué : président, M. Cruet; vice-présidents, MM. Nogué et Frey; secrétaire général, M. Herpin; secrétaire général adjoint, M. Rousseau-Decelle; secrétaires des séances, MM. Vaysse et Lassudrie; trésorier, M. Leduc; archiviste bibliothécaire, M. Meudel.

Les séances auront lieu le premier jeudi de chaque mois à l'hôtel des Sociétés savantes, rue Danton.

Société de géographie. — La Société vient de décerner le prix Pierre-Félix Fournier (1300 francs et médaille d'or) à M. le docteur Poutrin, pour ses travaux sur l'anthropologie du centre africain.

Elle a accordé une médaille d'or au docteur Paul Rivet (mission en Equateur).

V. E. M. 1914. — Le quatorzième Voyage d'études médicales aux stations hydrominérales, maritimes et climatiques de France, aura lieu du 30 août au 12 septembre 1914, sous la présidence effective du professeur Landouzy.

Il comprendra les stations suivantes : Vittel, Contrexeville, Martigny, Bourbonne, Plombières, Bains-les-Bains, Luxeuil, Bussang, Gérardmer, La Schlucht, Le Honech, Nancy, Mondorf, Saint-Amand, Berck, Forges-les-Eaux, Bagnoles-de-l'Orne, Zuydcoote (sanatorium).

Pour tous les renseignements, s'adresser au docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, ou au docteur Jouaust, 4, rue Frédéric-Bastiat, Paris.

RENSEIGNEMENTS

511. — **Une série de conférences en vue du concours de l'internat** de l'hôpital Saint-Joseph de Paris sera inaugurée prochainement à cet hôpital. — Pour renseignements, s'adresser à la salle de garde.

COURS ET CONFÉRENCES

HOPITAL BOUCICAUT (service de M. le professeur LETULLE). — CONFÉRENCES THÉORIQUES ET PRATIQUES DE RADIOLOGIE MÉDICALE. — Les docteurs Aubourg, Colombier, Lebon, et Ledoux-Lebard, chefs de laboratoire de rayons X, commenceront le lundi 1er juin 1914, à neuf heures du matin, une série de douze conférences théoriques et pratiques de radiologie médicale, au laboratoire de l'hôpital Boucicaut, 62, rue de la Convention, Paris, 15e.

A neuf heures, radiographie des membres.

A dix heures, conférence avec présentation d'appareils et projections de clichés.

A onze heures, radioscopie et radiographie des viscères (poumon, cœur, estomac, intestin, grossesse, etc.).

L'après-midi, applications de la radiothérapie et de la radiumthérapie.

PROGRAMME. — I. *Technique radiologique.* — Lundi 1er juin : Origine et propriétés des rayons X. Ampoules et soupapes.

Mardi 2 juin : Les mesures en radiologie.

Mercredi 3 juin : Les sources d'énergie électrique. Du choix d une installation de rayons X.

Jeudi 4 juin : Technique de la radiographie.

Vendredi 5 juin : Technique de la radioscopie.

Samedi 6 juin : Technique de la radiothérapie.

II. *Applications cliniques avec projections de clichés.* — Lundi 8 juin : Radiodiagnostic des lésions du cœur et de l'aorte.

Mardi 9 juin : Radiodiagnostic des lésions traumatiques et non traumatiques des os et des articulations.

Mercredi 10 juin : Radiodiagnostic des lésions de l'œsophage, de l'estomac et du foie.

Jeudi 11 juin : Radiodiagnostic des lésions de l'intestin.

Vendredi 12 juin : Radiodiagnostic des lésions du rein, de l'urètre, de la vessie. La radiographie en art dentaire (conférences du docteur J. Belot).

Samedi 13 juin : Radiodiagnostic des lésions du poumon. Radiodiagnostic de la grossesse.

Prière de s'inscrire au laboratoire des rayons X.

Inscription gratuite pour les conférences et les démonstrations pratiques.

Les conférences ont lieu deux fois par an, en juin et en décembre, le premier lundi.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX (M. Pierre SEBILEAU, agrégé de la Faculté, chirurgien à l'hôpital Lariboisière). — SEMESTRE D'ÉTÉ 1914. — COURS ET EXERCICES DE MÉDECINE OPÉRATOIRE SPÉCIALE. — Deuxième série. — Premier cours, du 1er au 12 mai 1914 : *Chirurgie gastro-intestinale et hépatique* par M. le docteur René TOUPET. — 1° Technique générale des sutures et anastomoses gastriques et intestinales. — 2° Gastrostomie, gastro-entérostomie. — 3° Gastro et pyloroplastie. Exclusion du pylore. Traitement de l'estomac biloculaire. — 4° Chirurgie du cæcum et de l'appendice. — 5° Anus iliaque, colectomies, iléo-sigmoïdostomie. — 6° Traitement des hémorroïdes, des fistules anales, du cancer du rectum. — 7° Pylorectomie. — 8° Traitement des abcès du foie et des kystes hydatiques. — 9° Cholécystostomie, cholécystectomie, cholécysto--anastomoses. — 10° Cholédocotomie sus et transduodénale.

Deuxième cours du 13 au 25 mai 1914 : *Chirurgie des voies urinaires,* par M. le docteur René Toupet. — 1° Découverte du rein, néphropexies. — 2° Néphrotomie, néphrostomie, pyélotomie, néphrectomie. — 3° Chirurgie de l'uretère. — 4° Cystostomie, lithotritie, cathétérisme uretéral à vessie ouverte. — 5° Traitement de l'exstrophie vésicale, urétrotomie interne et externe. — 6° Traitement des ruptures traumatiques de l'urètre. — 7° Traitement de l'hypospadias, traitement du phimosis. — 8° Chirurgie de la prostate. — 9° Traitement du varicocèle et de l'hydrocèle. — 10° Epididymectomie, castration.

Troisième cours du 4 au 15 juin 1914 : *Chirurgie gynécologique,* par M. le docteur Etienne Sorrel. — 1° Curetage, colpotomie, stomatoplastie, amputation du col. — 2° Colpo-périnéorraphie, myorraphie des releveurs. — 3° Hystéropexies. — 4° Anatomie chirurgicale du petit bassin (uretère et pédicules utérins). Les différentes incisions de la paroi abdominale. — 5° Ablation unilatérale des annexes, hystérectomie subtotale. — 6° Traitement des tumeurs bénignes, des tumeurs malignes et des abcès du sein. — 7° Traitement des fistules vésico-vaginales. — 8° Hystérectomie totale, opération de Wertheim. — 9° Conduite à tenir en cas de blessure de l'uretère, uretéro-cysto-néostomie. — 10° Hystérectomie vaginale simple et élargie (procédé de Schauta).

Quatrième cours du 16 au 27 juin 1914 : *Chirurgie d'urgence et pratique courante,* par M. le docteur Etienne Sorrel. — 1° Traitement des hernies étranglées, crurales et inguinales. — 2° Traitement de la hernie ombilicale étranglée, suture et résection intestinales. — 3° Traitement des péritonites aiguës, appendicectomie, anus cæcal et anus iliaque. — 4° Gastrostomie, résection costale, traitement des pleurésies purulentes récentes et anciennes. — 5° Traitement des abcès du foie par voie transpleurale, traitement des plaies du cœur, des plaies de la plèvre et du poumon. — 6° Traitement des ruptures traumatiques de l'urètre, cystostomie. — 7° Traitement de l'ostéomyélite aiguë, traitement des phlegmons des membres, arthrotomies. — 8° Traitement des traumatismes des membres, amputations d'urgence. — 9° Traitement des plaies des tendons, des nerfs et des vaisseaux, technique de la transfusion. — 10° Colpotomie, traitement de la grossesse extra-utérine rompue, hystérectomie subtotale.

Les cours auront lieu tous les jours, à deux heures.

Les élèves répéteront individuellement les opérations sous la direction des prosecteurs.

Le droit d'inscription est fixé à 60 francs par cours.

Le nombre des élèves est limité à 15.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 4 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu.*

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu.*

Mardi 5 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 6 mai, à une heure. — 1er (oral).

2e.

Jeudi 7 mai, à une heure. — 2e.

4e (1re et 2e séries).

Vendredi 8 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque.*

Samedi 9 mai, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon.*

THÈSES

Mercredi 6 mai, à une heure. — M. VIEL. Incision transversale antérieure pour aborder le rein par la voie parapéritonéale. (MM. Landouzy, président; Reclus, Ombrédanne et Zimmern.) — M. DAUTHEUIL. Appendicite chronique et hernie inguinale chez l'enfant. (MM. Reclus, président; Landouzy, Ombrédanne et Zimmern.) — M. PERRIER. De l'influence des anesthésiques sur le sang (équilibre leucocytaire). Avantages de l'anesthésie locale par la méthode du professeur Reclus. (MM. Reclus, président; Landouzy, Ombrédanne et Zimmern.) — M. PETIT. Radiumthérapie des angiomes sanguins ou lymphatiques. (MM. Reclus, président; Landouzy, Ombrédanne et Zimmern.)

REVUE GÉNÉRALE

LE CHAMPIGNON DU MUGUET

ET SES

MANIFESTATIONS ANATOMO-CLINIQUES CHEZ L'HOMME

Par M. Ch. GARIN,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

I

Généralités. — I. Parasitologie. — Le champignon du muguet porte le nom d'*Endomyces albicans* (Robin 1853), Vuillemin 1898.

Synonymie : *Sporotrichum*, Gruby 1842 ; *Oïdium albicans*, Robin 1853 ; *Stemphylium polymorphum*, Hallier 1866 ; *Syringospora Robinii*, Quinquaud 1868 ; *Mycoderma vini?* Grawitz 1877 ; *Saccharomyces albicans*, Rees 1877 ; *Monilia candida*, Plaut 1885 ; *Dematium albicans*, Laurent 1890.

Ce parasite a été découvert en 1841 par Berg.

Il peut être étudié soit dans l'enduit crémeux des malades atteints de stomatite, soit dans les cultures artificielles.

Dans l'*enduit crémeux*, examiné au microscope, on constate la présence de nombreux filaments mycéliens enchevêtrés ; ces filaments ont de 3 à 5 μ de largeur sur une longueur variable. Ils sont souvent ramifiés. Ils sont cloisonnés en articles longs de 20 à 40 μ.

A côté des filaments, on voit des éléments arrondis, qui constituent la *forme levure* du parasite. Ces éléments ont de 5 à 10 μ de diamètre et présentent un ou plusieurs bourgeons caractéristiques des grains de levure.

A côté de ces formes parasitaires filamenteuses et blastomycéliennes, qui constituent la plus grande partie de l'enduit crémeux, on trouve des cellules épithéliales desquamées, des globules blancs en petit nombre, des bactéries, et des débris sans caractères.

Le parasite est facile à cultiver et à isoler en milieu artificiel.

Les *cultures* (1) s'obtiennent aisément sur le milieu de Sabouraud, ou sur carotte, à la température du laboratoire, de 10 à 20 degrés.

On obtient ainsi, et souvent d'emblée, des cultures pures. Un très grand nombre d'autres milieux solides ou liquides conviennent également à la culture de ce parasite. Les deux formes précitées, forme filamenteuse, et forme levure, peuvent se voir isolément, ou réunies sur la même culture.

Sur Sabouraud, on obtient des cultures d'aspect crémeux qui contiennent, uniquement pendant les huit ou dix premiers jours, des formes levures. Les filaments n'apparaissent que plus tardivement, sur les cultures âgées, alors que le milieu s'est appauvri.

(1) Je renvoie ceux de mes lecteurs que la morphologie de l'*Endomyces albicans* sur les différents milieux de culture intéresse au travail de Roux et Linossier 1890, et à la thèse de Rajat 1906 ; cf. à la fin de cette revue, la bibliographie.

Sur carotte, on obtient, sur la carotte même, un enduit crémeux qui renferme les premiers jours uniquement des grains de levure ; en même temps se développent dans le liquide peu nutritif, situé au fond du tube, presque exclusivement des filaments mycéliens.

Ainsi, la forme mycélienne se voit surtout dans les lésions à l'état parasitaire, et sur les milieux épuisés, ou peu nutritifs. La forme filamenteuse n'apparaît que lorsque le parasite est placé dans de mauvaises conditions de vitalité.

Plusieurs auteurs se sont occupés des variations morphologiques du champignon du muguet. En se basant sur l'observation des cultures sur carotte, Audry avait pensé que les formes levures se développaient uniquement sur les milieux solides, tandis que la forme filamenteuse se développait dans les milieux liquides. Ceci est d'une exactitude très relative, il suffit d'examiner une culture sur carotte, âgée de quinze à vingt jours, pour observer sur la carotte aussi des filaments, et dans le liquide situé au fond du tube aussi des grains de levure. Il y a seulement prédominance des grains de levure sur les milieux solides, des filaments dans les milieux liquides. Mais les deux formes filament et levure sur la majorité des milieux de cultures existent toujours toutes les deux à un moment donné.

Plus intéressante à cet égard est la conception de Roux et Linossier. Ces auteurs ont cultivé l'*Endomyces albicans*, sur des milieux sucrés avec des sucres de complication moléculaire croissante. Ils ont vu de cette façon que la forme du champignon se complique avec l'élévation du poids moléculaire de l'aliment. Dans les substances à poids moléculaire faible, on obtient des formes levures, dans les substances à poids moléculaire très élevé, on obtient des formes filamenteuses.

En raison de l'existence des deux formes présentées par le parasite, forme levure et forme mycélienne, Ch. Robin (1853) lui avait donné le nom d'Oïdium albicans. D'autres auteurs (Rees 1877), ayant observé que la forme levure du champignon du muguet est capable de transformer les sucres en alcool, en firent un saccharomyces, le Saccharomyces albicans. Puis le parasite fut rapproché tour à tour des Mycoderma (Grawitz 1877) et des Dematium (Laurent 1890). Roux et Linossier le rapprochent des Mucors.

Mais la véritable place du champignon du muguet dans la classification a été établie par Vuillemin (1898). Cet auteur découvrit dans les cultures des asques. Ces asques sont constitués par une vésicule ovoïde, renfermant quatre ascospores. A la suite de cette découverte Vuillemin fit entrer le champignon du muguet dans le genre Endomyces.

II. **Etiologie.** — Le parasite du muguet est très répandu dans le milieu extérieur.

Plusieurs auteurs l'ont trouvé dans l'air atmosphérique. Lebrun à Paris, G. Roux et Valtat à Lyon, l'ont décelé dans l'air des salles d'hôpital.

Le lait peut être aussi un agent de transmission du parasite (Weil). De fait, il existe chez la vache,

le veau, la brebis, une maladie spontanée qui ressemble beaucoup à la stomatite crémeuse de l'homme, et dont l'agent parasitaire est un champignon voisin (R. Blanchard) ou même analogue (Zurn) à l'*Endomyces albicans*.

D'autre part, Delafond a pu reproduire, chez des brebis cachectiques, une stomatite crémeuse, par inoculation d'*Endomyces albicans* provenant de lésions humaines. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'infection albienne se développe plus volontiers chez les enfants soumis à l'allaitement artificiel. Le muguet épidémique des crèches se transmet surtout par les tétines des biberons. L'alimentation lactée semble aussi créer des conditions chimiques, telles que l'acidité de la muqueuse buccale, favorables au développement du parasite. Cette acidification préalable de la muqueuse paraît admise par la plupart des auteurs.

L'influence de la cachexie, d'un mauvais état général est admise également par beaucoup depuis Trousseau.

Mais les conditions secondes, précises, de l'infection albienne, sont mal connues. En effet, certains sujets, parfaitement bien portants, par ailleurs, peuvent présenter des manifestations albiennes. D'autre part, le parasite peut vivre en saprophyte sur les muqueuses de certains malades indemnes de manifestations albiennes. J'ai trouvé, avec le docteur Lesieur, l'*Endomyces albicans* dans les crachats de tuberculeux d'hôpital, sans stomatite. Arthaud a trouvé aussi l'*Endomyces albicans* vivant en saprophyte dans les cavernes pulmonaires de phtisiques, indemnes de lésions mycéliennes.

Il y a d'ailleurs certainement, en dehors des conditions de réceptivité de l'organisme humain, des conditions de virulence du parasite, nécessaires à l'éclosion de la maladie. J'en veux pour preuve les difficultés qu'il y a dans les laboratoires à créer des infections albiennes chez les animaux, par inoculations. On réussit avec des cultures de certaines souches, et pas avec d'autres, toutes choses égales, d'ailleurs.

Enfin, on sait maintenant avec précision que certaines infections, comme l'infection éberthienne, favorisent l'éclosion d'une infection albienne grave secondaire (Garin et Rebattu).

III. Mode de pénétration dans l'organisme. — Ce que nous avons dit plus haut permet d'admettre que l'infection se fait la plupart du temps par pénétration directe du parasite introduit dans l'organisme avec l'air inhalé, ou avec les aliments. Le parasite peut alors cultiver in loco et se développer sur la muqueuse buccale ou dans les voies respiratoires.

Il peut se propager de la bouche ou du pharynx, par contiguïté, vers l'oreille moyenne par la trompe d'Eustache, vers les voies respiratoires, vers l'œsophage.

Mais il peut aussi se propager par la voie lymphatique. C'est ainsi que l'*Endomyces albicans* peut donner naissance à de véritables suppurations (Langerhans). H. Grasset a publié, en 1893, une observation d'abcès gingival dû au muguet. Il a pu obtenir d'un abcès gingival des cultures pures d'Endomyces albicans qui, inoculées à nouveau à des animaux, donnèrent, chez ceux-ci, naissance à des abcès. Cet auteur attribue le pouvoir pyogène de ce champignon à sa virulence spéciale.

Charrin et Ostrowsky ont, de leur côté, publié un cas d'abcès lymphangitique de la région sous-maxillaire chez une femme convalescente de fièvre puerpérale.

Il semble donc bien que dans certains cas l'*Endomyces albicans* soit assez virulent pour cultiver dans les voies lymphatiques et se propager à distance par leur intermédiaire. Enfin, le parasite peut également vivre dans le milieu sanguin. Heller a vu que le champignon pouvait traverser l'épithélium et proliférer dans le tissu conjonctif sous-jacent. De là, il pénétrait dans les vaisseaux et pouvait amener des cas, rares d'ailleurs, de muguet généralisé avec abcès métastatiques dans les viscères. Ces cas de septicémie albienne, rares, existent néanmoins. A côté des cas anciens signalons celui de Lesieur sur lequel nous reviendrons ultérieurement et qui est particulièrement démonstratif.

Au point de vue expérimental, Charrin et Ostrowsky ont pu reproduire cette septicémie albienne chez le lapin, par inoculation intraveineuse de cultures virulentes.

Enfin, les cas de muguet rénal chez l'homme montrent également la possibilité de l'infection par voie sanguine. J'en ai observé un cas à Lyon avec Raffin et J. Guiart, chez un malade qui ne présentait pas de lésion vésicale et où on ne pouvait incriminer d'infection par voie ascendante.

En résumé, il faut retenir que l'Endomyces albicans peut pénétrer dans l'organisme, soit directement par l'intermédiaire de l'air et des aliments, soit indirectement par la voie lymphatique et par la voie sanguine.

II

Formes anatomo-cliniques. — Muguet bucco-pharyngé. — C'est là une forme classique de cette affection, c'est la plus fréquente et de beaucoup la plus connue. Elle se rencontre surtout chez les nourrissons, mais peut s'observer à tout âge.

Cette affection est caractérisée par la présence de petites concrétions offrant l'aspect de grains, d'abord transparents, puis bientôt d'un blanc mat. Ces concrétions blanches, crémeuses, apparaissent le plus ordinairement d'abord sur la langue, à son extrémité, sur ses bords, d'autres fois à la face interne de la commissure des lèvres, à la face interne des joues. Ces concrétions, d'abord punctiformes, de la grosseur d'un grain de millet, en se réunissant, forment des plaques irrégulières, plus ou moins larges, plus ou moins épaisses, d'un blanc crémeux, caséeux, donnant l'idée d'une couche de lait caillé.

Parfois, l'enduit mycélien se localise uniquement, chez l'adulte, et surtout chez les sujets à dentition en mauvais état, sur les gencives au niveau du collet dentaire. Il s'agit là d'une forme particulière qui peut être méconnue si on n'a pas soin de recourir à l'examen microscopique.

Parfois, et surtout chez les nourrissons, l'enduit crémeux s'étend à toute la cavité buccale, à la face interne des joues, au palais et au voile du palais et jusqu'au pharynx et aux amygdales. Cette stomatite albienne étendue entraîne chez les jeunes enfants des troubles sérieux de la nutrition. La succion et la déglutition sont gênées ou impossibles, et souvent il s'établit des troubles gastro-intestinaux, de l'érythème des fesses, de l'amaigrissement. Dans cette *forme confluente* du muguet bucco-pharyngé, les lésions ne dépassent pas en général les limites du pharynx. Elles n'envahissent jamais les fosses nasales, mais peuvent obstruer et envahir les trompes d'Eustache.

La coloration, et l'aspect crémeux des plaques albiennes bucco-pharyngées peuvent être modifiés. Valleix a été le premier à signaler l'aspect jaunâtre, purulent, de l'enduit dans certains cas. Il faut connaître la possibilité de cet aspect pour ne pas faire d'erreur de diagnostic. Dans certains cas encore, l'enduit mycélien peut devenir dur, membraniforme, grisâtre, adhérent. Ceci s'observe surtout sur l'amygdale, et il importe de ne pas s'en laisser imposer pour l'angine couenneuse simple ou diphtérique. Cet aspect de membrane grisâtre, adhérente, sèche et dure, peut se voir aussi sur la langue et la face interne des joues, chez les vieillards, à sécrétion salivaire tarie et altérée. J'en ai observé un cas pour ma part chez un malade âgé atteint d'une pneumonie dont il mourut.

Les *lésions anatomiques* sont variables, tantôt la muqueuse paraît saine sous l'enduit crémeux qui la recouvre et qui s'enlève avec facilité, tantôt, au contraire, l'ablation de l'enduit mycélien est difficile, celui-ci adhère, et après arrachement la muqueuse saigne plus ou moins abondamment. Les filaments mycéliens s'infiltrent dans les couches superficielles de la muqueuse, qui desquame plus activement sous cette influence. Mais le mycelium peut s'enfoncer plus profondément, infiltrer la muqueuse dans toute son épaisseur, et la sous-muqueuse même peut être envahie. Il n'y a pas de réaction inflammatoire de l'organisme le plus souvent, et sur les coupes on n'aperçoit au voisinage du mycelium parasitaire que quelques rares cellules rondes. Dans certains cas même, le parasite peut arriver jusqu'aux vaisseaux, et certains éléments mycéliens tombent dans leur lumière. Ainsi s'expliquent, l'ensemencement du sang, et les formes généralisées et viscérales du muguet. Le muguet bucco-pharyngé ou blanchet était considéré par les anciens auteurs comme une affection grave (Valleix). Trousseau fut un des premiers à réagir, et à montrer que le muguet bucco-pharyngé est en lui-même une affection locale, bénigne. Ce qui a fait croire longtemps à la gravité particulière de cette affection, c'est qu'elle éclôt souvent chez des sujets dont l'état général est gravement atteint. De fait, il semble bien que le muguet éclate plus volontiers chez des nourrissons athrepsiques, ou atteints d'affections gastro-intestinales. Chez l'adulte, on le voit apparaître au cours des affections pulmonaires graves, des infections comme la fièvre typhoïde, à la période cachectique du cancer.

Mais en lui-même, et tout le monde est d'accord sur ce point aujourd'hui, le muguet est une affection bénigne, quand il reste localisé à la muqueuse bucco-pharyngée. Le muguet ne constitue véritablement une maladie grave, que dans ses formes viscérale, pulmonaire ou rénale, et dans sa forme septicémique.

Les *complications* du muguet buccal sont peu importantes. On peut voir, comme nous l'avons déjà dit, l'extension du processus mycosique aux trompes d'Eustache, ce qui entraîne des modifications de l'audition.

On peut voir également, mais ceci exceptionnellement, des formes suppurées (Charrin et Ostrowsky). Ces auteurs ont signalé l'existence d'abcès alvéolo-dentaires, ou d'abcès sous-maxillaires dus à l'*Endomyces albicans.*

Signalons aussi qu'on trouve toujours le muguet bucco-pharyngé, à l'origine d'un muguet œsophagien, ou viscéral, ou généralisé.

Le *traitement* du muguet bucco-pharyngé est des plus simples. L'usage des alcalins est classique depuis Roux et Linossier. Il suffit en général de bien déterger la muqueuse avec un tampon d'ouate montée sur une baguette, et imbibée d'eau alcaline. Ces lavages alcalins devront être faits 3 ou 4 fois par jour, et suivis d'application d'un collutoire à la glycérine boratée :

Glycérine......... 30 grammes,
Borate de Na...... 2 grammes.

Si l'affection résiste plus de trois jours à ce traitement, on peut remplacer le collutoire boraté, par le collutoire iodé suivant :

Glycérine........ 30 grammes,
Teinture d'iode... VIII gouttes,

plus actif.

Muguet œsophagien. — L'extension du processus albien à l'œsophage est connu depuis longtemps (cas de Parrot, de Wagner). Cependant les observations publiées sont très rares. J'en ferai la description d'après deux cas lyonnais : l'un de MM. Commandeur, Sargnon et Rendu, paru dans *La Province médicale* 1910, et un second cas inédit, mis obligeamment à ma disposition par le docteur Sargnon.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de vingt-neuf ans, nouvellement accouchée et qui fit de l'infection puerpérale. Après un mois d'infection puerpérale, elle eut une localisation albienne dans le pharynx. Quelques jours après l'apparition de ce muguet pharyngé, on note le rejet de membranes brunâtres après des efforts de vomissements. Malgré un traitement par le nitrate d'argent et l'absorption de 8 grammes de bicarbonate de soude par jour la malade meurt deux mois après l'apparition de son muguet pharyngé, avec de la dysphagie, et de temps à autre des rejets de membranes brunâtres ou blanc jaunâtre.

L'œsophagoscopie pratiquée chez cette malade montre que la muqueuse est garnie de très nombreux îlots de muguet blanchâtres. La muqueuse est boursouflée et saigne rapidement.

Les membranes me furent envoyées au laboratoire de parasitologie, et je reconnus aisément le muguet. Ces membranes étaient constituées par des débris muqueux dans lesquels s'enchevêtraient des filaments mycéliens et des grains de levures. Les cultures furent positives.

Cette observation est des plus instructives. L'*Endomyces albicans* semble bien avoir été la cause de la mort. Il faut noter, dans ce cas, l'influence préliminaire d'une infection grave, l'infection puerpérale. Ceci est à rapprocher de ce que j'ai moi-même démontré en ce qui concerne l'influence de l'infection éberthienne sur le développement du muguet.

On peut ainsi diviser l'histoire de cette malade en trois périodes :

1° Infection puerpérale simple, grave.

2° Apparition du muguet, la fièvre puerpérale est en voie de guérison, la température descend en lysis. Le muguet augmente, et s'étend à l'œsophage.

3° La malade est apyrétique, mais fortement affaiblie. Elle ne peut s'alimenter à cause de la dysphagie produite par le muguet œsophagien ; et elle meurt dans la cachexie.

Le deuxième cas de muguet œsophagien qui m'a été communiqué par Sargnon concerne un vieillard de soixante-neuf ans. Alcoolique, mais ne fumant pas, cet homme a une dentition défectueuse, et la bouche mal tenue. Il avait eu dix ans auparavant du muguet buccal.

Ce malade est vu par le docteur Sargnon en octobre 1913. Il a depuis quelque temps du muguet chronique. Très affaibli, depuis un mois il garde le lit. Et depuis quinze jours, il a une dysphagie intense, qui depuis quatre jours est devenue à peu près complète même pour l'eau.

A l'examen, le docteur Sargnon constate un muguet pharyngé confluent, très intense. Il pratique l'œsophagoscopie rapidement, et observe une muqueuse œsophagienne rouge, vernissée, avec par place des placards blanchâtres, en bouillie. Ces placards se détachent facilement.

Le diagnostic de muguet œsophagien est posé immédiatement. Il est d'ailleurs confirmé ensuite par l'examen microscopique et les cultures.

Le malade est mort le lendemain, malgré la mise en place d'une sonde pour l'alimentation artificielle.

Dans ce cas encore, l'influence de l'état cachectique et de l'alcoolisme chronique préliminaires du malade jouent un rôle évident dans le développement du muguet œsophagien. Si l'on ne peut dire que le muguet œsophagien est une affection mortelle, si le muguet ne tue pas, on peut affirmer qu'il achève de faire mourir.

Muguet gastrique. — Cette localisation peut se voir par extension du processus albien de l'œsophage à l'estomac. C'est ce qui a dû se produire dans les deux cas lyonnais dont je viens de rapporter l'histoire, bien que la preuve n'ait pu en être faite par l'autopsie. C'est ce qui s'est produit aussi dans les cas anciens de Parrot. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et on peut voir le muguet localisé à la muqueuse gastrique sans lésions œsophagiennes. J'ai observé personnellement un cas semblable, et la pièce figure au musée du laboratoire de parasitologie. Il s'agissait d'un cirrhotique qui présenta quelques semaines avant sa mort un muguet pharyngé auquel on n'attribua guère d'importance et qui fut soigné par le traitement ordinaire. A l'autopsie, on trouva dans la région cardiaque et sur la petite courbure un enduit crémeux, blanchâtre, assez épais et adhérent. L'enduit se détachait par plaques et montra à l'examen microscopique des filaments et des formes levures. Les cultures furent également positives.

Le malade n'avait pas présenté de troubles gastriques précis, différant de ce qu'on observe d'ordinaire à cet égard au cours de la cirrhose du foie. Il s'agissait là d'une véritable trouvaille d'autopsie. J'ajoute qu'on observe assez souvent dans les autopsies, sur la muqueuse gastrique, un enduit blanc, nacré, à contours cycliques. Mais il ne s'agit pas là du muguet, j'ai souvent examiné au microscope de ces enduits et l'on n'y trouve que des débris méconnaissables, et des cellules desquamées. D'ailleurs il n'est pas besoin du microscope en pareil cas, cet enduit blanc banal est plus mince, plus nacré, plus difficile à voir que le véritable enduit mycélien du muguet, qui lui diffère beaucoup d'aspect, et paraît fort rare. Il suffit d'être prévenu pour ne pas commettre d'erreur, et l'examen microscopique tranchera toujours la difficulté dans les cas douteux.

Muguet intestinal et anal. — L'existence du muguet intestinal est admise depuis que Parrot l'a décrit chez un nourrisson. Valleix, Seux et Robin l'avaient décrit avant lui, mais sans preuves certaines. Il ne paraît pas que, depuis Parrot, on ait publié d'autres cas de muguet intestinal authentique.

Le muguet anal, signalé par Robin et Bouchut, sans preuves microscopiques, ne semble pas non plus devoir être maintenu.

Muguet du sein et des organes génitaux externes. — Le muguet se voit parfois sur le mamelon des nourrices. La contagion par la bouche du nourrisson atteint de stomatite crémeuse est évidente. Cette localisation de l'*Endomyces albicans* est sans gravité et guérit rapidement par de simples lavages à l'eau bouillie.

Le muguet des grandes lèvres et du prépuce est admis par Achalme, mais doit être vraiment fort rare, s'il existe. Signalons à ce propos, bien qu'il ne s'agisse pas de l'*Endomyces albicans*, l'observation de Queyrat et Laroche, où ces auteurs trouvent le *Parendomyces albus* dans les fausses membranes d'une métro-vaginite.

Muguet pulmonaire. — J'ai décrit en 1911 cette forme particulière du muguet viscéral (1), et montré les relations fréquentes de l'infection albienne et de l'infection éberthienne en pareil cas. Les observations de muguet pulmonaire sont d'ailleurs des plus rares, et on n'en compte guère que 7 dans la littérature médicale, d'après mes recherches. Ce qui frappe

(1) Le premier cas de muguet pulmonaire est dû à Parrot.

dans l'étude de ces observations, c'est la coexistence de la dothiénentérie. Les malades présentent une stomatite ou une pharyngite crémeuse, au début de leur fièvre typhoïde, puis vers le début de la convalescence surviennent des phénomènes pulmonaires graves. L'état général s'aggrave progressivement. Dans le cas que j'en ai publié on notait aux deux sommets des râles humides, et de la matité dans les fosses sus-épineuses. L'expectoration est caractéristique, de couleur rose vineux, les crachats sont consistants, roulés, adhérents et volumineux. Leur aspect rappelle celui des crachats pneumoniques, et rien ne pourrait faire songer à l'infection albienne si l'on ne pratiquait l'examen microscopique. Au microscope, sur des frottis colorés, on aperçoit un certain nombre de leucocytes et de travées fibrineuses, entre lesquels se trouvent en abondance des grains de levure. On ne rencontre pas un seul filament mycélien. Cet aspect est donc bien différent de celui d'une fausse membrane, ou de l'enduit du muguet buccal ou pharyngé, lequel est classique et représente un feutrage de filaments mycéliens plus ou moins accolés et enchevêtrés. Les polynucléaires et les lymphocytes y sont exceptionnels, les cellules épithéliales desquamées étant en majorité, alors que sur les frottis de crachats de pneumonie albienne elles sont absentes.

Les *lésions anatomiques* observées sur le poumon sont analogues à la pneumonie grise. Sur les coupes on trouve des alvéoles bourrées d'un exsudat cellulaire, et les travées pulmonaires sont épaissies et occupées par des vaisseaux capillaires néoformés. En d'autres points on constate de la caséification évidente. Le parasite n'est pas toujours rencontré dans la lésion à l'observation microscopique, mais on le trouve par la méthode des cultures.

Il semble d'ailleurs qu'il y ait deux formes anatomiques du muguet pulmonaire. La première, la *forme bronchitique*, décrite par Grawitz et Parrot, montre l'envahissement des bronches même fines par des filaments endomycéliens et de la réaction inflammatoire à la périphérie des bronches lésées. Cette forme semble due à l'extension à l'arbre respiratoire du muguet bucco-pharyngé et l'infection de l'appareil pulmonaire se fait dans ce cas par *contiguïté*. Il n'en est pas de même dans la *forme pneumonique* du muguet pulmonaire que j'ai décrite après Schmorl. Dans ce cas l'infection pulmonaire se fait par voie sanguine. Les lésions observées sont des lésions du parenchyme pulmonaire, et le parasite y est impossible à retrouver sur les coupes. On ne peut le déceler que par les cultures.

La *gravité* de cette généralisation pulmonaire du muguet est considérable. Cette gravité n'est pas due à l'action du parasite autant qu'à l'état de déchéance des sujets sur lesquels il se développe. Le développement de l'*Endomyces albicans* dans le poumon n'est en général que le coup de grâce porté à un organisme frappé antérieurement par une autre infection. J'ai montré l'importance de la dothiénentérie en pareil cas; l'infection éberthienne fait le lit de l'infection albienne. Cette notion permettra de faire une *prophylaxie* efficace en surveillant attentivement la bouche et le pharynx des typhiques. Le muguet devra être surveillé chez eux de très près et combattu énergiquement.

Muguet rénal. — Cette localisation du parasite s'observe rarement chez l'homme; elle a été vue par Schmorl, par Stooss, et nous en avons observé récemment un cas avec Rafin et J. Guiart.

Les *lésions anatomiques* observées dans cette affection ont été étudiées surtout expérimentalement par un grand nombre d'auteurs, chez le lapin.

Roger et Josué ont bien décrit les granulations albiennes produites par inoculation intraveineuse. La surface des reins est criblée de petits tubercules blancs, séparés seulement par de minimes espaces sains. Les tubercules abondent dans la substance corticale, et sont rares dans la pyramide.

Au microscope, on voit que ces tubercules sont constitués par des amas de cellules embryonnaires. C'est dans les glomérules que se développent primitivement les tubercules albiens.

Ces infections rénales par voie sanguine ne peuvent être réalisées qu'avec des cultures virulentes.

On peut aussi infecter le rein par inoculation d'une culture directement dans le bassinet, après ligature de l'uretère. On voit ainsi se développer une pyélonéphrite albienne, comme j'ai pu l'observer moi-même avec le professeur J. Guiart.

Chez l'homme, la localisation rénale de l'*Endomyces albicans* est très rare. Elle a été observée par Schmorl dans un cas de muguet généralisé, avec abcès métastatiques dans tous les viscères.

Mais il y a certainement des infections albiennes localisées. On trouve souvent dans les urines et spécialement dans les urines des diabétiques la forme levure de l'*Endomyces albicans*. Il ne s'agit pas de développement accidentel du parasite dans les urines sucrées laissées exposées à l'air, et j'ai observé ces formes levures dans l'urine recueillie par cathétérisme aseptique, alors que j'étais interne de la clinique du professeur Teissier.

Cependant la présence de l'*Endomyces albicans* dans ces urines ne s'accompagne d'aucun symptôme clinique. Le parasite vit en commensal dans la vessie ou plutôt dans l'urine, et il ne cultive pas dans les tissus,

Je ne rapporte ces faits que pour montrer qu'il est possible que, dans certains cas, l'affection albienne remonte le long de l'arbre urinaire jusqu'au rein pour le léser. Il semble donc qu'on puisse envisager deux modes d'infection possible du rein par la voie sanguine et par l'uretère.

Muguet généralisé et septicémie albienne. — Il existe quelques observations (Schmorl, Baginsky, Zenker et Ribbert, Monnier), où se trouvent rapportés des faits de généralisation d'une infection d'abord bucco-pharyngée à divers organes internes; mais dans ces observations anciennes, l'hémoculture ne fut jamais pratiquée.

L'observation de Schmorl paraît cependant parfaitement authentique. Il s'agissait d'une fillette qui fut atteinte d'une affection clinique ressemblant à la

fièvre typhoïde. Ce diagnostic clinique fut modifié à l'autopsie, où l'on découvrit des nodules albiens dans la plupart des viscères : cerveau, rein, poumon, rate.

A Lyon, une observation récente de Lesieur présente à ce point de vue le plus grand intérêt. Là encore, après une infection locale prise pour une diphtérie (forme pseudo-membraneuse du muguet pharyngé), apparurent des phénomènes généraux réalisant le tableau clinique d'une fièvre typhoïde, ataxo-adynamique, accompagnée de dysphagie œsophagienne.

Les cultures de l'exsudat bucco-pharyngé, et les cultures du sang donnèrent de l'*Endomyces albicans*.

A l'autopsie, on ne trouva pas de nodules albiens dans les viscères, mais seulement des exsudats dans l'œsophage, la trachée, le larynx et les bronches. Ces exsudats montrèrent surtout la forme mycélienne du parasite, alors que dans le sang on trouva exclusivement la forme levure.

Ainsi l'existence du muguet septicémique paraît indiscutable. Cette infection sanguine par l'*Endomyces albicans* succède en général à une infection locale bucco-pharyngée, comme cela se produit aussi au début de l'infection pulmonaire ou rénale de ce même parasite.

Cette infection sanguine s'accompagne d'un état général typhoïde, et comporte un pronostic extrêmement sévère.

Le *diagnostic* de l'infection peut être fait pendant la vie par l'hémoculture (Lesieur).

Les *lésions anatomiques* sont constituées dans certains cas par des nodules albiens et des abcès miliaires localisés dans les différents viscères ; mais ces abcès peuvent manquer dans d'autres cas, le parasite cultive dans le sang, sans coloniser en aucun point de l'organisme. Dans le premier cas, on a affaire à la *forme généralisée* du muguet, dans le second à la *forme septicémique*.

Expérimentalement, on peut réaliser l'infection albienne généralisée (Grawitz, Klemperer, Roux et Linossier, Charrier et Ostrowsky, Grasset).

Il faut recourir pour cela à l'inoculation intraveineuse de cultures virulentes. Les lapins, inoculés de cette façon, meurent en cinq à six jours, on trouve une multitude de foyers métastatiques dans les viscères, surtout dans le rein. Le sang du cœur renferme aussi le parasite. Cette infection expérimentale, réalisée souvent, n'est cependant pas toujours facile à obtenir. La réussite dépend de la virulence des cultures. Certaines cultures donnent des succès, alors que d'autres obtenues de lésions humaines en apparence identiques et dans les mêmes conditions ne donnent rien.

BIBLIOGRAPHIE

Pour la bibliographie antérieure à 1891, consulter ACHALME (P.), Le champignon du muguet, Revue générale, in *Gaz. des hôpit.*, 1891, p. 453.

ARTAULT (S.). Flore et faune des cavernes pulmonaires, *Arch. de parasitol.*, 1898, I, 2, p. 217.

BEAUVERIE et LESIEUR. Etudes de quelques levures rencontrées chez l'homme dans certains exsudats pathologiques, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1912, t. XIV, n° 5, p. 983.

BAGINSKY. Un cas de muguet pulmonaire, *Soc. de méd. berlinoise*, 29 juin 1910.

BOÏADJEFF. *Contribution à l'étude clinique du muguet chez l'enfant*, Th. de Montpellier, 1899.

BOURGUIGNON *Formes microbiennes du champignon du muguet*, Th. de Paris, 1906.

CASTELLANI. Observations on fungi of the genus Endomyces affectings man in the tropics, *Centralbl. f. Bakt. Parasit. und inf. Krank.* (*erste Abt.*), 1911, t. LVIII, p. 236-238.

COMMANDEUR, SARGNON et RENDU. Infection puerpérale et muguet œsophago-gastrique. Œsophagoscopie, *Province méd.*, 1910, p. 175.

DAÏREUVA. *Recherches sur le champignon du muguet et son pouvoir pathogène*, Th. de Nancy, 1899.

GRASSET (H.). *Etudes sur le muguet*, Th. de Paris, 1894; — Etude d'un champignon parasite de l'homme, *Arch. de méd. expérim.*, 1893, t. V, p. 664.

GUIMBETIÈRE. *Essai sur l'angine pseudo-membraneuse due au muguet*, Th. de Toulouse, 1896.

GUIDI. Ueber Soor, seine Mykologie und Metastasenbildung, *Wiener med. Blatt.*, 1896.

GARIN et REBATTU. Un cas de mycose pulmonaire due au muguet, *Lyon méd.*, 1911.

GARIN. Le muguet pulmonaire et ses relations avec la dothiénentérie, *Semaine méd.*, 1911.

HELLER. Beitrag zur Lehre von Soor, *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1894, t. LV, p. 123.

LESAGE. *De la Possibilité de quelques mycoses dans la cavité respiratoire basée sur l'hygrométrie de cette cavité*, Th. de Paris, 1899.

MAXIME. *Contribution à l'étude du muguet idiopathique chez les adultes en bonne santé*, Th. de Paris, 1907.

NOISETTE. *Recherches sur le champignon du muguet*, Th. de Paris, 1898.

OSTROVSKY (E.). *Recherches expérimentales sur l'infection générale produite par le champignon du muguet*, Th. de Paris, 1895-1896.

PARROT. Note sur un cas de muguet du gros intestin, *Arch. de physiol. norm. et pathol.*, 1870, t. III, 5-6, p. 621; — Du muguet gastrique et de quelques autres localisations de ce parasite, *Arch. de physiol. et de pathol.*, t. II, 1869.

PINEAU. *Généralisation du muguet chez l'homme*, Th. de Paris, 1898.

RAJAT. *Etude morphologique, cytologique et critique du champignon du muguet*, Th. de Lyon, 1906.

ROGER et JOSUÉ. Des altérations du rein dans l'oïdiomycose expérimentale, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris 1897.

ROUX et LINOSSIER. Recherches morphologiques sur le champignon du muguet, *Arch. de méd. expérim.*, 1890, p. 62.

SAVOURÉ. *Recherches expérimentales sur les mycoses internes et leurs parasites*, Th. de Paris, 1905.

SCHMORL. Ein Fall von Soormetastase in der Niere, *Centralbl. f. Bakt.*, Bd VII, 1890.

STŒCKLIN (H. DE). Recherches cliniques et expérimentales sur le rôle des levures trouvées dans les angines suspectes de diphtérie, *Arch. de méd. expérim. et d'anat.*, 1898, t. X, p. 1.

STOOS. Untersuchungen über den Soor des Mundes, *Mitt. a. Klin. und med Instit. von Leipsig*, 1895.

WAGNER. Zur Kenntniss des Soors des Œsophagus, in *Jahrb. d. Kind.*, 1868.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

Ve CONGRÈS DE PHYSIOTHÉRAPIE

DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE

Par MM. LAQUERRIÈRE et DELHERM.

Le Congrès qui s'est tenu les 14, 15 et 16 avril à la Faculté de médecine comptait plus de 200 adhérents parmi lesquels nous citerons seulement :

Le professeur Wertheim Salomonsen (d'Amsterdam), le professeur Bergonié (de Bordeaux), le professeur Doumer (de Lille), le docteur A. Béclère; Belot, président de la Société de radiologie; le professeur Zimmern, président de la Société d'électrothérapie; Howard-Humphris, Cyriax (de Londres), Libotte, Henrard, Matagne, van Pée (de Bruxelles), François (d'Anvers), le professeur Edmundo Xavier (du Brésil), du Bois (de Genève), Wuyllamoz (de Lausanne), le professeur Michaux (de Dijon), Durand-Fardel, Glénard (de Vichy).

PREMIÈRE SÉANCE

Présidence de M. Landouzy, puis de M. Cyriax (de Londres).

La séance inaugurale fut ouverte comme d'habitude par le professeur Landouzy qui est le protecteur persévérant de ces Congrès; dans son discours il a, avec l'éloquence qu'on lui connaît, exposé l'importance pour le médecin de ne pas s'en tenir au traitement ni des symptômes ni du syndrome, mais bien de rechercher l'étiologie de ce syndrome; tel diabétique, par exemple, n'est diabétique que parce que syphilitique, et toutes les cures, médicamenteuses, diététiques, physiques, etc., dirigées contre l'ensemble des troubles causés par la glycosurie échoueront tant qu'on ne soignera pas la maladie qui, chez ce sujet, détermine le syndrome. L'étude attentive et concrète de séries de sujets atteints de maladies de la nutrition, semblables au premier abord, permet de considérer ces troubles de la nutrition comme résultats de maladies infectieuses, toxiques ou parasitaires qui souvent ont passé inaperçues. La fonction de nutrition ne peut elle-même enfanter le déterminisme causal de ses propres déviations.

Nous ne pouvons citer que la péroraison qui fut couverte d'applaudissements :

« De ce que tant de syndromes, de ce que tant d'états dyscrasiques éclosent et se développent héréditairement, il vous apparaîtra, Messieurs, combien grande en puériculture est la place à prendre, en matière de rénovation des milieux humoraux, en matière de restauration et de régulation des appareils de tant d'enfants chétifs, malingres, lymphatiques, mous, débiles, abâtardis, arrêtés dans leur développement. N'appartient-il pas à la physiothérapie de faire de ces enfants « aux dents agacées par les raisins verts qu'ont mangés les parents » des hommes aux humeurs modifiées, aux tempéraments renouvelés, aux constitutions transformées, sachant se défendre contre tant d'affections qui les menacent, contre les infections et les intoxications qui de toutes parts les guettent?

Quelles ressources, combien puissantes et variées, n'apporte pas la physiothérapie au praticien quand, dans les hautes visées auxquelles doit tendre l hygiène thérapeutique, comme la médecine sociale, non satisfait de soulager et de guérir ses clients, le praticien, n'envisageant plus seulement les individus, mais rêvant d'être plus empêcheur de maladies que guérisseur de malades, et prenant en mains les intérêts de la race, s'ingéniera à pallier aussi bien les états diathésiques, les perversions organiques, les déviations nutritives acquises que les vices héréditaires.

Ainsi comprise, quelle plus ample tâche que celle des physiothérapeutes; quel plus beau rôle à assigner, Messieurs, à vos efforts; quel noble but à proposer aux recherches, aux études et aux inventions que vous soumettez au jugement de vos pairs en ce Congrès que j'ai l'honneur de déclarer ouvert en cette maison, quoiqu'on dit hospitalière, en cette maison qui aime, Messieurs, à se parer de l'éclat qui sur elle rejaillira de l'importance de vos travaux. »

Le professeur Maurel, président de la commission d'organisation, après avoir remercié ceux qui ont contribué au succès du Congrès, notamment M. Landouzy, président d'honneur, M. Laquerrière, secrétaire général, M. Delherm, trésorier, et M. Haret, directeur de l'exposition, étudie quel peut être le mode d'action intime des agents physiques pris dans leur ensemble. Il rappelle ces lois de Cl. Bernard relatives aux agents chimiques : que ces agents agissent sur les éléments anatomiques; que chacun d'eux agit électivement sur un de ces éléments et que cette électivité se maintient chez tous les animaux. Il cite ensuite des faits relatifs à la chaleur, au froid, aux rayons X et au radium, qui permettent de supposer que ces mêmes lois s'appliquent aux agents physiques. Mais il reste dans une sage réserve et il conclut en appelant l'attention et les recherches des divers physiothérapeutes sur cette intéressante question.

M. Laquerrière, secrétaire général, expose brièvement les projets des organisateurs du premier Congrès, il rappelle comment, grâce à l'appui de MM. Landouzy et Bergonié, ces projets se sont réalisés, et combien depuis sept ans la physiothérapie a grandi; il espère que désormais le Congrès pourra de temps à autre tenir ses assises successivement dans les divers pays de langue française. Il prononce quelques paroles en mémoire des habitués du Congrès qui ont disparu et en particulier de Stapper qui fut président du IIe Congrès. Il termine, enfin, en souhaitant la bienvenue aux étrangers.

***

La première question à l'ordre du jour, *Rôle des divers agents physiques et plus particulièrement du mouvement dans les psychasthénies*, donne lieu aux communications et aux discussions suivantes.

Le mouvement dans la thérapeutique des névroses. — M. Sollier montre que dans toute névrose il y a des troubles de la mobilité et de la sensibilité. Les exercices de mobilisation passive combattent l'état d'appréhension et de phobie; les exercices de relâchement musculaire correspondent à la détente morale; enfin les exercices volontaires d'adaptation motrice conviennent à la période de rétablissement de l'équilibre psychique et physique. C'est dans l'emploi gradué et successif que réside la méthode. Ce traitement, qui est different de la psychothérapie parce qu'il aborde le malade par le côté physique plus facilement accessible, n'exclut pas la psychothérapie.

Rôle des agents physiques dans les psychasténies, en particulier de la méthode psycho-dromotherapique du docteur Burlureaux. — M. Lanel. Une cure dans une ville d'eaux munie de toutes les installations modernes peut être indiquée, comme Vichy pour les affections de l'estomac et du foie, Châtel-Guyon pour celles de l'intestin, Vittel pour celles du rein, etc., compliquées de troubles du dynamisme mental. Les exercices physiques améliorent les fonctions organiques et remontent le capital nerveux des épuisés; en même temps ils ont un effet psychologique, ils stimulent la volonté. Le docteur Burlureaux, utilisant la course en flexion du commandant Raoul (1890), a créé il y a quatorze ans et perfectionné une méthode dénommée dromothérapie en 1906, méritant aujourd'hui le nom de *psycho-dromothérapie*. La marche en flexion est pratiquée dans un grand jardin, le matin, sous la direction du médecin lui-même, et suivie d'une douche. Le médecin insuffle sa volonté au patient, l'égaie, fait de la psy-

chothérapie dérivative. Peu à peu l'exercice devient plus actif, le malade un collaborateur plus sûr et le médecin s'efface.

Psychothérapie et physiothérapie. — M. FRAIKIN. La psycho et la physiothérapie seront associées. La physiothérapie n'agit pas seulement par suggestion. Elle permet de s'assurer la confiance du malade en le soulageant en améliorant ses symptômes et vient ainsi en aide au traitement psychothérapique. Le courant faradique sera employé dans les anesthésies. La contraction musculaire électrique permettra de prouver au malade que ses muscles peuvent encore fonctionner.

Le rôle de l'exercice dans les neuropathies. — M. DUBOIS (de Saujon). Le névropathe a besoin physiquement et moralement d'être entraîné, la course en flexion est un des meilleurs modes d'entraînement; car les prescriptions sont précises, bien déterminées et bien réglées; mais on peut régler aussi l'usage de la bicyclette, du tennis, du golf, de la méthode de Hébert. Dans tous ces cas, il faut que ce soit le médecin qui dose et dirige.

La rééducation des mouvements n'agit pas dans toutes les psychonévroses. — M. KOUINJDY. L'astasie abasie, le pseudo-tabes neurasthénique, les tics, le torticolis mental, les crampes professionnelles en retirent de grands bénéfices. Chez le neurasthénique, la rééducation ne donne de bons résultats que lorsque le sujet acquiert la conviction de l'utilité des exercices. Les hystériques, les psychiques purs ne sont pas rééducables. En somme la rééducation des mouvements rend de grands services dans le traitement des psychonévroses, elle est dans ces cas plutôt psychomotrice que motrice, elle doit donc être considérée comme un adjuvant au traitement psychothérapique.

M. DUHAIN. Le **traitement de la psychasthénie** doit, en raison de la nature de l'affection, être avant tout *causal et psychothérapique*. Les causes sont lointaines (hérédité, éducation), prochaines (troubles de la nutrition, de la digestion, des glandes endocrines), immédiates (émotions, traumatismes, fatigues) : contre les premières, la diététique, les jeux, les sports (kinésithérapie), contre les autres et contre les divers symptômes, l'électricité (constipation, troubles de la nutrition, hyperexcitabilité), l'hydrothérapie, même la radiothérapie (hyperthyroïdie), aideront l'action primordiale de la psychothérapie, mais la kinésithérapie est le plus important de tous les agents physiques, elle agit sur les spasmes et les crampes; elle agit par suggestion (bandeau frontal de Dubois [de Saujon]), et enfin, elle rétablit l'équilibre entre les fonctions cérébrales et l'activité physique. Comme mesure prophylactique, nous devons chercher à agir sur les pouvoirs publics en vue d'obtenir la réduction des programmes scolaires et le développement de l'éducation physique.

Rééducation électrique et accident du travail. — M. LAQUERRIÈRE. L'accidenté du travail est un malade spécial, pour lequel tout en soignant la lésion il faut empêcher l'évolution de la *sinistrose*. Le médecin électricien est dans une situation spéciale, s'il s'occupe de son blessé, pour dépister les manifestations de cet état, et pour lutter, grâce à la diversité de ses moyens d'action, immédiatement contre elles. La révulsion électrique avec ses différentes modalités mérite de jouer un grand rôle dans les troubles sensitifs (anesthésies et algies) surajoutés aux suites directes du traumatisme. Elle a d'ailleurs en même temps une action très importante sur les troubles circulatoires. La gymnastique électriquement provoquée permet de remédier, sans heurter les convictions du sujet, à l'immobilisation intempestive à laquelle il est soumis trop souvent. Elle forme de plus le meilleur moyen (parce qu'active quoique involontaire) de commencer la rééducation motrice.

Le sport et le surentraînement, causes de psychonévroses. — M. CHARTIER. On observe des malades, chez lesquels le surentraînement, surtout lorsqu'il est associé à une certaine activité de vie professionnelle, a déterminé un état neurasthénique ou psychasténique. Ceux qui ont une vie intellectuelle intense, à qui incombent des responsabilités sérieuses, doivent, tout en se maintenant dans un état physique satisfaisant, éviter le surmenage et l'amaigrissement.

M. SOLLIER. La physiothérapie et la mécanothérapie doivent être associées à la psychothérapie. L'état général a une grande importance. Lorsque l'amaigrissement survient, il y a lieu de maintenir le sujet au repos. Le surmenage musculaire ne peut qu'augmenter le surmenage nerveux.

DEUXIÈME SÉANCE

Présidence de M. FRANÇAIS (d'Anvers).

Rôle des agents physiques dans la goutte.

Kinésithérapie. — MM. DAUSSET et BÉCUS. Le rôle de la kinésithérapie peut être considérable, comme préventif et comme curatif. L'exercice brûle le glycose, consomme les matériaux accumulés, augmente la capacité et les échanges respiratoires, augmente la chaleur animale, tonifie le système nerveux. Mais l'entraînement sous peine de réveiller des crises doit être particulièrement lent et progressif, on passera donc par trois phases :

1° Préparation ou nettoyage dans laquelle on essaye par des cures de diurèse, de régime, de massage, de purgation, par l'emploi de la kinésithérapie passive, de diminuer le taux de l'urée et de rétablir le fonctionnement normal des divers systèmes de l'organisme.

2° Entraînement dans lequel la volonté du malade participera au traitement (kinésithérapie active), mais en évitant tout surmenage. Le malade devra augmenter par-dessus tout sa capacité thoracique, sa surface musculaire, son activité cutanée, sa tonicité neuro-musculaire. Les moyens utilisés seront d'abord la promenade, la marche, la gymnastique respiratoire, la gymnastique suédoise, etc., plus tard ce sont les exercisseurs, la gymnastique naturelle d'Hébert; enfin le sport sans violence. Le goutteux, en dépit des préjugés, doit pousser l'exercice jusqu'à l'apparition de la transpiration. L'urine, le pouls, la tension artérielle, la spérométrie seront constamment surveillés.

3° Phase d'équilibre neuro-musculaire : elle commencera quand le goutteux sera convenablement entraîné et qu'il résistera normalement à la fatigue. Pour maintenir son équilibre, il devra s'astreindre à pratiquer chaque jour, toute sa vie, un travail suffisant : sport doux, gymnastique de chambre.

Le massage général est utile dans la phase préparatoire. Le massage local est contre-indiqué dans la crise aiguë. Le massage local et la gymnastique passive (gymnastique électriquement provoquée du professeur Bergonié), la mécanothérapie, constituent, avec la cure de diurèse des eaux vosgiennes, le traitement efficace des arthropathies chroniques et des séquelles de la crise de goutte. Le massage et la mobilisation trop énergiques peuvent provoquer la crise dans les cas subaigus.

La kinésithérapie, avec toutes ses ressources, est capable de supprimer les effets de la goutte, mais non la goutte elle-même.

Radiodiagnostic de la goutte. — MM. DESTERNES et BAUDON. *Goutte nettement différenciée.* — L'élément caractéristique est le *tophus*, ou dépôt de sels uratiques. Il envahit de préférence les parties molles périarticulaires, mais aussi le tissu osseux. De par sa composition chimique il est un dissolvant énergique des lamelles osseuses, d'où il résulte que, partout où il s'installera, l'os sera progressivement détruit et

présentera à l'examen radiographique une transparence anormale : *taches claires* constituant soit des *lacunes* dans le corps de l'os, soit des *encoches* à sa périphérie. Le siège de prédilection de ces taches claires est l'épiphyse. En général, et c'est là un signe important des lésions goutteuses, l'articulation est relativement peu touchée; il y a donc une disproportion très réelle entre l'aspect clinique et l'aspect radiographique.

Rhumatisme goutteux. — Il revêt tous les aspects du rhumatisme chronique. C'est ainsi qu'on distingue : 1° le *type fibreux*, dans lequel la radiographie montre l'intégrité presque complète et des os et de l'articulation; 2° le *type noueux* portant surtout sur les articulations des doigts, dans lequel la radiographie décèle, sur les parties latérales des extrémités épiphysaires, des nodosités de teinte claire qu'un mince liseré opaque borde du côté de l'os sain; on peut aussi noter au niveau de certaines articulations (surtout entre la phalangine et la phalangette) de l'encrassement articulaire des ostéophytes; 3° le *type déformant* ressemblant cliniquement au rhumatisme déformant vrai, mais en différant radiographiquement; alors, en effet, que dans cette dernière affection il y a destruction de l'os par véritable fonte atrophique, effondrement du cartilage, suppression de l'articulation par ankylose ou luxation, dans le rhumatisme goutteux l'os raréfié par place conserve dans l'ensemble sa structure et l'articulation est presque toujours indemne.

Localisations se rattachant à la goutte. — Ce sont des accidents localisés dont la nature demeure discutée. Ils comprennent : 1° le *rhumatisme ostéalgique* caractérisé au point de vue radiologique par la présence de petites nodosités miliaires sous-périostées de teinte claire ; 2° les *nodosités d'Héberden* se revélant à la radiographie tantôt par un très léger degré d'exostose recouvert de nodosités purement fibreuses, tantôt par de véritables nodosités osseuses claires, tantôt par des végetations opaques d'ostéite hypertrophiante; 3° les *nodosités de Bouchard*, ayant à un moindre degré les mêmes signes radiologiques.

Au niveau des grandes articulations, coude, épaule, genou, hanche, les lésions sont un peu différentes de celles que nous avons décrites et qui se rapportent surtout à la main et au pied. On observe surtout un aspect irrégulier, effiloché, flou des extrémités osseuses qui se sont laissé pénétrer sur leur pourtour par les tophus périarticulaires.

Les lésions osseuses de la goutte, les taches claires de destruction et d'infiltration uratique sont absolument pathognomoniques. La tuberculose, l'actinomycose donnent, la première des taches à contours moins nets, la seconde des lacunes entourées d'ostéite condensante marquée; d'autre part les signes cliniques diffèrent totalement.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 22 AVRIL 1914)

Fracture du scaphoïde. — M. Picqué fait un rapport sur une observation de M. Baudet. Il s'agit d'un cas de fracture en trois fragments du scaphoïde avec fracture du cuboïde. M. Baudet crut devoir intervenir; il enlève successivement les trois fragments et par une incision verticale se dirige sur le cuboïde qu'il trouve également fracturé en trois parties qui adhèrent entre elles. Il laisse le cuboïde en place et établit une arthrodèse. Le blessé était guéri après deux mois.

Depuis la radiographie les cas de fractures du scaphoïde se sont multipliés, et les cas de luxations sont devenus beaucoup plus rares, ce qui démontre qu'on prenait pour des luxations des cas de fractures. Toutefois la radiographie peut induire en erreur. Elle doit être contrôlée par l'intervention. M. Baudet, dans son cas, a bien fait de recourir d'emblée à la résection.

Contusion du thorax, blessure du foie. — M. Lenormant analyse une observation d'un confrère de Nantes. Un jeune ouvrier de dix-sept ans, réparant un ascenseur, est pris entre celui-ci et le sol : contusion du thorax, quelques heures après contracture abdominale et signes d'hémorragie interne, intervention immédiate; on trouve du sang dans le ventre. On fait un débridement latéral, arrive sur le bord antérieur du foie dont un lambeau est détaché, trouve une profonde fissure se dirigeant vers la face convexe, et, non sans difficultés, place quelques points de suture qui heureusement ne coupent pas le tissu hépatique. Mais la fissure se prolongeait très profondément et il ne fut pas possible de la suturer jusqu'au bout. On y plaça un drain et le malade guérit avec une fistule biliaire, mais il ne guérit pas sans incidents. Il eut de la congestion pleuro-pulmonaire.

M. Lenormant a observé trois cas analogues. Dans l'un de ces cas il s'agissait d'une rupture du foie par coup de pied de cheval. Survint un syndrome abdominal net qui commandait une intervention immédiate. M. Lenormant trouva du sang dans le ventre. Il n'y avait pas de fissure profonde mais la capsule droite du foie était décollée et recouvrait un énorme hématome. En outre, il y avait une série de petites fissures qui saignaient. M. Lenormant se contenta de tamponner. Le malade succomba le troisième jour.

Le second fait concerne un garçon de douze ans qui s'est trouvé pris entre un train du métropolitain et le quai. Malgré une contraction abdominale très nette, le chirurgien de garde ne crut pas devoir intervenir. Le lendemain matin M. Lenormant opéra, trouva du sang dans le ventre et une lésion au niveau de la face convexe du lobe droit du foie. Celui-ci était gros et gras, les fils coupèrent. M. Lenormant se contenta de tamponner et le malade guérit après un abcès sous-phrénique qu'il fallut ouvrir.

En matière de traumatismes du foie, il est une question de diagnostic qui a son importance. Il n'y a pas de signes indiquant avec certitude que le foie est touché. On a mentionné le ralentissement du pouls qui n'a qu'une valeur relative. L'hémorragie interne doit faire penser à une lésion hépatique.

Quant à l'intervention, les résultats n'en sont pas toujours très brillants. M. Lenormant a relevé 60 p. 100 de mortalité sur les cas qu'il a pu recueillir. A quoi tiennent ces mauvais résultats ? A la gravité de la lésion, à la difficulté de l'opération. La suture est le traitement idéal, mais elle n'est pas toujours possible. La grosse difficulté est de bien exposer la lésion. La laparotomie médiane est insuffisante. La grande incision transversale semblerait préférable.

M. Cunéo, pour bien exposer la région du foie où l'on doit agir, se place du côté gauche du malade et fait renverser celui-ci sur le flanc gauche. Dans cette position toutes les anses intestinales se portent dans le flanc gauche et le foie se trouve bien dégagé.

Résection de la hanche. — M. Lejars estime que les indications de cette opération sont devenues plus fréquentes et qu'elle est apte à donner de bons résultats. On peut l'appliquer à la coxalgie, aux ankyloses, à l'arthrite déformante douloureuse, aux fractures, aux luxations irréductibles. M. Lejars l'a pratiquée dans un cas de luxation iléo-pubienne de la hanche gauche. Il réséqua la tête fémorale et une partie du col, mit un appareil à extension continue pendant trois semaines. Le malade a bien guéri. Il l'a également pratiquée dans un cas de fracture ancienne du col du fémur. On avait successivement porté les diagnostics de coxalgie, d'ankylose, d'arthrite déformante, de néoplasme. La radiographie montra

qu'il s'agissait d'une ancienne fracture. M. Lejars cite encore d'autres exemples dans lesquels la résection de la hanche a donné d'excellents résultats.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 10 AVRIL 1914)

Trois cas d'acromégalie paraissant unilatérale. — M. LACAILLE présente trois cas d'acromégalie paraissant unilatérale. Les radiographies des malades montrent, chose bizarre, étant donnée l'origine unique de l'hypophyse, que la selle turcique présente une loge plus large précisément du côté opposé aux membres atteints d'acromégalie.

M. TOLLEMER demande quel était l'état des cartilages de conjugaison du côté du gigantisme.

M. LACAILLE n'a rien constaté de ce côté, le sujet était âgé de cinquante-trois ans.

M. LAPOINTE se demande si l'on peut bien appeler ces faits acromégalie, car l'acromégalie unilatérale s'explique peu.

M. LACAILLE a intitulé sa communication : trois cas d'acromégalie... paraissant unilatérale, sans rien affirmer.

L'incision à soupape dans l'empyème et le contrôle à la Jacobœus. — M. Georges ROSENTHAL incise la peau selon une ligne située au-dessous de la côte à réséquer, de façon à éviter la permanence de l'ouverture large du thorax. Il respecte ainsi dans la convalescence la physiologie du poumon. De plus, grâce au thoracoscope de Jacobœus, il vérifie le retour à la motricité du poumon, gage d'une guérison rapide et complète facilitée par l'exercice physiologique de respiration.

M. LACAILLE. La radiographie donne en effet peu de résultats, mais la stéréo-radiographie est très précieuse.

M. ROSENTHAL. Les examens rapides radiographiques donnent des renseignements de premier ordre. La seule difficulté actuellement est de faire la radiographie au lit du malade; il faut espérer que ces examens seront facilités à tous points de vue.

Traitement de l'hypersthénie gastrique. — M. SALIGNAT. L'hypersthénie est un syndrome caractérisé par l'excitation de toutes les fonctions de l'estomac.

Ce syndrome apparaît sous l'influence de causes nombreuses (affections locales, affections abdominales et névroses).

Le traitement sera toujours dirigé contre la cause et contre l'excitation nerveuse; on prescrira le repos physique et moral; le régime consistera en diète absolue ou relative ou en alimentation aussi légère que possible. On pourra utiliser l'hydrothérapie, le massage ou l'électricité pour leurs effets calmants. On aura recours aux médicaments et aux cures thermales à action sédative.

Réponse aux objections faites à la nature saline de la vapeur d'eau de l'expiration. — M. A. COURTADE répond aux objections théoriques qui ont été faites à la nature saline de la buée respiratoire et apporte de nouveaux arguments à la réalité de cette affirmation.

Les maladies du cœur et de l'aorte. — M. Arthur LECLERCQ expose les conclusions de son volume sur les *Maladies du cœur et de l'aorte.* Dans cet ouvrage, l'auteur fait table rase des classifications anciennes pour les remplacer par un classement plus physiopathologique reposant sur trois syndromes : cardiosclérose, cardiartérite, cardiathérome, sclérose aortique, aortite et athérome de l'aorte. Grâce à la simplicité de cette méthode, il lui est possible de rapporter toutes les affections du cœur à l'un ou l'autre de ces trois syndromes et d'en déduire le pronostic et la thérapeutique.

FORMULAIRE

ENTÉRITES CHRONIQUES ET DIARRHÉES

Le képhir est un aliment excellent contre les diarrhées des hypopeptiques parce qu'il n'irrite pas l'intestin et que ses ferments exercent une action destructive non seulement sur les microbes intestinaux, mais aussi sur leurs toxines.

Donner le « Képhir Salières » à la dose d'un verre toutes les deux heures, pur ou coupé d'eau de Vals au début.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis d'Hygiène, par le docteur Jules COURMONT, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux, membre correspondant de l'Académie de médecine, avec la collaboration du professeur Ch. LESIEUR, directeur du Bureau d'hygiène de la ville de Lyon, médecin des hôpitaux, et du docteur A. ROCHAIX, chargé de cours, chef des travaux d'hygiène à la Faculté de Lyon. In-8 (de la Collection de Précis médicaux), de XVI 810 pages, avec 220 figures dans le texte en noir et en couleurs, cartonné toile souple. — Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

La Lutte contre la tuberculose. Tuberculose et sanatoriums populaires. Etudes, par le docteur G. ARTAUD, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un fort vol. gr. in-8 avec 6 planches. — Prix : 5 francs. — Paris, F. Alcan.

Le Traitement des scolioses graves par la méthode d'Abbott, par le docteur M. LANCE, ancien interne des hôpitaux de Paris, assistant d'orthopédie à l'hôpital Bretonneau. In-8 de 172 pages avec 84 figures originales. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1914, par H. BOCQUILLON-LIMOUSIN, docteur en pharmacie de l'Université de Paris. Introduction par le professeur Albert ROBIN. In-8 de 372 pages, cartonné. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Considérations biologiques sur le cancer, par le docteur Félix LE DANTEC, chargé du cours de biologie générale à la Sorbonne. In-16 de 52 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, A. Poinat.

Leçons de clinique médicale. — Thérapeutique. — Maladies du cœur, du docteur Henri DESPLATS, publiées par le docteur René DESPLATS. Un vol. de 368 pages. — Paris, Vigot frères; Lille, Giard.

Sérothérapie des néphrites (indications et utilisation du sérum rénal de chèvre en thérapeutique) (*Consultations médicales françaises*, fasc. 61), par le docteur J. TEISSIER, professeur de clinique, et le docteur Lucien THÉVENOT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. In-16 de 16 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco; abonnement annuel (12 fasc.) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

La Coagulabilité sanguine. Mesure clinique, par le docteur Marcel BLOCH. (Th. de Paris.) — Paris, Steinheil.

La Morale du médecin. Etudes sur le syndicalisme médical, par Victor PARANT, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris, secrétaire de l'Union des syndicats médicaux du sud-ouest. In 16 de 116 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Asselin et Houzeau.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 10 francs par an.
Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Épreuve clinique.* — Séance du 25 avril. — MM. Duvoir, 17; Lévy (Fernand), 19; Lemaire (Henry), 20.

Prochaine séance, mardi 28 avril, à seize heures trente, à l'Hôtel-Dieu.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Consultation.* — Séance du 24 avril. — MM. Pascalis, 16; Kendirdjy, 14; Okinczyc, 12; Martin, 15.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Un concours pour la nomination d'un médecin des hôpitaux sera ouvert le lundi 7 décembre 1914.

Les inscriptions seront reçues à l'administration centrale des hospices, 56, passage de l'Hôtel-Dieu, jusqu'au 28 novembre 1914.

CONCOURS DE L'INTERNAT DE SAINT-LAZARE. — Nous avons donné dans notre dernier numéro les notes obtenues.

Ont été nommés :

Internes titulaires : MM. Delotte, Blum, Gerber, Desaux, Bretegnier, Monnot, Dubois,

Internes provisoires : MM. Quesnel, Touchard, Gresset, Le Coq, Pelbois, Desfarges, Bertaux.

Le jury était composé de MM. Ozenne, président; Lacapère et Ermenge.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Sont nommés dans le corps des sapeurs-pompiers :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Rivron (de Nantes).

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. Montfort (de Nantes).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Picquot, médecin-major de première classe.

Officier d'Académie. — M. Jamot, médecin aide-major de première classe des troupes coloniales.

SOUSCRIPTION POUR L'ÉRECTION D'UN MONUMENT A JUST LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Le mouvement spontané de regrets et d'admiration soulevé par la mort de Just Lucas-Championnière s'est traduit par la formation d'un Comité, où se rencontrent en grand nombre ses maîtres, ses collègues, ses élèves et ses amis. Son but est d'élever un monument digne de sa mémoire.

Ce comité a décidé l'ouverture d'une souscription; tous ceux qui ont connu le Maître disparu et qui par conséquent l'ont aimé sont invités à y participer.

Aucun minimum n'a été fixé pour les cotisations.

Le bureau du comité est ainsi composé : président, M. le professeur Guyon, membre de l'Institut; vice-président, M. le professeur Laveran, membre de l'Institut; secrétaire général, M. le docteur Michon, chirurgien des hôpitaux; secrétaires, MM. les docteurs Dagron et Le Marc-Hadour; secrétaire trésorier, M. Georges Steinheil.

Les cotisatons sont reçues chez M. Georges Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

SOCIÉTÉ DE RADIOLOGIE MÉDICALE DE FRANCE. — Prix de thèse de radiologie. — La Société de radiologie médicale de France a décidé la fondation d'un prix annuel de 300 francs pour récompenser la meilleure thèse sur un sujet de radiologie soutenue durant l'année scolaire par un docteur en médecine français.

Pour 1914, le secrétaire général, docteur Haret, rue Pierre-Haret, 8, à Paris, recevra les thèses soutenues du 1er octobre 1913 au 1er octobre 1914 pour être soumises au jugement de la société. Les auteurs devront envoyer deux exemplaires de leur thèse et recevront avec un récépissé les conditions exactes du prix.

Le prix pour 1913-1914 sera décerné à l'assemblée générale annuelle, le mardi 8 décembre 1914.

JURISPRUDENCE

CONTRATS DE CLIENTÈLE ET HONORAIRES MÉDICAUX

Si le médecin peut réclamer ses honoraires en justice, les tribunaux cependant ont toujours prétendu en réglementer la demande. Et les cas, dans lesquels l'intervention du juge a été nécessaire, sont nombreux; celui que nous examinons aujourd'hui en est un qui est, avouons-le, fort délicat. Voici l'espèce.

Une nuit, le médecin habituel d'un client fut appelé d'urgence; la maladie, relevant de la chirurgie, un spécialiste fut mandé immédiatement, la nuit également. Le praticien diagnostiqua une appendicite, et le transport immédiat dans une maison de santé s'imposait.

Mais avant le transport du malade à la clinique, le chirurgien demanda à la femme du malade, le payement de ses honoraires, qu'il avait fixés à 2500 francs. La conjointe n'ayant pas les fonds à sa disposition signa une reconnaissance, par laquelle elle s'engageait à payer les honoraires dans les vingt-quatre heures. Mais le chirurgien, ne s'en tenant pas là, fit régulariser la reconnaissance par l'opéré lui-même, qui décédait deux jours après l'intervention.

Cependant le chirurgien ne fut pas réglé, et il demandait aux magistrats de la septième chambre du tribunal de la Seine, de condamner la veuve au payement intégral des 2500 francs. Cette dernière, sans méconnaître que des honoraires étaient dus au chirurgien, à raison de l'opération par lui pratiquée, soutenait que l'engagement pris par elle devait être déclaré nul, à raison des circonstances particulières dans lesquelles il avait été souscrit.

— Ma volonté, disait-elle en substance, n'a pas été libre. Dans l'appréhension d'un malheur irréparable, je n'ai pas hésité à signer l'engagement. Mais je n'avais pas une liberté d'esprit suffisante pour discuter le chiffre des honoraires réclamés. Mon mari et moi avons subi, du fait des circonstances, une violence morale, qui est de nature, aux termes des articles 1109 et 1113 du code civil, à vicier le consentement donné. J'offre toutefois au chirurgien 1000 francs d'honoraires...

Le tribunal devait donc examiner la question de savoir si l'engagement souscrit par la femme était juridiquement valable.

Le 1er avril 1914, il rendait un jugement dont voici les principaux attendus :

« Attendu que la violence ne se présume pas ; qu'il appartient dès lors à la dame G..., qui l'invoque, comme moyen de nullité, de faire la preuve que l'engagement, faisant l'objet de la reconnaissance litigieuse, a été déterminé par la menace ou tout au moins par la pression morale qu'aurait exercée abusivement le docteur S..., en vue d'obtenir son consentement et la ratification de ce consentement par son mari... ;

Attendu surabondamment, continue le jugement, que la dame G..., qui reconnaît être débitrice de la somme de 1000 francs à raison de l'opération faite par le docteur S..., ne pourrait se prévaloir de la violence morale qu'autant qu'elle établirait que la somme de 2500 francs, formant l'objet de la reconnaissance qu'elle a signée, serait exagérée et hors de proportion avec le service rendu et sa situation de fortune personnelle; qu'elle n'offre pas et ne tente pas de rapporter cette preuve ;

Attendu que le fait par un praticien de débattre d'avance le prix d'une opération et d'en exiger le payement anticipé est une question de tact et d'opportunité, qui relève de sa conscience et dont il est seul juge. »

Si le chirurgien a usé envers ses clients des procédés d'une pratique courante dans certains pays étrangers, et qui semble n'être pas encore entrée dans nos mœurs, le tribunal a estimé que le chirurgien pouvait le faire, que c'était simplement une question de tact et d'opportunité relevant de sa conscience et qu'il n'outrepassait pas ses droits en agissant ainsi. Un jugement de la justice de paix du Ve arrondissement de Paris, rendu le 6 avril 1906 (*La Loi*, 1906, p. 274), a posé les mêmes principes. Il s'est borné à examiner en droit le point qui lui était soumis.

Lorsqu'il existe entre le médecin et le malade une convention fixant soit le prix des visites, des consultations, soit le prix d'une opération, il est certain qu'il ne peut y avoir aucune difficulté en ce qui concerne le règlement des honoraires, lorsqu'ils sont librement consentis; la convention fait la loi des parties; l'une ne saurait réclamer plus, ni l'autre offrir moins. La seule contestation qui peut être soulevée, est, quand le malade ne peut, en raison de son état de maladie, discuter avec son médecin le prix des soins à donner. Mais généralement, la famille du malade le remplace. La convention qui intervient est des plus régulières, et la jurisprudence la consacre (Trib. Seine, 22 déc. 1837, *Sirey*, 39.1.663 ; Trib. Senlis, 30 juin 1853, *Le Droit*, 24 juil. 1853 ; Trib. Seine, 23 fév. 1907, *Gaz. Palais*, 1907, 1.308).

Mais elle apporte à ce principe une certaine atténuation, et elle n'hésite pas, sur les moindres indices, à prononcer la nullité des conventions pour cause de violence (Trib. Seine, 13 fév. 1894, *Presse médicale*, nov. 1895 ; *Gaz. Palais*, 1894, 1.376 ; Trib. Le Havre, cité sans date dans le *B. synd. méd. Seine*, 15 déc. 1897). Le juge, par suite de ce système juridique, se trouve dans l'obligation soit de ratifier, soit d'annuler le contrat intervenu entre les parties. Ne serait-il pas plus simple pour éviter cette alternative, de reconnaître, avec le professeur Perreau (*Eléments de jurisprudence médicale*, p. 225), de reconnaître au juge « un pouvoir de revision » comme en matière de mandat ?

Si le tribunal annule les conventions, il devra cependant allouer des honoraires au médecin, qui seront laissés à la libre appréciation des magistrats, qui les fixeront, comme s'il n'existait pas de contrat, en tenant compte des éléments traditionnels, du nombre de visites, des difficultés de traitement, de la fortune du client et de la réputation du praticien (jurisprudence constante).

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'IMPOT SUR LE REVENU ET LES MÉDECINS. — M. Yves Guyot vient d'étudier dans la feuille de l'*Agence économique et financière* la situation qui serait faite aux médecins par le projet d'impôt sur le revenu de M. Aimond. Cette situation serait intolérable :

« L'impôt global, proposé par le rapport Aimond, écrit M. Y. Guyot, serait dû, par tout contribuable, pour la portion de son revenu net annuel totalisé, dépassant un maximum exonéré variant de 1000 francs à 2000 francs selon les communes.

Le Comité central d'études et de défense fiscale, dans une circulaire, montre les conséquences de ce système pour diverses professions.

Je prends comme exemple le docteur en médecine. Il continuera de payer sa patente, mais il devra faire une déclaration de son revenu global en fournissant « les dossiers indispensables pour que l'administration puisse contrôler l'exactitude du chiffre indiqué ».

Il devra produire un livre de comptes indiquant les visites, les consultations et les noms des clients et clientes qui en ont été l'objet.

Ce livre devra être exact comme ceux d'une maison de commerce. Car rien n'empêcherait un agent de la future police fiscale de se présenter chez un docteur, d'y prendre une consultation, de la payer, et l'année suivante, de « contrôler » sur le registre si le montant y a été inscrit.

Mais alors que devient le secret médical ? Un client ne trouverait pas agréable que le fisc trouvât son nom sur le registre d'un successeur de Ricord, même si sa maladie n'avait aucun rapport avec l'affection spéciale que rappelle le nom du célèbre spécialiste.

Le médecin devra, d'un autre côté, établir le détail de ses dépenses, afin d'obtenir la déduction de ses frais. En Prusse, « la rémunération qu'un médecin accorde à son personnel ne doit pas être taxée à la stricte condition que ce personnel ne soit employé à aucun service privé ». Si le garçon qui reçoit les clients sert une fois à table, sa rémunération n'est plus déduite. »

NOUVEAU CAS D'INFESTATION DU CUIR CHEVELU DE L'ADULTE PAR LE PHTIRIUS PUBIS

Par MM. J. BRAULT,
Professeur à la Faculté de médecine d'Alger,
et J. MONTPELLIER,
Interne à l'hôpital de Mustapha.

Nous avons tout récemment relaté l'observation d'un indigène âgé *de quarante-cinq ans*, dont le cuir chevelu était envahi par les morpions (1). A cette occasion, nous rappelions un autre cas de cette phtiriase anormale rencontrée autrefois par l'un de nous (2), chez un adolescent de dix-huit ans, et rapporté à la Société de dermatologie.

Nous ajoutions que beaucoup d'auteurs hésitaient encore à admettre cette localisation extrêmement rare du phtirius pubis chez l'adulte et que les cas analogues étaient loin d'être fréquents dans la littérature médicale (3).

Voici une nouvelle observation qui porte, au chiffre de trois, les cas que nous avons pu rencontrer jusqu'à ce jour.

Observation. — B... ben L..., nègre marocain, âgé de *trente-cinq ans*, entre à l'hôpital de Mustapha, le 7 janvier 1914, salle Hardy, pour prurit très intense, à peu près généralisé.

L'état général du malade est précaire, tourmenté qu'est ce misérable pouilleux par une véritable légion de morpions.

Les parasites foisonnent dans les régions habituelles de choix (aines, pubis, aisselles); on en trouve aussi de fort nombreux parmi les poils de la moustache, de la barbe, dans les cils et les sourcils; enfin, on en rencontre *sur le cuir chevelu*.

A ce niveau, ils ont élu domicile seulement sur les régions temporales et occipitales. Ils n'en sont pas moins en plein dans les cheveux à 3, 4 et 5 centimètres au minimum de la lisière des poils, adhérents à ceux-ci et à la peau.

Leur nombre n'est pas très grand. On peut toutefois en recueillir plusieurs échantillons, sans avoir à chercher longtemps.

Peu ou pas de pediculi capitis et vestimenti (4).

Naturellement, impossibilité absolue de relever des taches ombrées sur cette peau de nègre.

Ici encore, comme chez le pouilleux de notre deuxième observation de phtiriase du cuir chevelu de l'adulte, la muqueuse buccale est très pigmentée. Les joues, les lèvres sont marquetées de taches irrégulières, bleutées. Les gencives présentent un liseré brunâtre assez distant du rebord alvéolaire. La voûte palatine est comme tigrée, parsemée de taches à contours très déchiquetés, taches d'un brun fauve un peu clair se détachant nettement sur la teinte rosée de la muqueuse.

Les conjonctives elles-mêmes offrent de petites macules pigmentaires.

Rien sur le gland.

Nous devons signaler, chez notre sujet, pour être complet, une bronchite légère mais ancienne, avec expectoration peu abondante et absence de bacilles de Koch dans les crachats; bronchite pour laquelle nous évacuons le malade dans une salle de médecine, aussitôt après l'avoir débarrassé de ses parasites.

Nous pouvons enfin ajouter que dans ce cas de parasitisme, externe il est vrai, mais très marqué, nous avons recherché par acquit de conscience l'éosinophilie; nous n'avons pu en relever, pas plus d'ailleurs que chez notre précédent phtiriasique, qui était encore plus infesté.

Nous avons déjà dit ce que nous pensions de la mélanodermie des muqueuses et en particulier de sa fréquence chez nos indigènes d'Algérie (1). Nous n'y reviendrons pas. Ce cas, particulier, ne fait que confirmer nos conclusions. Il s'agit en effet d'un *nègre*, âgé *de trente-cinq ans*, ne présentant aucune affection à manifestations hyperchromiques. Il n'est pas douteux que nous soyons encore là en présence d'une « mélanodermie physiologique des muqueuses » habituelle chez les gens de couleur et plus ou moins répandue, suivant le type plus ou moins foncé des individus observés.

(1) J. Brault et J. Montpellier. Infestation du cuir chevelu de l'adulte par le phtirius pubis, *Soc. franç. de derm. et syph.*, 8 janv. 1914, et *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 17, p. 261.

(2) J. Brault. Quelques cas de phtiriases anormales, *Soc. de derm.*, 11 janv. 1906.

(3) On sait que Rona a trouvé le phtirius pubis sur le cuir chevelu d'une jeune fille de vingt-deux ans, et que W. Fischer a également observé des morpions des cils et du cuir chevelu chez une femme adulte atteinte de blennorragie (1910).

(4) Inversement, nous avons observé dernièrement un Israélite, âgé de vingt-cinq ans, entré dans le service, salle Hardy, pour typhus récurrent, dont le *pubis* (et *presque uniquement le pubis*) était envahi par des *pediculi vestimenti*. Les parasites y fourmillaient littéralement. Par contre, *absence complète de phtirius inguinalis*.

Nous avons écrasé un de ces poux, gorgé de sang, entre deux lames, et nous avons pu mettre en évidence dans cette « purée » de parasites plusieurs spirilles d'Obermeier morphologiquement intacts.

(1) *Société de pathologie exotique*, mars 1914, et in *Province méd.*, 11 avril 1914.

Ve CONGRÈS DE PHYSIOTHÉRAPIE DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE

Par MM. LAQUERRIÈRE et DELHERM (2).

DEUXIÈME SÉANCE

Présidence de M. François (d'Anvers).

Rôle des agents physiques dans la goutte (fin).

Traitement hydrominéral. — M. R. Durand-Fardel. La plupart des stations hydrominérales revendiquent les goutteux. En réalité, il n'existe pas une goutte, il existe des goutteux, et, de même qu'il ne saurait y avoir un régime alimentaire uniforme pour tous, il n'y a de bonne cure hydrominérale que celle dont l'indication repose sur une connaissance approfondie du cas particulier.

Les eaux, qui ont la plus profonde action sur la nutrition sur les états diathésiques, sont les eaux bicarbonatées sodiques fortes dont Vichy est le type; elles s'adressent au goutteux floride dont les manifestations articulaires sont franches, nettement fluxionnaires et séparées par des périodes de bonne santé apparente, en dépit de troubles digestifs assez fréquents. Les altérations cardio-rénales avancées,

(2) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 48, p. 795.

un état d'asthénie trop marqué sont des contre-indications à cette cure alcaline forte.

En présence d'un état général moins résistant, progressif ou passager, les eaux bicarbonatées moins fortes ou des eaux bicarbonatées mixtes chlorurées et ferrugineuses (Royat, Saint-Nectaire) ou bicarbonatées calcaires (Pougues) trouvent leur indication.

S'il existe des signes d'insuffisance d'élimination des produits toxiques, les cures de diurèse s'imposent (Contrexéville, Martigny, Vittel, Evian, Thonon). Ici on se trouve en présence d'un goutteux qui se plaint d'essoufflement, de palpitations fréquentes, de léger œdème, d'hypertension.

Quand le goutteux est tombé dans un état d'asthénie générale caractéristique, que des troubles tophiques existent, que des ankyloses faisant du malade un véritable infirme se sont constituées, on peut demander aux eaux chlorurées sodiques le secours de leur balnéation tonique. Bourbonne-les Bains, Bourbon-l'Archambault, La Motte conviennent particulièrement à ces formes torpides. En cas d'anémie, les eaux ferrugineuses offrent une ressource précieuse.

Dans les cas de goutteux excitables, d'hérédité et d'existence nerveuses, les cures sédatives de Bourbon-Lancy, Néris, Plombières, Luxeuil trouvent leurs indications.

L'emploi des eaux sulfureuses dans le traitement de la goutte a été contesté. Cependant une station sulfureuse faiblement minéralisée, Aix-en-Savoie, jouit parmi les goutteux d'une grande réputation.

Dans les stations bicarbonatées sodiques et sulfatées calciques qui s'adressent aux formes florides, le traitement interne constitue le mode d'action capital, les pratiques balnéaires étant susceptibles de réveiller des crises de goutte aiguë. Au contraire, dans les stations chlorurées sodiques ou sulfureuses, la balnéation est la pratique essentielle et presque exclusive du traitement. Ces stations s'adressent aux formes torpides et atoniques.

Tous les auteurs sont d'accord pour prescrire les cures hydrominérales en dehors des époques où le goutteux a ses crises aiguës et à une distance aussi grande que possible de la dernière crise.

Diététique. — M. MONSSEAUX. L'insuffisance de nos connaissances pathogéniques de la goutte, le polymorphisme de la maladie et de ses réactions, la variabilité des terrains sur lesquels elle évolue expliquent jusqu'à un certain point l'excellence des résultats fournis par les régimes les plus disparates et permettent d'affirmer qu'il ne peut y avoir un régime diététique uniforme pour tous les goutteux, que le régime ne peut être qu'individuel.

1° *Les aliments par rapport à la diathèse goutteuse et les régimes systématiques.* — Parmi les aliments, il en est une première categorie qui sont générateurs d'acide urique et de composés xantho-uriques. Les principaux sont par ordre de décroissance : 1° les viscères et abats, les parties gélatineuses (ris de veau, pancréas, foie, cervelle) ; 2° les viandes d'animaux jeunes (agneau, chevreau, veau, etc.); 3° les viandes en général et le poisson ; 4° les légumineuses; 5° le chocolat, le cacao, le café, le thé; 6° les bières fortes. Un régime d'où ces aliments sont exclus, c'est-à-dire un régime sans purines semble être le régime idéal du goutteux ; en réalité le goutteux ne pourra supporter longtemps un régime apurinique qui ne pourra pas constituer un régime habituel.

Une deuxième catégorie d'aliments sont nocifs en raison de leur action sur les voies digestives. Ce sont les aliments dont la fraîcheur n'est pas suffisante, certains aliments inoffensifs par eux-mêmes, mais lourds, indigestes et partant susceptibles de produire des troubles digestifs, les épices et même, pour certains auteurs, les aliments contenant de l'acide oxalique (cacao, oseille, poivre, etc.). Les œufs prêtent à discussion. Les boissons alcoolisées et fermentées sont nettement visées.

Une troisième catégorie renferme ceux qui sont considérés comme indifférents ou même favorables : céréales et leurs dérivés ; végétaux, tubercules, racines, sauf les réserves concernant les légumineuses et les oxaliques (l'auteur recommande spécialement les pommes de terre et les tomates); fruits, lait, à condition d'être bien digéré et toléré. L'eau est la boisson idéale du goutteux. Les vins faibles, peu alcoolisés, peu acides, peuvent être tolérés.

2° *Régime général des goutteux.* — Les notions qui précèdent permettent d'établir le régime général du goutteux. Le régime général et habituel des goutteux dans l'intervalle des crises sera un régime mixte, plus végéto-fruitarien que carné, hypoazoté, hypopurinique, hypotoxique, mais varié dans le choix des aliments et cuisiné sainement et simplement. Peu de mets en dehors des aliments fermentés et fermentescibles seront formellement interdits ; mais on n'abusera de rien. Le régime ne devra être établi que progressivement et sans brusquerie. Le premier soin du médecin sera d'éviter la suralimentation totale ou partielle. La ration quotidienne moyenne sera établie aux environs de la ration d'entretien plutôt au-dessous.

Enfin, ce régime habituel sera heureusement complété par des cures intermittentes de réduction plus accentuée; une ou deux fois par semaine, par exemple, l'alimentation sera végéto-fruitarienne stricte, sans purines ; les cures de fruits, un régime lacté intermittent plus ou moins mitigé sont aussi favorables en laissant reposer le foie, en stimulant la diurèse et en désintoxiquant l'organisme.

3° *Variations du régime selon les différents types de goutteux.* — Mais il ne faut pas perdre de vue que ce n'est pas la goutte qu'on a à traiter, mais des goutteux. Le régime devra être surtout individuel. Il tiendra compte : 1° en ce qui concerne le sujet, de son âge, de son genre de vie, de son tempérament actuel, de ses élaborations digestives et hépatiques, de l'état de l'appareil circulatoire et des reins, du fonctionnement du système nerveux, enfin des transformations albuminoïdes et des éliminations excrémentitielles dont son organisme est capable; 2° en ce qui concerne la maladie, de son évolution, de l'étape à laquelle elle est parvenue, de ses tendances à telle ou telle manifestation ; enfin, de ses associations possibles avec l'obésité, la glycosurie, la lithiase rénale, l'artériosclérose. L'auteur termine en faisant remarquer que le régime n'agit que lentement et à longue échéance.

Electrothérapie. — M. NUYTTEN. Dans un premier chapitre, l'auteur passe sommairement en revue les différentes théories pathogéniques et les diverses manifestations cliniques de la diathèse goutteuse. Sa conclusion est qu'il y a lieu, au point de vue de la thérapeutique électrique, de considérer le traitement général et le traitement local.

1° *Thérapeutique générale.* — Deux modalités sont surtout à recommander : les courants de haute fréquence, la gymnastique électrique généralisée, suivant la méthode de Bergonié.

Depuis longtemps il est démontré par de nombreux expérimentateurs que les courants de haute fréquence en applications générales accélèrent le métabolisme azoté, amènent les albuminoïdes introduits dans l'organisme à un degré de désintégration plus complète et par cela même favorisent leur évacuation. Ils réalisent donc en quelque sorte la contrepartie des processus pathogéniques vraisemblables de la goutte et doivent, en conséquence exercer sur elle une action favorable. La pratique confirme la théorie : les auteurs constatent que sous l'influence des courants de haute fréquence, l'état général du goutteux s'améliore en même temps que localement les empâtements et les raideurs articulaires diminuent et régressent. C'est principalement chez les goutteux pléthoriques, hypertendus et artérioscléreux que l'indication semble

être la plus rigoureuse. On utilisera de préférence le lit condensateur.

La gymnastique électriquemeut provoquée augmente, aussi bien que la gymnastique volontaire, les combustions et les oxydations. Elle présente sur celle-ci l'avantage de produire le minimum de traumatismes articulaires et, par conséquent, d'autoriser l'exercice à une époque ou les lésions aiguës des articulations sembleraient devoir s'y opposer. Elle permet non seulement de lutter contre l'atrophie musculaire générale, mais aussi d'agir localement sur les atrophies réflexes, suites d'arthrites. La technique varie suivant les cas.

2° *Thérapeutique locale.* — S'appliquant également à la goutte aiguë et à la goutte chronique, elle comprend surtout deux modalités : la galvanisation à haute intensité et l'ionisation médicamenteuse.

Le courant continu a sur l'accès aigu de goutte une action remarquable; très souvent il y a avortement, dans les autres cas il y a diminution de l'intensité des symptômes et de la durée de la crise. Quand des lésions chroniques existent (infiltration des cartilages par des dépôts uratiques, tophus, raideurs articulaires), l'action est lente, mais elle est presque constante. Il existe deux méthodes d'application : la méthode bipolaire qu'on peut employer quand la région s'y prête (tibiotarsienne, genou); la méthode monopolaire (Guilloz); grande électrode autour de l'articulation, autre grande électrode en un point éloigné; intensité de 100 à 200 milliampères pendant vingt à trente minutes.

L'ionisation médicamenteuse est représentée surtout par l'introduction de lithium au moyen du courant électrique. Le principe en est la dissolution in vitro des cristaux d'acide urique dans une solution concentrée de carbonate de lithium. Il est probable que la part d'action la plus importante dans ces applications revient au courant continu ; cependant on ne peut nier, en présence de certains résultats cliniques, l'influence de l'introduction de lithium « à l'état naissant » dans l'organisme. On a proposé aussi l'ion salicylique, l'ion thyminique.

A côté de ces traitements locaux, l'auteur signale l'effluve qui a une action analgésique, la diathermie dont les résultats sont médiocres. Il consacre une courte étude au traitement des atrophies musculaires consécutives aux arthrites goutteuses. Les courants faradiques tétanisants rythmés et ondulés constituent dans la majorité des cas l'application de choix de ces atrophies réflexes.

Hydrothérapie et thermothérapie. — M. SANDOZ. Après quelques aperçus sur les théories pathogéniques de la goutte et sur l'historique de l'hydrothermothérapie dans cette affection, l'auteur envisage séparément le rôle et l'emploi des agents thermiques : 1° dans les différentes manifestations et localisations goutteuses, principalement dans les localisations articulaires; 2° dans le traitement de la diathèse goutteuse elle-même.

I. Il ne faut pas faire avorter l'accès aigu par des médicaments; mais on peut déterminer une action sédative par des applications *froides* (bains, affusions, douches, lotions, enveloppements ou compresses humides). L'auteur ne craint pas, à notre époque où « la mode est au chaud », d'utiliser de l'eau à 10 ou 12 degrés (non de la glace ou de l'eau très froide). Sous l'influence de ces applications, la fluxion diminue, la douleur est calmée, la phagocytose, qui permet la solubilisation et la résorption des aiguilles d'urates, se trouve stimulée. Cependant, dans les accès de goutte peu intenses, subaigus, la préférence sera donnée aux applications chaudes (air chaud, compresses, cataplasmes, boues, vapeur, lumière, etc.). La fièvre goutteuse sera traitée par des enveloppements humides (maillots) renouvelés aussi souvent qu'il sera nécessaire. Les arthrites goutteuses chroniques évoluant vers l'ankylose relèvent de la cure de la diathèse goutteuse et d'un traitement mécanothérapique.

II. Les méthodes qui utilisent l'énergie thermique dans le traitement de la diathèse goutteuse sont représentées surtout par la cure atmosphérique systématique de Rikli (combinaison du bain de soleil sudorifique et du bain d'air réfigérant) et par le système hydrothérapique et les compresses de Priessnitz. Cette dernière méthode ne paraît plus devoir être utilisée aujourd'hui à cause de sa sévérité. Cependant le rôle de l'hydrothérapie ne doit pas être négligé. Les cures thermiques par le chaud et par le froid permettent de réaliser les processus naturels par lesquels l'organisme lutte contre la goutte. Les applications chauffantes provoquent une fièvre artificielle momentanée agissant dans le même sens que la fièvre goutteuse. Le froid intensifie les oxydations, augmente le nombre des globules blancs et rouges dans le sang, favorise la phagocytose, stimule les fonctions glandulaires. Donc, en modifiant la cure de Priessnitz dans le sens d'une sévérité moindre, il est possible d'agir sur la diathèse goutteuse. Les cures hydro ou aérothermiques pourront être employées seules, mais il est souvent préférable de les faire alterner avec des cures diététiques, de restriction, comme les cures de jeûne de Dewey ou de Guelpa.

Radiumthérapie. — M. Octave CLAUDE. Le traitement local est très variable : application d'appareils à sels collés (Soupault-Dominici), cataplasmes de boues radio-actives actinifères (O. Claude), ionisation de solutions de radium (Haret), ionisation des boues (Bertolotti, Zimmern, Mme Fabre), application des boues de mésothorium (Freund et Keiser), injections de sels solubles (Wickam et Degrais) ou insolubles (Dominici). Toutes ces méthodes peuvent donner des résultats (analgésie, décongestion, mobilisation des articulations douloureuses) souvent rapides et d'autres fois tardifs. Toutes enregistrent des insuccès. Elles utilisent soit le rayonnement seul, soit le rayonnement associé à l'émanation (boues actinifères, injections, ionisations). — La thérapeutique générale de la goutte utilise l'émanation; elle est née des travaux français, découverte de la radio-activité des eaux minérales (Laborde), étude de l'action biologique et toxique de l'émanation (Bouchard et Balthazard), mais a surtout été étudiée ces dernières années en Allemagne. L'école de Hiss et de Gudzent emploie l'inhalation. Lazarus et Birkel préfèrent l'ingestion d'eau chargée d'émanation. Ces études sont l'objet de nombreuses discussions, mais les observations et les expériences de Teissier (de Lyon) et de ses élèves permettent néanmoins de tirer certaines conclusions. La cure d'émanation constitue une thérapeutique très active de la diathèse goutteuse. Dans un grand nombre de cas, on constate la disparition de l'uricémie, la résorption des tophi, une décharge urique dans les urines, une amélioration des lésions périarticulaires (analgésie, diminution de volume, mobilisation) précédée souvent d'une crise douloureuse. Les insuccès se produisent dans les cas récents ou très anciens, avec lésions osseuses ou cartilagineuses ; exceptionnellement il y aurait eu des aggravations. Les cas suraigus ou très graves constituent la seule contre-indication formelle. L'interprétation théorique des faits, le choix des doses de l'émanation à employer, le choix de la méthode (inhalation ou ingestion) sont encore loin d'être fixés. Toutes ces données paraissent d'ailleurs variables, mais, dès à présent, on peut utiliser la méthode de Hiss et Teissier, inhalations de petites doses ou l'absorption par la bouche de doses variées, mais en général beaucoup plus fortes, sans crainte d'accidents et avec espérance de succès.

— La discussion qui a suivi a donné lieu à des communications de MM. FORESTIER : la cure d'Aix, essentiellement externe, constituée par la douche massage et les bains de vapeur naturelle à 44 degrés, permet de faire face aux diffé-

rentes indications présentes chez le goutteux (atoniques, asthéniques, arthropathiques, larvées, névralgiques, etc.) ; — Duvernay : les goutteux en période évolutive aiguë relèvent de la médication interne alcaline, les goutteux chroniques de la cure externe, en particulier du traitement d'Aix ; — Libotte traite les goutteux par le lit de hautes fréquences et des applications locales sur les points douloureux à l'aide du résonnateur ; — Fraikin préconise les eaux de Beaucens (Hautes-Pyrénées) qui, chlorurées, bicarbonatées, lithinées et très radioactives, agissent rapidement dans la goutte et en particulier dans la sciatique goutteuse ; — Danjou : la viande est toxique ; mais le tube digestif ne peut pas toujours tolérer sa suppression brusque, il faut donc non pas utiliser le régime mixte d'une façon définitive, mais habituer le sujet à se passer de viande peu à peu ; les eaux de Rennes-les-Bains ont les effets du radium, mais plus lentement ; les jus de légumes frais, en particulier de pomme de terre, sont très utiles ; — Maurel insiste sur l'utilité de régler la *quantité* des aliments et de suivre par des analyses d'urines les résultats des traitements.

TROISIÈME SÉANCE

Présidence de M. Wertheim Salomonson (d'Amsterdam), puis de M. Béclère (de Paris).

Les agents physiques dans les ankyloses.

Thermothérapie et luminothérapie. — M. Félix Allard. La thermothérapie et la luminothérapie ne peuvent suffire, en général, à guérir les ankyloses ; elles préparent l'articulation au traitement vraiment curatif qui est la *kinésithérapie*.

La thermothérapie comprend un grand nombre de procédés : briques chaudes, sacs de sable chaud, tissus chauffés par des résistances électriques, air chaud sous forme de bain ou de douche.

La luminothérapie est réalisée par des bains thermolumineux partiels contenant soit des lampes à incandescence, soit des lampes Dowsing. Les bains peuvent être donnés à l'air libre ou dans un espace clos limité par une couverture d'amiante.

La luminothérapie produit une action analgésique, plus prononcée sous l'influence des rayons bleus et violets ; il y a diminution des contractures des muscles de voisinage ; grâce à l'hyperhémie active, il y a augmentation des phénomènes locaux de nutrition. L'hyperhémie est, d'ailleurs, d'autant plus profonde que la chaleur est plus pénétrante, d'où supériorité des lampes à chaleur radiante lumineuse. Le massage et la mobilisation pratiqués sur une articulation aussitôt après une séance de thermoluminothérapie se trouvent, en conséquence, grandement facilités ; ils sont moins douloureux et la résorption des exsudats se fait mieux.

Dans les *fausses ankyloses* (contracture, rétraction musculaire, cicatrice vicieuse, etc.) la forme de chaleur la moins pénétrante, c'est-à-dire la douche d'air chaud, avec massage et mouvements sous la douche, peut suffire. Séances de vingt à trente minutes.

Dans les ankyloses vraies :

a. Incomplètes et lâches, on a recours aux applications superficielles de chaleur (douche d'air chaud, ou mieux bain d'air chaud, ou bain thermolumineux). Séances de trente à quarante-cinq minutes suivies de massage et de mobilisation.

b. Incomplètes et serrées, on recherchera une hyperhémie profonde par les bains Dowsing de chaleur radiante lumineuse. Durée, quarante-cinq minutes ; consécutivement massage et mobilisation. Mais souvent on devra recourir au redressement forcé sous chloroforme (l'arthrite qui en résultera sera traitée par la thermoluminothérapie).

c. Complètes, on s'adressera aux méthodes sanglantes.

Les contre-indications de la thermoluminothérapie sont les cas où l'ankylose a été l'évolution espérée ou recherchée (tumeur blanche).

La thermoluminothérapie n'est pas seulement l'auxiliaire le plus puissant de la kinésithérapie dans le *traitement curatif des ankyloses*. Elle a pris aussi une place prépondérante dans le traitement des arthrites (arthrites aseptiques traumatiques, arthrites avec inflammation septique) et elle constitue de cette façon le traitement préventif par excellence des ankyloses.

Radiodiagnostic, radiothérapie, radiumthérapie. — M. R. Ledoux-Lebard. Le diagnostic radiologique d'ankylose ne peut être porté que lorsqu'il existe sur l'image des lésions articulaires ou périarticulaires nettes permettant de conclure à la limitation des mouvements par le seul examen des radiographies.

Même ainsi limitée l'étude radiologique des ankyloses est extrêmement vaste et comporte des points de vue très divers suivant qu'on envisage le mécanisme et le siège de l'ankylose ou bien le processus de sa formation.

Le diagnostic différentiel et le diagnostic étiologique peuvent être dans de très nombreux cas singulièrement éclairés par l'examen radiographique qui ne sera jamais une cause d'erreur si l'on n'oublie pas ses limitations et ses caractères particuliers. Enfin, il y a lieu à une étude topographique dans laquelle sont envisagées, au point de vue de leur ankylose, les diverses articulations.

Quant à la radiothérapie et à la radiumthérapie des ankyloses ainsi définies, il ne saurait en être question ; ce sont des méthodes de traitement préventif dans certains cas mais qui ne peuvent prétendre à guérir.

Hydrothérapie. — M. Forestier. L'hydrothérapie dans le traitement des ankyloses doit employer surtout les trois procédés suivants : 1° douche ; 2° vapeur, en bain ou douche ; 3° douche-massage.

La douche s'administre froide, chaude, écossaise, alternative. La douche froide n'a pas d'intérêt spécial. La douche chaude, locale ou générale, est très employée. La douche écossaise et la douche alternative, administrées le plus souvent localement, sont considérées comme le meilleur procédé hydrothérapique dans la cure des ankyloses.

La vapeur est employée sous deux formes : la forme humide et la forme sèche ou surchauffée. Le bain est plutôt sédatif, la douche plutôt révulsive.

La douche, combinée au massage, ou douche-massage, est générale s'il s'agit des épaules, des hanches, du cou ou de la colonne vertébrale. Elle peut être simplement locale s'il s'agit d'une ankylose du pied, du genou ou de l'avant-bras.

On peut dire, pour analyser d'un mot l'action physiologique des procédés hydrothérapiques, que la douche est plutôt excitante ; la vapeur plutôt sédative et la douche-massage plutôt résolutive.

Ces trois procédés ont des indications variables : *a*. suivant l'articulation ; *b*. suivant la nature de l'affection et le moment de son évolution.

Pour l'épaule, par exemple, la douche écossaise n'est pas toujours praticable, on s'adressera à la douche chaude ou à la vapeur. Pour la hanche et la colonne vertébrale, la douche-massage apparaît comme le procédé de choix.

A la période aiguë ou subaiguë des arthropathies infectieuses (type blennorragique), le bain de vapeur, associé au courant continu, a son indication. Quand la douleur est calmée, la douche chaude et écossaise, même la douche-massage combinées à la mobilisation manuelle, plus tard au massage et à la mécanothérapie devront être employées. Dans les arthrites traumatiques (type ankylose du pied consécutive à la fracture de Dupuytren), le bain de vapeur est indiqué à la période douloureuse. Plus tard la douche chaude et écossaise, la douche-massage, les boues, les mouvements forcés, l'électrisation exercent une action très favorable. Dans les ankyloses des rhumatisants diathésiques (hanche et épaule principalement), la thermothérapie par l'air chaud rend des services

à la première période. Quand la douleur a disparu, il y a lieu d'intervenir par la douche-massage, la douche chaude percutante, associées aux mouvements forcés. La diathermie sera également une ressource à utiliser. Il convient donc, suivant les indications de chaque cas, de faire choix des procédés hydrothérapiques les plus favorables, seuls ou associés aux autres agents physiques. (*A suivre.*)

ACTUALITÉS

LA TOLÉRANCE DES TISSUS POUR LES CORPS ÉTRANGERS A PROPOS DES GREFFES DE CAOUTCHOUC

Des deux méthodes auxquelles recourt la chirurgie pour réparer les pertes de tissus ou d'organes, l'anaplastie et la prothèse, la seconde n'a pas souffert autant qu'on aurait pu le penser des progrès considérables réalisés depuis quelques années par la première particulièrement dans l'emploi des greffes qui forment l'une de ses applications.

Ces méthodes ne peuvent entrer en concurrence, il est vrai, que sur quelques points assez limités. Les plasties et les greffes ont la prétention souvent justifiée de remplacer anatomiquement et physiologiquement les éléments organiques détruits ou insuffisants. La prothèse plus modeste ne peut viser qu'à imiter la morphologie et quelques propriétés physiques de certains tissus. Mais ce but, elle l'atteint parfois si bien et dans des conditions de commodité telles qu'elle ne semble pas près de disparaître comme moyen de la thérapeutique réparatrice. C'est ainsi, par exemple, que l'obturation des brèches craniennes, le redressement des nez effondrés appartiennent presque autant à la prothèse interne sous ses formes variées qu'à l'anaplastie par greffes d'aponévrose, de graisse, d'os ou de cartilage. Il est même probable que le champ d'action de la méthode prothétique s'étendra encore; de récents travaux le donnent à penser qui montrent le caoutchouc comme un agent possible de remplacement ou de reconstruction des tissus mous.

J'exposerai ces travaux tout à l'heure ; mais la question de la prothèse interne en soulève une autre plus générale et que je veux au moins effleurer : celle des conditions qui règlent la tolérance des tissus à l'endroit des corps étrangers exogènes et dépourvus de propriétés caustiques ou toxiques.

Or cette question est assez mal connue. Aucune étude d'ensemble n'en a été faite, du moins utilisant des matériaux récents. Les articles des encyclopédies qui la traitent ont considérablement vieilli et n'ont plus d'autre intérêt que celui qui s'attache à une riche mais un peu hétéroclite collection d'observations rares et curieuses. La thèse moderne de Lemerle (1), excellente et fort instructive, limite volontairement le sujet à certaines de ses parties. On ne peut guère actuellement se faire une idée générale de cette question qu'en synthétisant des notions éparses, expérimentales, cliniques, chirurgicales ou nécropsiques. Cependant elle est essentielle en l'espèce et probablement beaucoup plus complexe qu'il ne paraît.

Tout d'abord il est courant de diviser les corps étrangers en deux catégories suivant qu'ils sont ou non absorbés, résorbés ainsi qu'on dit plutôt maintenant. Cette distinction est simple, pratique et en général suffisamment exacte. Néanmoins il est utile de remarquer que la résorbabilité ne constitue pas théoriquement un caractère de différenciation bien précis ; c'est en effet un phénomène variable suivant des conditions multiples qui tiennent soit à la constitution chimique, soit à l'état physique des corps étrangers, soit au milieu organique dans lequel ils se trouvent placés, soit même au temps qu'ils passent dans ce milieu. On peut en donner des exemples intéressants.

Ainsi la résorbabilité de certains hydrocarbures homologues de la série C^nH^{2n+2} qui proviennent de la distillation des pétroles paraît dépendre surtout de leur fluidité à la température du corps. L'huile de vaseline se résorbe mais lentement. La vaseline ne se résorbe guère que plus ou moins mélangée à l'huile de vaseline; à l'état pâteux elle est très difficilement absorbée. La paraffine ne subit aucune modification (1). Si la fluidité est une condition favorable, c'est vraisemblablement parce qu'elle permet dans l'intimité des tissus une division particulaire de la substance devenue ainsi accessible aux efforts mécaniques des leucocytes.

L'influence de l'état physique est peut-être plus frappante encore dans le cas des métaux. L'or et le platine par exemple qui ne sont nullement attaqués dans l'organisme sous la forme solide sont très rapidement résorbés sous la forme colloïdale.

Quand le corps étranger est légèrement altérable par les humeurs, son volume et la durée de son séjour dans les tissus prennent une grande importance. Ainsi en est-il du fer. Pratiquement il n'est pas résorbable tant est lente son altération comme le montrent les expériences de Lemerle. Cependant, au bout d'un temps suffisant, les objets en fer sont rongés et partiellement détruits dans l'organisme.

Enfin le pouvoir d'absorption est certainement variable avec les tissus. J'ai pu pour ma part vérifier le fait expérimentalement au sujet des fils organiques ; les séreuses et le tissu musculaire résorbent beaucoup plus vite que le tissu cellulaire. Partant de là on peut se demander si certains tissus ne sont pas capables de faire disparaître des substances qui, ailleurs, ne seraient pas modifiées. C'est l'hypothèse qu'a faite Mencière (2) pour expliquer l'expérience suivante : ayant remplacé chez un chien un tendon de la patte par un écheveau de fils de soie, il ne put au bout de six mois retrouver trace des fils dans le tendon reconstitué. « Cela porte à croire, conclut-il, qu'à l'encontre des autres tissus le tissu tendineux peut absorber les fils de soie et se substituer à eux. » L'observation fort curieuse ne semble pas malheureusement avoir subi de contrôle histologique.

Il était nécessaire de faire ces réserves sur le principe d'une démarcation tranchée entre les corps étrangers que l'organisme absorbe et ceux qu'il ne peut détruire. Mais qu'advient-il de ceux-ci? On admet en général qu'ils sont tolérés à la condition d'être aseptiques et éliminés dans la cas contraire. Les faits ne concordent pas invariablement avec une formule aussi simple.

Préalablement il est bon de décider que le mot tolérer est pris ici surtout dans un sens anatomique, car un corps étranger peut déterminer des troubles fonctionnels très sérieux, des douleurs par exemple, sans présenter aucune tendance à l'élimination spontanée.

Il est vrai que la stérilité du corps étranger et du milieu

(1) LEMERLE. *Contribution à l'étude expérimentale de la prothèse interne*, Th. de Paris, 1906-1907.

(1) Ces hydrocarbures paraissent être des substances tout à fait inertes chimiquement par rapport aux éléments cellulaires et dont la résorption quand elle a lieu ne peut être qu'un phénomène mécanique.

On connaît l'emploi de l'huile de vaseline, plus ou moins additionnée de vaseline proprement dite, comme excipient de l'agent médicamenteux, le mercure par exemple, dans diverses injections hypodermiques. Il est probable que certains des caractères de ces injections, lenteur, irrégularité éventuelle de l'absorption, tiennent non seulement à l'insolubilité du médicament, mais aussi à la nature de l'excipient.

La vaseline pâteuse que Rovsing injecte dans les séreuses articulaires y persiste des années sans cesser de jouer son rôle.

(2) MENCIÈRE. Recherches expérimentales sur la création de tendons artificiels. Application chez l'homme, *Province méd.*, 24 nov. 1906, p. 534.

ambiant est une condition indispensable de la tolérance; l'élimination des corps septiques à la faveur d'abcès ou de fistules est un phénomène pathologique banal. Il n'est pas moins vrai que l'élimination aseptique existe.

D'abord certains objets comme les aiguilles doivent à leur forme de se déplacer avec une facilité remarquable et ils cheminent ainsi à travers les tissus pour sortir un jour à la peau ou pénétrer dans quelque organe qui les rejette au dehors.

Il en est d'autres qui s'extériorisent par un mécanisme différent. Ils usent pour ainsi dire progressivement les tissus avec lesquels ils se trouvent en contact et d'autant mieux et d'autant plus vite que la pression qui s'exerce de l'un sur l'autre est plus forte. Cette forme d'élimination a été mise en évidence par Sébileau dans certains cas de prothèse métallique du crâne ou du nez, mais elle se retrouve en bien d'autres circonstances.

Parfois enfin le départ du corps étranger semble dû à un processus irritatif particulier qui, au lieu d'aboutir à l'enrobement serré de l'objet par des tissus fibreux, détermine autour de lui une sorte de raréfaction des éléments anatomiques et parfois la formation d'une petite collection séreuse. Ceci s'observe surtout dans certains tissus comme l'os, le tissu cellulaire sous-cutané. C'est de cette façon que certains fils à ligature non résorbables, placés trop superficiellement, finissent par s'éliminer à travers la cicatrice.

Si le corps étranger est toléré, c'est, suivant la notion classique, qu'il a été enkysté. L'enkystement est, par là, considéré comme la réaction normale et inévitable des tissus en présence d'un élément hétérogène qui n'ayant pu être assimilé est ainsi isolé et mis à l'écart. Mais l'enkystemeut n'est avant tout qu'un moyen de défense de l'organisme vis-à-vis d'un corps étranger qui l'offense et il est directement proportionné à cette offense. Si bien que la réaction fibreuse isolatrice n'apparaît nullement comme un phénomène inévitable. Elle est simplement liée aux propriétés variables des corps étrangers et à la sensibilité spéciale des tissus qui les touchent. J'examinerai successivement ces différents facteurs.

Pour qu'un corps étranger soit toléré il n'est pas seulement indispensable qu'il soit aseptique, il est encore extrêmement utile qu'il possède certaines qualités d'ordre morphologique, mécanique et sans doute aussi physico-chimique.

Le rôle que jouent la forme et surtout les rapports mécaniques du corps étranger avec le milieu ambiant est connu. Un objet arrondi ou pourvu de surfaces lisses est en général moins nuisible aux tissus qu'un objet irrégulier présentant des saillies et des aspérités. C'est ce qui explique la grande tolérance de l'organisme pour divers corps étrangers accidentels comme les balles, les fragments de verre et pour les pièces prothétiques en métal poli, en celluloïd, en vulcanite.

De même les tissus supportent beaucoup mieux un corps étranger immobile que celui dont le déplacement les irrite sans cesse. Lemerle a parfaitement établi l'importance de la fixité pour les pièces métalliques de prothèse.

La nature propre du corps étranger représentée par ses qualités physico-chimiques est un facteur qui intervient dans le phénomène de la tolérance d'une façon souvent essentielle sans doute mais souvent aussi très obscure. On a reconnu que l'organisme acceptait plus volontiers certaines substances sans que les raisons de cette tolérance élective aient été nettement élucidées. Jusqu'ici on peut ranger parmi les substances privilégiées divers métaux surtout l'argent, la paraffine, le caoutchouc, peut-être le celluloïd.

Dans ses recherches expérimentales sur la prothèse, Lemerle a employé l'argent, le platine, l'or, l'étain, l'aluminium, le cuivre, et a obtenu avec tous de bons résultats quoique le fer, le cuivre et l'argent se fussent, au bout d'un an de séjour dans les tissus du chien, très légèrement altérés. Mais l'argent a particulièrement attiré son attention. « Il semble jouir, dit-il, de quelque chose de plus qu'une tolérance... Il devient l'objet d'une adoption en quelque sorte de la part du tissu. Un objet en argent est épousé dans ses moindres détails par le tissu conjonctif comme une éponge est imbibée par l'eau. Le tissu conjonctif adhère à la surface du métal. »

Une telle affinité est-elle de nature chimique? C'est probable quoique nous n'en sachions rien.

Celle que les tissus montrent à l'endroit du caoutchouc serait plutôt d'ordre physique; du moins on est autorisé à le penser en considérant plusieurs caractères de cette substance sur lesquels mon maître Delbet a insisté tout récemment dans une intéressante communication à l'Académie de médecine. Le caoutchouc est le caillot d'un latex dont la constitution a quelque analogie avec celle d'un colloïde négatif comme sont la plupart des colloïdes du sérum. On peut se demander si le caillot n'a pas gardé quelques propriétés du latex dont il provient. En tout cas le caoutchouc présente une particularité qui est singulière dans un corps brut : il s'altère moins vite si son élasticité est souvent mise en jeu. En outre, s'il ne cause aucun dommage aux tissus, ceux-ci le maintiennent intact fort longtemps, sans doute en le protégeant contre la lumière et les changements de température.

Quant à la paraffine son inactivité chimique et physique presque absolue dans l'organisme explique qu'elle soit pour lui aussi peu offensante que possible.

Nous avons dit que la tolérance dépendait non seulement des qualités du corps étranger, mais aussi de la nature des tissus dans lesquels il est placé. Il est certain que tous les tissus ne présentent pas la même susceptibilité et par suite ne réagissent pas de la même façon.

Un des plus altérables est certainement le sang qui ne supporte à peu près aucun contact, hors celui de l'endothélium vasculaire, sans se coaguler. Le sang pourrait presque servir ainsi de pierre de touche pour apprécier l'innocuité d'un corps étranger. Or, il est deux substances au contact desquelles la coagulation ne se fait qu'avec une telle lenteur qu'elle est pratiquement nulle : ce sont la paraffine et les membranes de caoutchouc.

La fréquence de la prothèse et de la synthèse osseuses fait qu'il est très utile de savoir comment l'os et le périoste réagissent en présence des corps étrangers. Les recherches expérimentales de Lemerle nous apprennent que ces tissus sont remarquablement tolérants à la condition que le corps étranger « soit absolument immobile et fixé par des moyens qui n'aient intéressé le tissu osseux que suivant des sections très nettes et sans écrasement ». Ainsi l'ostéite condensante peut se produire d'emblée et l'ostéite raréfiante, presque constante d'après l'opinion classique, ne dépend en réalité que de la manière dont le corps étranger a été incorporé à l'os.

Nous avons peu de documents précis sur les modes de réaction particuliers et certainement assez variés des différents tissus : tissu cellulaire, muscle, séreuses, tissus glandulaires, etc. Les observations anatomo-cliniques — comme celles qui nous montrent la séreuse péritonéale beaucoup plus tolérante à l'endroit des ligatures inabsorbables que le tissu cellulaire sous-cutané — sont loin d'être toujours suffisantes. Il faudrait des données expérimentales analogues à celles que Lemerle a fournies pour le tissu osseux et qui font défaut.

J'ai essayé dans cet article de tracer le plan d'un chapitre de physiologie pathologique qui concernerait la destinée variable dans les tissus des corps étrangers non résorbés. Peut-être ai-je fait sentir l'intérêt pratique que présenterait une telle étude particulièrement comme introduction à celle de la prothèse interne.

Les plus nouvelles manifestations de celle-ci sont les greffes de caoutchouc. Deux publications, l'une de Fieschi (1) en

(1) Fieschi. Nuova carne, *Revue de chir.*, 10 janv. 1914, t. XLIX, p. 56.

janvier, l'autre de Delbet (1) en mars, exposent d'intéressantes tentatives faites par les deux chirurgiens dans cette voie. Mais elles ne marquent pas tout à fait le début de cette forme de prothèse.

Spécifions, avant d'aller plus loin, qu'il ne s'agit pas ici du caoutchouc durci ou vulcanite employé depuis longtemps dans la prothèse osseuse, mais du caoutchouc vulcanisé élastique propre à remplacer des tissus mous.

Roussel (de Genève) mérite sans doute d'être cité le premier. Il semble que ce soit lui, en effet, il y a une trentaine d'années, qui ait découvert une des qualités les plus significatives, au point de vue physiologique, du caoutchouc. Il était un partisan convaincu de la transfusion sanguine, mais il la pratiquait de façon indirecte et il avait besoin, pour la construction de ses appareils, d'une substance qui ne coagulât pas le sang. Ce fut le caoutchouc qui lui parut le plus apte à cet usage.

Une opération de Tuffier (2) en 1909 donna sous une autre forme une démonstration de l'innocuité du caoutchouc en même temps qu'elle ouvrit l'ère des réparations de tissus à l'aide de caoutchouc perdu, si l'on peut dire. Tuffier opérait un anévrisme de la crosse de l'aorte quand il se trouva en présence d'un large orifice aortique qu'il lui fut impossible de fermer par une suture; pour l'obturer il se servit de son gant de caoutchouc mince roulé en tampon et maintenu par le rapprochement des plans voisins. Les suites opératoires furent aussi bonnes que possible jusqu'au quatorzième jour. Un écoulement séro-purulent fit alors craindre la chute du tampon qui, dans une nouvelle intervention, fut remplacé par un second semblable. La mort survint deux jours plus tard sans hémorragie. Aucune coagulation ne s'était produite à la surface du caoutchouc.

Mais l'expérience de Tuffier et Carrel (2), en 1910, a une tout autre portée. Un morceau de la paroi de l'aorte abdominale, ayant 2 centimètres de long et un de large, fut réséqué chez un chien et remplacé par une lame de caoutchouc mince soigneusement suturée. Ce rapiéçage aortique ne causa aucun trouble ni immédiat ni lointain. Quinze mois plus tard on constata que la circulation était normale, qu'il ne s'était produit ni dilatation, ni rétrécissement au niveau de la réparation, enfin que la paroi épaissie en ce point s'était reconstituée en dedans et en dehors de la lame de caoutchouc. Ainsi le caoutchouc avait d'abord joué à lui seul le rôle d'une paroi artérielle puis favorisé la régénération de cette paroi en formant un tuteur pour les tissus croissant et végétant à son contact.

En 1909, Sullivan (3) fit servir le caoutchouc à une réparation bien différente. Cherchant le moyen de rétablir la continuité des voies biliaires dans les cas de destruction du cholédoque, il arriva à greffer chez le chien un tube de caoutchouc entre le canal hépatique et le duodénum. Wilms et Brewer appliquèrent ensuite ce procédé chez l'homme avec succès, paraît-il. Mais la plupart des cas analogues publiés depuis lors ont été suivis d'échec. Il faut remarquer que ces greffes, si intéressantes qu'elles soient, ont un défaut capital; elles sont placées en milieu septique et nous savons que dans ces conditions un corps étranger est fatalement éliminé.

Delbet a pratiqué chez l'homme deux greffes de caoutchouc répondant à des indications diverses. La première rappelle les interpositions de corps étrangers non résorbables dans la cure des ankyloses : un tendon extenseur était adhérent à la phalange; une feuille de caoutchouc mince fut placée entre l'os et le tendon qui retrouva ainsi ses fonctions et les conserve depuis huit mois.

Une feuille épaisse servit une autre fois à refaire la paroi effondrée d'un hernieux. Là encore le résultat, au moins immédiat, a été satisfaisant.

Enfin la « nuova carne » de Fieschi est aussi une prothèse de caoutchouc, mais qui ne ressemble à aucune autre et dont le principe est fort original. Incorporant aux tissus ce caoutchouc poreux qu'on appelle l'éponge de caoutchouc, Fieschi a compté sur « la sympathie » qui existe entre les deux éléments pour amener leur fusion par pénétration de l'élément vivant dans les cavités de la substance inerte et l'édification d'un nouveau tissu. Les expériences, puis les résultats cliniques ont prouvé l'exactitude de cette conception. Des fragments d'éponge de caoutchouc stérilisée, introduits dans la cavité péritonéale, placés entre les muscles de chiens et de lapins ont été enveloppés et pénétrés par « un tissu de granulation » sans avoir déterminé de réaction fâcheuse. Dans deux opérations de hernie crurale, la fermeture de l'anneau a été réalisée simplement et très efficacement par un tampon de ce même caoutchouc. Au bout d'un an, la guérison se maintient chez les deux malades et les tampons n'ont pas changé de place ainsi qu'en témoignent les radiographies.

Une des conséquences les plus heureuses de l'union intime qui s'établit entre les tissus et le corps étranger poreux est sans doute la fixité qu'acquiert celui-ci et que ne donnerait au même degré aucune suture.

Quel est l'avenir des greffes de caoutchouc ? Il n'est guère prudent de le conjecturer, alors qu'elles entrent à peine dans la pratique. Fieschi espère que son procédé permettra de reconstruire au moins partiellement des organes importants. C'est peut-être beaucoup en attendre. La « nuova carne » doit pouvoir être employée utilement comme succédané des greffes graisseuses et aponévrotiques, de certaines greffes ou autoplasties musculaires. Le caoutchouc en feuilles a sans doute d'autres indications dues à son élasticité, à sa surface lisse qui le rend presque inoffensif pour le sang et précieux comme agent d'interposition et de glissement.

Quoi qu'il en soit les greffes de caoutchouc méritent mieux dès maintenant qu'un intérêt de curiosité et elles donnent à la prothèse l'accès d'un domaine thérapeutique qui lui était à peu près fermé jusqu'ici : la réparation des tissus mous.

P. CHASTENET DE GÉRY.

(1) DELBET. Les greffes en caoutchouc, *Bull. de l'Acad. de méd.*, séance du 10 mars 1914, t. LXXI, p. 380.

(2) TUFFIER et CARREL. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 14 juin 1911.

(3) SULLIVAN. Reconstruction of bile ducts, *Journ. Amer. med. Assoc. Chicago*, 1909, LIII, p. 774.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 24 AVRIL 1914)

De l'emploi d'une huile éthéro-camphrée à la place de l'huile camphrée du Codex. — M. CROUZON rappelle de quelle utilité peut être l'huile camphrée dans le traitement de la pneumonie des vieillards, des péritonites aiguës et de tous les états de collapsus. Mais ce traitement, pour être efficace, exige des doses considérables qui peuvent aller de 20 à 50 centimètres cubes par jour, et ces grandes quantités ont l'inconvénient de laisser, après l'injection, des nodosités et même parfois de provoquer des abcès.

L'auteur communique une formule qu'il emploie à la Salpêtrière et où l'huile est rendue beaucoup plus fluide et plus absorbable par l'adjonction d'une quantité d'éther. Voici la formule de cette préparation due à M. Viron, pharmacien de la Salpêtrière :

Camphre....................	1 gramme.
Ether sulfurique anesthésique.	1 —
Huile d'olive lavée à l'alcool et stérilisée (procédé du Codex).	10 —

Cette préparation, que l'auteur a expérimentée d'une façon prolongée, a une supériorité incontestable sur l'huile camphrée du Codex. Elle lui a permis de prolonger l'usage de cette médication à très fortes doses et pendant de longs jours. Dans un cas, la moyenne a été de 17 centimètres cubes par jour pendant vingt-quatre jours, soit au total 425 centimètres cubes.

Il s'agit donc là d'un perfectionnement thérapeutique qui peut rendre de très grands services dans la pratique courante.

Anévrisme de l'aorte abdominale. — MM. Ch. Laubry et Clarac présentent l'observation d'une malade qu'ils ont suivie pendant quinze mois et chez laquelle, dès le début, ils ont porté le diagnostic d'anévrisme de l'aorte abdominale, bien qu'avec son âge (soixante-cinq ans), son aspect cachectique et ses phénomènes digestifs, elle donnât l'impression d'un néoplasme. Ils se sont appuyés pour porter leur diagnostic sur l'intensité et la persistance des douleurs abdominales, l'existence d'un double souffle dans la région épigastrique avec réaction de Wassermann. Ils discutent l'intérêt secondaire d'autres symptômes qui ont fait défaut ou qui ont été atténués (signes radioscopiques, hypertension tibiale ou glycosurie). L'autopsie confirma le diagnostic en montrant un volumineux anévrisme fusiforme de l'aorte au niveau de l'origine des artères rénales; mais, en présence d'une large et profonde érosion vertébrale portant sur la douzième dorsale et les deux premières lombaires, les auteurs regrettent de n'avoir pas fait radiographier leur malade.

La débilité bronchique. Son syndrome révélateur. — MM. A. Florand, M. François et H. Flurin précisent l'importance du terrain dans la pathogénie des bronchites chroniques. L'inflammation persistante des bronches reconnaît dans la plupart des cas comme cause essentielle, une diminution de leur résistance, une véritable débilité bronchique. Cette débilité se différencie des autres débilités organiques par ce fait que, en dehors des poussées inflammatoires, elle ne demeure pas absolument latente, mais peut être reconnue en clinique grâce à des symptômes spéciaux qui en constituent le syndrome révélateur.

Les signes caractéristiques de ce syndrome traduisent l'hyperesthésie de la muqueuse, l'instabilité de sa circulation et la modalité particulière de ses réactions sécrétoires.

1° L'hyperesthésie bronchique se traduit par une contracture des muscles respiratoires sous l'influence des moindres causes irritatives, d'où résultent la diminution d'amplitude de la respiration et une polypnée compensatrice.

2° L'instabilité circulatoire provoque des congestions muqueuses passagères qui déterminent des troubles vocaux, surtout appréciables chez les professionnels de la voix.

3° Troubles des sécrétions provoquées. Le soufre et l'iodure, entre autres médicaments, donnent lieu chez ces malades à une réaction catarrhale qu'on a cherché à expliquer par une idiosyncrasie et qui paraît presque toujours associée aux autres symptômes révélateurs de la débilité bronchique.

Un cas de rhumatisme cérébral expliqué par l'existence d'une méningite hémorragique avec guérison. — MM. A. Robin et Louis Lyon-Caen. Il s'agit d'un homme, qui, au sixième jour de sa maladie, fut pris d'un délire violent avec confusion mentale, hallucinations visuelles et surtout auditives. A cause de l'existence du signe de Kernig, on fit une ponction lombaire qui dénota la présence de nombreux globules rouges avec lymphocytes. Mais au cours d'une nouvelle crise de rhumatisme articulaire aigu, survenue quinze jours après, le malade présenta de nouveau des signes méningés avec réaction très nette du liquide céphalo-rachidien, mais sans délire cette fois-ci. Une fluxion méningée s'est donc produite au cours de ce rhumatisme articulaire aigu, à deux reprises différentes, au même titre qu'une fluxion pleurale passagère chez ce malade; et le rhumatisme cérébral avec son cortège de phénomènes de délire semble dû à l'intensité de la fluxion méningée. On voit aussi que, malgré l'existence de lésions méningées réelles et passagères, le terrain jouait un grand rôle dans l'illusion de ces phénomènes, car, dans ses antécédents, le malade avait déjà présenté des phénomènes cérébraux au cours d'une crise de rhumatisme articulaire aigu.

L'azotémie dans la colique de plomb. — MM. Achard et Leblanc ont trouvé, chez les malades atteints de colique saturnine, une azotémie supérieure à la normale et comprise entre 0g72 et 1g80 par litre. Ce trouble est passager. En effet, le taux d'urée dans le sang est ensuite tombé de 1g80 à 0g50, de 0g78 à 0g69, de 0g73 à 0g41; dans un cas, après être descendu de 0g72 à 0g56, il est remonté à 0g81.

Cette rétention d'urée n'est pas due à une néphrite aiguë ou chronique : un seul malade a eu des traces d'albumine dans l'urine, sans cylindres. De plus, dans un cas, on a pu constater que le rein éliminait l'urée à la concentration maxima de 50g8 p. 1000, c'est-à-dire normale. Enfin, la néphrite saturnine est un accident de l'intoxication prolongée; or, l'un des malades n'était exposé au plomb que depuis deux mois seulement.

La constante uréo-sécrétoire était en même temps très élevée: 0,35 avec 1g80 d'azotémie; 0,30 avec 0g78 d'azotémie; 0,125 avec 0g72 d'azotémie. Chez un seul malade, elle était à peu près normale: 0,096 avec 0g72 d'azotémie.

Les variations qui se sont produites chez chaque malade dans la valeur de la constante et dans le taux d'azotémie n'ont pas toujours été parallèles. Dans un cas l'écart a été très grand, du fait de l'accroissement du débit uréique, l'azotémie ne changeant guère. A ce moment, d'ailleurs, le malade avait de la polyurie, de sorte que l'élévation de la constante ne peut être attribuée à l'oligurie.

Il semble donc bien qu'on ne puisse attribuer à une rétention rénale l'excès d'azotémie de la colique de plomb, ni l'élévation de la constante uréo-sécrétoire qui peut l'accompagner.

FORMULAIRE

PILULES OU CACHETS BALSAMIQUES CONTRE LES BRONCHITES CHRONIQUES

Dans le cas où la médication externe serait insuffisante, on se servira, mais avec discrétion, des balsamiques à l'intérieur :

Baume de tolu	} ââ	0g50
Goudron purifié		
Benzoate de soude		

Pour une pilule n° 60. Trois à quatre par jour.

Benjoin	} ââ	0g05
Goudron purifié		
Poudre de Dower		0g03

Pour une pilule molle n° 60. Cinq par jour.

Terpine	} ââ	0g50
Benzoate de soude		
Codéine		0g003

Pour une pilule n° 60. Six à huit par jour.

Terpine	0g10
Benzoate de soude	0g10
Poudre de Dower	0g10
Poudre de racine de belladone	0g01

En cachets n° 30. Trois à cinq par jour à trois heures d'intervalle. (Hirtz. *Revue intern. de méd. et de chir.*)

ANALYSES

MÉDECINE

Rachitisme et dystrophies osseuses observées chez de jeunes animaux nés de procréateurs éthyroïdes. (H. CLAUDE et ROULLARD. *Presse méd.*, 21 mars 1914, p. 221.) — Il résulte des observations expérimentales et cliniques des auteurs que l'hérédité dysthyroïdienne doit prendre rang parmi les grandes causes de dystrophies infantiles. Après la syphilis, qui reste la principale créatrice de malformations héréditaires, peut-être pour une part en altérant les glandes endocrines; après la tuberculose, qui provoque des lésions osseuses, articulaires et viscérales, en clinique comme dans le domaine expérimental (Landouzy et Laederich); après l'alcoolisme, grand facteur de dégénérescence physique et mentale on peut placer le trouble fonctionnel thyroïdien dû aux altérations infectieuses en attendant qu'on mette en lumière le rôle toxique des modifications fonctionnelles d'autres glandes.

Cette hérédité dysthyroïdienne pourra peut-être être invoquée dans la production des dystrophies familiales (malformations osseuses ou articulaires, myopathies, maladies nerveuses familiales).

Il n'est pas illogique de penser, en effet, que des glandes qui ont une action si puissante sur le développement et la nutrition de l'individu, interviennent dans le déterminisme de l'espèce.

Les tares héréditaires dysendocriniennes doivent d'autant plus être recherchées que, dans certains cas au moins, un traitement opothérapique simple ou associé semble déterminer des améliorations. STEPHEN CHAUVET.

Accidents toxiques (anaphylactiques et sériques) au cours de la résorption rapide d'un épanchement pleural tuberculeux. (A. PIC et P. DURAND. *Lyon médical*, n° 14, 1914, p. 779.) — On sait que des accidents graves, parfois mortels, peuvent survenir au cours de la résorption de certains œdèmes; pour beaucoup d'auteurs ces accidents sont liés au passage dans le sang des substances toxiques contenues dans la sérosité sous-cutanée.

Il peut sembler étonnant que les épanchements pleuraux, dont la toxicité est parfois assez élevée, beaucoup plus que ne l'est celle des liquides d'œdèmes, ne donnent pas lieu à pareils phénomènes.

Et cependant la littérature médicale est à peu près muette à ce sujet.

Courmont et Nicolas ont bien signalé une albuminurie transitoire au cours de la résorption des pleurésies tuberculeuses, mais il y a loin de cette albuminurie qu'il faut chercher, aux accidents cérébraux souvent dramatiques que laissent derrière eux les œdèmes des brightiques et des cardiaques.

En 1909, MM. Bezançon et I. de Jong ont rapporté une observation dans laquelle, douze jours après une ponction pour pleuro-tuberculose primitive, un malade avait été pris d'accidents rhumatoïdes avec leucopénie, éosinophilie et albuminurie.

Ce syndrome avait été considéré par les auteurs comme une maladie sérique.

De même les auteurs ont eu l'occasion d'observer, consécutivement à la résorption très rapide d'une pleurésie tuberculeuse, des phénomènes très graves, d'allure péritonéale à certains points de vue et qu'ils rapportent à l'anaphylaxie, autant en raison de la symptomatologie clinique que des recherches expérimentales qu'ils ont pu faire.

STEPHEN CHAUVET.

Importance du dosage de l'albumine rachidienne pour le diagnostic des réactions méningées aseptiques. (EUZIÈRE et ROYER. *Montpellier méd.*, 15 mars 1914, p. 241.) — Deux éléments servaient, jusqu'à présent, à caractériser les épanchements puriformes aseptiques des méninges : l'intégrité des polynucléaires et l'asepsie du liquide céphalo-rachidien.

Mais ces deux signes peuvent induire en erreur.

Ne sait-on pas en effet que même en cas d'épanchement méningé aseptique les polynucléaires peuvent être altérés si la ponction lombaire n'est pratiquée qu'à une date un peu avancée?

Ne sait-on pas, d'autre part, que dans un certain nombre de méningites tuberculeuses et cérébro-spinales le bacille de Koch et le méningocoque sont recherchés en vain?

Il n'est donc pas inutile d'essayer d'asseoir le diagnostic de réaction méningée aseptique sur d'autres données. Une des plus faciles est fournie par le dosage de l'albumine. Dans certains cas en effet, les auteurs ont pu constater que les réactions méningées aseptiques s'accompagnaient souvent d'une altération particulière de ce parallélisme que l'on est habitué à constater entre l'intensité d'une réaction cytologique et la teneur en albumine du liquide céphalo-rachidien. Ainsi se constitue la dissociation albumino-cytologique par hypercytose, où les éléments figurés sont en grand nombre et le taux de l'albumine normal. La constatation de ce type de dissociation ne suffit pas à lui seul à faire porter le diagnostic de réaction méningée aseptique, car il peut exister au cours de la syphilis (comme l'a bien montré Ravaut) en dehors de tout épisode méningé aigu.

Or, par définition même, les réactions méningées aseptiques sont aiguës, passagères et souvent bruyantes. Il est d'autre part certain qu'on a recueilli, au cours de réactions méningées aseptiques parfaitement légitimes, des liquides céphalo-rachidiens hyperalbumineux. Le fait s'explique, suivant les cas, de différentes façons. La réaction méningée aseptique peut être, par exemple, un incident survenant chez un sujet porteur d'une lésion organique des méninges, qui, bien entendu, entraîne l'hyperalbuminose rachidienne. Il n'est pas impossible non plus qu'analysé chimiquement, sans centrifugation préalable suffisante, le liquide céphalo-rachidien présente une hyperalbuminose d'origine cytologique. Les auteurs n'ont pas eu personnellement l'occasion de vérifier cette dernière hypothèse, qui leur paraît cependant légitime.

Malgré ces remarques qui limitent la valeur à une recherche négative ils pensent que la dissociation albumino-cytologique n'en reste pas moins une des caractéristiques les plus faciles à mettre en lumière dans le liquide céphalo-rachidien au cours des réactions méningées aseptiques.

STEPHEN CHAUVET.

Comment devient-on alcoolique? (CARLES. *La Province médicale*, 4 avril 1914, p. 149.) — L'alcoolisme est la résultante de l'action de plusieurs facteurs :

1° L'alcool éthylique considéré comme espèce chimique isolée, pure;

2° Les impuretés naturelles de cet alcool, désignées en bloc par les chimistes sous le nom de « non-alcool »;

3° Les substances ajoutées industriellement à ce produit;

4° Le degré que possède l'alcool en arrivant à l'estomac;

5° L'état de l'estomac au moment où il reçoit la dissolution alcoolique.

Après étude de ces divers facteurs, l'auteur conclut que l'alcoolisme est davantage la conséquence du degré de l'alcool que l'on boit fréquemment à une heure intempestive de la journée qu'à toute autre cause. L'action nocive des impuretés naturelles et ajoutées est moindre qu'on ne le suppose.

STEPHEN CHAUVET.

PRATIQUE MÉDICALE

ŒDÈME DES NÉPHRITIQUES

Instituer le régime déchloruré, et si le malade semble s'y soumettre avec peine, lui prescrire le sel Fros, qui aura le double avantage de combattre la fadeur des aliments et de lui faire absorber un surcroît de sels de calcium dont on connaît l'heureux effet sur le rein. Le sel Fros ne contient aucun chlorure.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 4 AU 9 MAI 1914

THÈSES

Mercredi 6 mai, à une heure (*suite*). — M. BONPLAND. Rôle pathogène des ixodidés. (MM. Blanchard, président; Marfan, André Jousset et Lequeux.) — M. BOUILLOT. Une statistique de mortalité infantile. (MM. Marfan, président; Blanchard, André Jousset et Lequeux.)

Jeudi 7 mai, à une heure. — M. FOLLENFANT. La pharyngotomie sous-hyoïdienne. (MM. Pozzi, président; de Lapersonne, Lejars et Terrien.) — Mlle BORCH. Epithéliomas du limbe scléro-cornéen. (MM. de Lapersonne, président; Pozzi, Lejars et Terrien.) — M. MONBRUN. L'hémianopsie en quadrant. (MM. de Lapersonne, président; Pozzi, Lejars et Terrien.) — M. VILLECHAISE. L'hystérectomie abdominale par décollation antérieure. (MM. Lejars, président; Pozzi, de Lapersonne et Terrien.) — M. JOUSSELIN. Que savons-nous sur l'anémie pernicieuse progressive? (A propos de 3 cas d'anémie pernicieuse de la grossesse). (MM. Ribemont-Dessaignes, président; Widal, Jeannin et Tanon.) — Mlle WINOGRADOFF. Contribution à l'étude des scléroses pulmonaires pleurogènes (en dehors de tuberculose). (MM. Widal, président; Ribemont-Dessaignes, Jeannin et Tanon.)

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Beitrage zur Klinik der Infektionskrankheiten und zur Immunitähforschung. — (Vol. II, fascic. II, 1914.) C. LEVI : La scarlatine abortive dans les premiers mois de la vie. — AASER : Sur le sérum antiméningococcique. — DETRE : Théorie et pratique de la vaccinothérapie. — ORLOVIUS : Influence du salvarsan et du néosalvarsan sur les maladies infectieuses et particulièrement sur les maladies puerpérales. — DÖLLNER : L'infection puerpérale au point de vue médico-légal. — HERXHEIMER : La lymphogranulomatose, particulièrement au point de vue étiologique. — PORGES : Le sérodiagnostic de la syphilis au moyen des méthodes de précipitation. — (Vol. II, fasc. III.) HESSE : Contribution au choléra asiatique. — BAUEREISEN : Importance des recherches de contrôle bactériologique avant, pendant et après les opérations gynécologiques. — KLIMENKO : Sur la question des injections répétées de sérum chez l'homme. — DEIST : Les porteurs de bacilles dans la diphtérie. — VON SZILY : Bases du séro-diagnostic et de la chimiothérapie de la syphilis. — FUNK : Infection et diabète.

Bulletin médical. — (N° 27, 4 avril 1914.) L. BROCQ : De l'importance des doses et du mode d'administration des médicaments en syphilithérapie.

Echo médical du Nord. — (N° 15, 12 avril 1914.) LECLERCQ et PELLISSIER : La technique et les indications du pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — DURIAU et DUBUS : Tumeur inopérable de la région lombaire. Incision exploratrice. Traitement par injections veineuses d'électro-sélénium. Amélioration considérable.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 15, 12 avril 1914.) H. BONNIN et LARTIGAUT : La réaction des urines au bleu de méthylène (réaction de Russo).

Journal médical de Bruxelles. — (N° 15, 9 avril 1914.) KOUINDJY : Les faux tabétiques et leur traitement kinésique.

Journal scientifique et médical de Poitiers. — (N° 3, mars 1914.) TABAKIAN : La granulée d'origine amygdalienne.

Lyon médical. — (N° 13, 29 mars 1914.) BÉRARD, SARGNON et BESSIÈRE : Tige de graminée dans la bifurcation inférieure de la bronche droite chez un enfant. — (N° 14, 5 avril.) LESIEUR, KOCHER et MILHAUD : Sur un cas de côtes cervicales. — (N° 15, 12 avril.) CHALIER et GATÉ : Priapisme prolongé rebelle au traitement médical et guéri par l'incision et le drainage en séton des corps caverneux. — REVILLET (de Cannes) : Coma chez une diabétique sans acétonurie.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 12, 24 mars 1914.) GAUPP : Signification scientifique du « cas Wagner ». — BECKER : Diagnostic des états paranoïaques. — RACH : Types anatomiques radiologiquement reconnaissables de la tuberculose pulmonaire infantile. — GRUBER : Nouvelles recherches sur la pathogénie de la trichinase. — RIETSCHEL, HEIDENHAIN et EWERS : La fièvre après les injections d'eau salée chez les enfants. — GABCESTON : Nouvelle méthode d'extirpation du placenta. — KLEIN et FRÄNKEL : Parties actives de l'antigène de Wassermann. — FRÜS MŒLLER : Un cas de bacilles tuberculeux atypiques. — BERNDT : Traitement opératoire des formes graves de pied plat. — LEXER : Blessures par empalement. — GOLDSCHMIDT : Mécanisme de la destruction et de la résorption du cristallin et de ses produits de désintégration. — MORPURGO : Un cas d'hémorragie rétinienne après traitement par le calomel et le salvarsan. — MÜLLER : Traitement extraanal des hémorroïdes. — SCHWAB : La gaze au yatrène, nouveau pansement chirurgical. — WEIHMANN : Nouvelle lampe à bouche.

Presse médicale. — (N° 25, 28 mars 1914.) A. GOSSET et P. MASSON : Tumeurs endocrines de l'appendice. — Paul-Vital BADIN : Syphilis osseuse héréditaire tardive. — P. DESFOSSES : Bassin rétréci par absence de sacrum. — (N° 26, 1er avril.) F. JAYLE : L'opothérapie hypophysaire en gynécologie. Ses résultats immédiats.

Therapie der Gegenwart. — (N° 4, avril 1914.) PETERSEN : Les nouvelles méthodes de traitement non sanglant de la tuberculose des ganglions du cou. — HEINEMANN : La curabilité des abcès multiples du foie et leur diagnostic. — SUSSMANN : Sur la gastroscopie. — HEIMANN : Sérothérapie des dermatoses de la grossesse. — POLLAND : Traitement de la syphilis par l'embarine. — LÖB : Le phénoval dans l'organisme.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 10 francs par an.
Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 28 avril. — MM. Weil (Mathieu-Pierre), 19; Lian, 16; Darré, 18.

Prochaine séance, jeudi 30 avril, à seize heures quinze, à l'hôpital Necker.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Consultation.* — Séance du 27 avril. — MM. Cadenat, 15; Mercadé et Gernez, 17; Bréchot, 18.

— CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — Séance du 27 avril. — *Première composition écrite* (anatomie et physiologie). — Question donnée : « Diaphragme, anatomie et physiologie. »

Séance du 30 avril. — *Deuxième composition écrite.* — Question donnée : « De l'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité. »

HOPITAUX DE PROVINCE. — ANGERS. — Le concours pour la nomination de deux médecins adjoints des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Testard et Gaugain.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — RÉPARTITION DES CHEFS DE SERVICE ET DES INTERNES DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE POUR L'ANNÉE 1914-1915. — *Asile clinique Sainte-Anne.* — Clinique des maladies mentales : M. le professeur Gilbert Ballet; chefs de clinique : MM. Lévy-Valensi et Kahn; chefs de clinique adjoints : MM. Gallais et Genil-Perrin; internes : MM. Salomon et Hérisson-Laparre.

Service de l'admission : M. Marcel Briand; internes : M. Morel, Mme Imianitoff.

Service des hommes : M. Vallon; internes : MM. Pruvost et Boutet.

Service des femmes : M. Dagonnet; internes : MM. Livet et Dagnan-Bouveret.

Consultation externe : M. Keraval.

Asile de Villejuif. — Services des hommes (première division) : M. le docteur Marie; interne : M. Bietrin; — (deuxième division) : M. le docteur Pactet; interne : M. Provost.

Services des femmes (première division) : M. le docteur Toulouse; interne : M. Kahn; — (deuxième division) : M. le docteur Legrain; interne : M. Raynier.

Service des aliénés difficiles : M. le docteur Colin; interne : M. Vian.

Asile de Vaucluse. — Division des hommes : M. le docteur Vigouroux; interne : M. Cornet.

Division des femmes : M. le docteur Dupain; interne : M. Toutey.

Colonies des enfants : M. le docteur Blin; interne : M. Jacquemin.

Asile de Ville-Evrard. — Maison de santé. Médecin chef : M. le docteur Truelle; médecin adjoint : M. le docteur Ducosté; internes : Mlle Bouderlique, M. Brousseau.

Division des hommes : M. le docteur Rogues de Fursac; interne : M. Eissen.

Division des femmes : M. le docteur Leroy; interne : M. Duclos.

Division des alcooliques : M. le docteur Trénel; interne : M. Gouriou.

Asile de Maison-Blanche. — Première section : M. le docteur Lwoff; interne : M. Devaux.

Deuxième section : M. le docteur Capgras; interne : M. Beaudouin.

Troisième section : M. le docteur Bonnet; interne : M. X...

Quatrième section : M. le docteur Sérieux; interne : M. Le Maux.

Asile de Moisselles. — Médecin chef : M. Juquelier; internes provisoires : MM. X...

ÉCOLES DE MÉDECINE. — LIMOGES. — M. Eymeri, professeur de physiologie, est chargé en outre, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1913-1914, des fonctions de chef des travaux de physiologie.

— NANTES. — M. Pelous, licencié ès sciences, agrégé des sciences naturelles, est institué pour une période de neuf ans suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— TOURS. — Un congé, du 15 mars au 31 octobre 1914, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Pitard, professeur d'histoire naturelle.

— Sont institués agrégés (section de physique, chimie et

toxicologie; chimie et toxicologie) près les écoles supérieures de pharmacie des universités ci-après désignées :

Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris : MM. Sommelet et Damiens.

Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Nancy : M. Douris.

Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Montpellier : M. Faucon.

Les agrégés institués par le présent arrêté entreront en exercice le 1er novembre 1914 pour une durée de dix ans.

MARINE. — Par décision ministérielle du 25 avril 1914, le nombre de places à mettre au concours en 1914 pour l'admission à l'école principale du service de santé de la marine à Bordeaux a été fixé comme suit :

Ligne médicale. — Concours à quatre inscriptions (ancien et nouveau régime) : 44 places dont 20 pour la marine et 24 pour les troupes coloniales.

Concours à huit inscriptions : 12 places dont 6 pour la marine et 6 pour les troupes coloniales.

Concours à douze inscriptions : 4 places dont 2 pour la marine et 2 pour les troupes coloniales.

Ligne pharmaceutique. — 10 places dont 4 pour la marine et 6 pour les troupes coloniales.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DES MALADIES PROFESSIONNELLES (VIENNE, 21-26 septembre 1914). — QUESTIONS A L'ORDRE DU JOUR. — I. *Fatigue.* — Physiologie et pathologie surtout par rapport au travail professionnel. Action du travail professionnel sur le système nerveux. Travail de nuit.

II. *Travail dans l'air chaud et humide.*

III. *Le charbon des ouvriers.*

IV. *Pneumoconioses.*

V. *Effets nuisibles de l'électricité dans les procédés industriels.*

VI. *Intoxications professionnelles.* — *a.* Questions générales; *b.* du plomb; *c.* des poisons différents.

VII. *Effets nuisibles du travail professionnel sur l'ouïe.*

VIII. *Communications diverses.*

EXCURSIONS. — Idria (mines de cinabre et usine à mercure), Trieste (chantiers de constructions navales), Klagenfurt (fabrique de céruse), Donawitz (hauts fourneaux).

Brünn (industrie textile, émailleries industrielles).

Pribram (mines d'argent et fonderies), Rakonitz (fabriques de produits céramiques).

Wieliczka (mines de sel), Drohobycz (expl. de puits à pétrole et raffineries).

Fabriques viennoises.

RAPPORTS. — Tous les avis émanant de la direction du Congrès, les résumés des rapports, les rapports généraux, respectivement les extraits de ces derniers, paraîtront en langue française et allemande.

Les discussions se feront en français, anglais, italien et allemand. L'impression des rapports sera faite dans la langue dans laquelle a été rédigé et expédié le manuscrit. Au cours des séances du Congrès, il sera fait, après chaque orateur, un bref résumé de ses développements en langue française et allemande (suivant le cas, lorsque les communications auront eu lieu dans l'une de ces deux langues, le résumé sera fait dans l'autre).

Une exposition est jointe au Congrès.

HOTELS. — L'Association des hôteliers à Vienne (Gremium der Hoteliers und Fremdenbeherberger in Wien) se charge de loger les membres du Congrès, conformément à leurs désirs, dans de bons hôtels et pensions de famille. Des imprimés donnant la liste de ces hôtels et pensions, des renseignements sur les prix des chambres avec et sans nourriture, ainsi que des formulaires de commande, seront expédiés aux membres du Congrès au commencement de l'été.

Des tarifs réduits ont été consentis par les chemins de fer autrichiens.

Cotisation : 25 couronnes; 8 couronnes pour les dames.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire général, docteur Teleky, Türkenstrasse, 23, Wien IX.

V. E. M. 1914. — Le quatorzième Voyage d'études médicales aux stations hydrominérales, maritimes et climatiques de France, organisé par le docteur Carron de la Carrière, aura lieu du 31 août au 13 septembre 1914, sous la présidence effective du professeur Landouzy.

Il comprend les stations des Vosges, du Nord et de l'Ouest de la France.

I. La ville de Nancy est prise comme point de concentration de tous les voyageurs. Chacun s'y rendra isolément.

Pour arriver à Nancy (gare de la Compagnie de l'Est), toutes les compagnies de chemins de fer accordent une réduction de moitié prix.

II. De Nancy à Enghien-les-Bains, les voyageurs visiteront en groupe : Gérardmer, La Schlucht, Bussang, Plombières, Bains-les-Bains, Luxeuil, Bourbonne, Martigny, Contrexeville, Vittel, Mondorf, Saint-Amand, Zuydcoote, Berck, Forges-les-Eaux, Bagnoles-de-l'Orne, Enghien-les-Bains.

Prix à forfait : 300 francs par personne. Ce prix comprend tous les frais du voyage depuis le dîner du lundi 31 août à Nancy jusqu'au moment où les voyageurs se sépareront le dimanche 13 septembre à Enghien-les-Bains : trajets en chemin de fer, voitures, hôtels, nourriture, transport des bagages, pourboires.

Pour retourner de Paris à son lieu de résidence, toutes les compagnies de chemins de fer accordent une réduction de moitié prix.

Pour s'inscrire, envoyer :

I. Son adhésion au docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris 8e : 1° son nom et son adresse lisiblement écrits; 2° l'indication de la gare d'où l'on partira, ou, pour les étrangers, la gare d'accès sur le territoire français.

II. Sa souscription, 300 francs, au docteur Jouaust, 4, rue Frédéric-Bastiat, Paris 8e.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Ivar Wickman (de Stockholm), auteur de savantes études sur la neurologie; Bruyant, agrégé à la Faculté de Lille.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — *Conférences cliniques sur les maladies du système nerveux.* — M. le docteur Babinski, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, le samedi 9 mai 1914, à dix heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — Par suite de la mise en vigueur au 1er mai de l'horaire d'été sur les réseaux suisse et italien, la compagnie P.-L.-M. apportera, à partir de cette date, quelques modifications aux horaires de ses trains entre Paris et Pontarlier.

Le train express 513, notamment, sera avancé de 5 minutes au départ de Paris (il partira à 8 h. 25 au lieu de 8 h. 30).

Toutes les modifications de détail apportées à l'horaire figureront à partir du 1er mai sur l'affiche générale de la marche des trains.

Algérie-Tunisie. — Billets de voyage à itinéraires fixes, 1re et 2e classes, délivrés à la gare de Paris-Lyon, ainsi que dans les principales gares situées sur les itinéraires. Certaines combinaisons de ces voyages permettent de visiter non seulement l'Algérie et la Tunisie, mais encore des parties plus ou moins étendues de l'Espagne.

Voir la nomenclature complète de ces voyages circulaires dans le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M., en vente dans les gares, bureaux de ville, bibliothèques : 0 fr. 60; envoi sur demande au Service central de l'exploitation, 20, boulevard Diderot, à Paris, contre 0 fr. 80 en timbres-poste.

INSTITUT DE PUÉRICULTURE DE L'HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS

TECHNIQUE DE L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL

Par M. VARIOT (1).

Lorsque des obstacles d'ordre médical ou social s'opposent à l'allaitement maternel, force est de recourir à l'allaitement artificiel. C'est un art extrêmement délicat qui nécessite des connaissances précises, qui a ses instruments et ses méthodes. Il est essentiel d'en bien connaître toute la technique si l'on veut éviter les fautes graves qui coûtent, chaque année, la vie à des milliers d'enfants. Les difficultés de l'allaitement artificiel résultent surtout du fait qu'aucun des laits utilisables en pratique ne possède les admirables qualités nutritives du lait de femme, strictement approprié au nourrisson ; il faudra modifier le lait pur pour qu'il devienne assimilable, et l'on y parvient par le coupage, par la stérilisation, par la surchauffe et le sucrage. Ces procédés sont indispensables à la préparation de la *ration qualitative*. Il faut aussi bien connaître la *ration quantitative* pour donner au nourrisson une quantité d'aliments qui permette son accroissement régulier. Cette ration est variable suivant l'âge de l'enfant, elle se calcule suivant la taille et non suivant le poids, *les enfants ont l'âge de leur taille* ; c'est la taille qui mesure réellement le développement et non le poids.

Ne donner à l'enfant ni trop, ni trop peu, éviter la suralimentation, mais surtout l'hypoalimentation, se servir d'instruments parfaitement aseptiques pour faire absorber les laits convenablement modifiés, tels sont les principes essentiels de l'allaitement artificiel.

L'allaitement artificiel est très diversement pratiqué. On peut être obligé d'y recourir pour utiliser le lait de femme, chez les *débiles*, trop faibles pour téter le sein maternel. Le lait de la mère trait soit à la main, soit à l'aide du succipompe, est donné au bébé à l'aide d'une cuillère à café soigneusement bouillie.

Parfois la débilité est telle que l'on doit avoir recours au gavage avec l'*entonnoir gradué de Tarnier*, adapté à une sonde de caoutchouc que l'on introduit jusque dans l'estomac.

Accidentellement, on peut être obligé de traire le lait de la mère avec le succipompe et de le donner à boire à la cuillère à des enfants normaux, lorsque la mère présente des crevasses ou des gerçures très douloureuses au niveau des seins.

L'allaitement artificiel proprement dit avec le lait des animaux s'applique à des enfants normaux, ou malades, qui ne peuvent pour des raisons diverses être nourris au sein. A toutes les époques l'on a songé à mettre l'enfant directement au pis des animaux. On cite même des faits légendaires à ce sujet : Romulus et Remus auraient été allaités par une louve. J'ai rapporté dernièrement, d'après M. Armand Gautier, le fait d'un enfant qui aurait tété du lait de chienne à Paris. Parrot avait fait installer une nourricerie d'ânesses dans notre hospice des Enfants-Assistés pour les enfants débiles et les nourrissons suspects de maladie transmissible ; mais ces essais ne donnèrent pas les résultats espérés, pas plus que les tentatives d'allaitement direct au pis de la chèvre. Ce mode d'allaitement est donc fort rarement usité, il n'est pas besoin d'ajouter que si l'on voulait faire des tentatives de ce genre il faudrait veiller à l'asepsie très soigneuse des trayons des animaux avant de faire téter les enfants.

L'allaitement artificiel indirect se fait communément au biberon. Bien que très loin de la perfection de la glande mammaire comme vecteur du lait, cet instrument est encore celui qui rapproche le plus l'enfant des conditions physiologiques dans lesquelles il ingère le lait.

Il faut se garder de faire boire le bébé au verre. L'enfant, dans ces conditions, boit trop vite ; il avale de l'air en même temps que le lait. La sécrétion salivaire n'a pas le temps de se produire, il en résulte souvent des accidents dyspeptiques. Autrefois on se servait couramment du petit pot pour l'élevage, le docteur Delestre a imaginé une petite tasse en métal qui s'en rapproche : le bec de la tasse est en forme de cuiller et communique par un pertuis avec le contenu. Cela permet de régler le débit du lait, et de ne donner à la fois que la valeur d'une petite cuiller à café.

Mais l'instrument le plus commode et le plus usité est le biberon ; le biberon a été employé très anciennement, on en a retrouvé en fouillant les tombes d'enfants dans les sépultures gallo-romaines. Ces biberons ont un goulot, et, à peu près vers le milieu du ventre du vase, une petite éminence en forme de tétine. Nous avons un curieux exemple de biberon dans un tableau de Jordaens représentant l'enfance de Jupiter : l'enfant tient dans la main une petite gourde au col allongé, paraissant faite de poterie, le goulot est recouvert d'un bouchon conique et sans doute perforé à son extrémité.

Les tétines dont on coiffe les biberons sont également très anciennes. Rozen nous apprend qu'en Baltime, dès le XVIe siècle, on employait pour cet usage des trayons de vache desséchés. Plus tard on se servait également d'un petit tampon de linge ou de mèches de coton, introduits dans le goulot de la bouteille, et qui devaient être sucés par le nourrisson. On a introduit aussi dans le col du biberon une petite éponge enveloppée de gaze. A l'île d'Ouessant sur la côte de Bretagne, les femmes donnent encore à leur nourrisson, en guise de sucette, une sorte de nouet, un chiffon contenant de la cassonade et du biscuit, pendant qu'elles vont travailler aux champs.

A mesure que le biberon se perfectionne, il se simplifie. Il y a une quarantaine d'années ce fut le règne du biberon à tube, instrument compliqué, impossible à nettoyer et dont le succès n'était dû qu'à la commodité qu'il offrait aux nourrices. En

(1) Conférence faite à l'Institut de puériculture de l'Hospice des Enfants-Assistés (section de Vulgarisation) et recueillie par Mme CHATELIN, interne des hôpitaux.

effet, formé d'une bouteille de verre dans laquelle plonge un tube de verre, auquel s'adapte un long tube en caoutchouc terminé par une tétine, ce biberon peut être posé sur le berceau et la nourrice n'est donc pas astreinte à surveiller l'enfant pendant qu'il boit. Ce biberon à tube réalisait un instrument très dangereux pour le bébé ; il fut tellement meurtrier que son usage, d'abord interdit par règlement de police, a été prohibé par une loi votée par le Sénat à l'instigation de Paul Strauss.

Postérieurement, en Allemagne, a été promulguée aussi une loi interdisant la vente de biberons non estampillés par l'Etat. Ces mesures légales, dans divers pays, montrent bien la nécessité de se servir d'instruments bien aseptiques.

La forme des biberons, en usage actuellement, est extrêmement variable. La condition essentielle que doit réaliser le biberon est d'être facile à nettoyer. Il ne faudra donc pas faire usage des biberons à soupape, de ceux qui présentent des angles multiples, pas plus que des biberons dont le bouchon compliqué se visse ; en effet, dans les angles, dans les rainures du pas de vis, le lait peut stagner, et le nettoyage est plus difficile.

Le meilleur biberon est le plus simple; cependant il doit porter sur le verre une graduation extérieure, indiquant les quantités de lait contenues suivant la hauteur.

En regard de cette graduation, j'ai fait inscrire les quantités qu'on doit donner, variables suivant les âges, sur la bouteille en usage à ma Goutte de lait de Belleville. Ce biberon gradué physiologiquement a été adopté aussi pour les nourrices qui élèvent, dans les départements, les petits enfants assistés de la Seine.

M. Escherich (de Vienne, en Autriche) a fait fabriquer un biberon analogue au mien. Mais la graduation diffère totalement de la nôtre, à cause de la méthode de coupage du lait très différente en Allemagne ; on ajoute dans ce pays, deux tiers d'eau, pour un tiers de lait seulement.

Sur le col du biberon, vient s'adapter une tétine qui, elle aussi, doit pouvoir être parfaitement aseptique. La tétine doit être en caoutchouc souple, et résistant, s'adapter parfaitement au goulot, et pouvoir se retourner en doigt de gant pour être nettoyée complètement. Il est préférable de ne pas se servir de tétines à soupape, à cause de la difficulté du nettoyage ; la soupape constitue une complication inutile ; une simple piqûre de sangsue suffit à permettre l'accès de l'air. La tétine doit être percée de plusieurs petits trous très fins à son extrémité. Elle doit toujours être lavée à l'eau bouillie, et conservée dans l'eau bouillie ou dans l'eau boriquée. Elle doit être changée assez souvent, dès que sous l'influence de l'ébullition le caoutchouc a perdu sa souplesse et que la tétine ne s'adapte plus exactement au biberon.

La substance avec laquelle est fabriquée la tétine a une très grande importance. La tétine doit être en caoutchouc pur, le meilleur est fourni par la *feuille anglaise*, c'est-à-dire le caoutchouc crêpé, obtenu en sciant des blocs de résine de caoutchouc. La composition de la tétine est assez importante pour avoir motivé, de la part de M. le docteur Doisy, un projet de loi voté à la Chambre, proscrivant les tétines en caoutchouc impur et visant particulièrement la tétine en « factice » ou feuille allemande, dangereuse camelote d'outre-Rhin, obtenue par un mélange de caoutchouc, d'huile de lin et de tétrachlorure de carbone et vulcanisé à froid. Ces tétines en factice, colorées avec du cinabre, vulcanisées au chlorure de soufre, mettent en liberté, sous l'influence des graisses, de l'acide chlorhydrique qui agit sur le cinabre et donne du sublimé, soluble partiellement dans le lait, d'où la toxicité possible de ces tétines, étudiée par M. Lütz, dans un rapport présenté à l'Académie de médecine.

C'est le « factice » qui est également très souvent employé dans la fabrication des sucettes. Ces petits instruments de forme variée sont aussi dangereux qu'inutiles. Ils peuvent, en dehors des dangers dus au caoutchouc impur, être la source de troubles gastriques, car les nourrissons avalent ainsi de l'air et deviennent aérophages. L'enfant qui a sa ration convenable ne crie pas, il n'a pas besoin de sucette.

Les seuls instruments à employer sont donc le biberon et la tétine, qui seront toujours bouillis et parfaitement aseptisés pour chaque tétée. Dans les crèches chaque enfant aura son biberon et sa tétine numérotés dans la crainte qu'une affection contagieuse ne se propage d'un nourrisson à l'autre. Le biberon gradué est de beaucoup le meilleur, soit que la graduation soit simple, comme celle de Soxhlet, soit qu'elle indique la ration à donner à l'enfant suivant son âge, comme dans le biberon que j'ai fait construire.

Cette graduation du biberon est très utile, car les jeunes mères ignorent complètement les variations de la ration quantitative pour un nouveau-né, un enfant de deux ou trois mois, et cependant la capacité de l'estomac n'est pas la même à la naissance et plus tard.

Il n'est pas sans inconvénient, surtout dans les premiers mois, de laisser boire un enfant à volonté dans un biberon tout à fait rempli. Les conditions d'absorption du lait au biberon ne sont pas les mêmes qu'au sein où l'enfant fait effort pour extraire le lait de la glande; au biberon, le lait arrive trop facilement; l'enfant boit trop vite; il n'a jamais la sensation d'être repu. Le biberon gradué constitue un petit code d'allaitement artificiel. Les chiffres indiqués n'ont pas d'ailleurs une valeur absolue; comme le patron d'un vêtement, ils servent d'indications qui pourront varier en plus ou en moins suivant les circonstances et surtout suivant le développement initial du nourrisson.

Comment modifierons-nous le lait pour en charger le biberon?

Le lait de vache ne peut être utilisé pur, au moins dans les premiers mois ; et la préoccupation dominante de tous ceux qui se sont occupés d'allaitement artificiel a toujours été de rapprocher, autant que possible, la composition du lait des animaux de celle du lait de femme, de le *materniser*, a-t-on dit. Le lait de vache est beaucoup plus riche que le lait de

femme en caséine; il faudra donc diminuer cette quantité de caséine en coupant le lait; on arrive aussi à diminuer les inconvénients de la caséine du lait de vache en le surchauffant à 108 degrés. La méthode de coupage du lait est différente suivant les pays. Exagérant les dangers de la caséine, les Allemands font des coupages excessifs, allant jusqu'à mettre trois quarts d'eau pour un quart de lait.

En France il est d'usage de couper le lait d'un tiers d'eau pendant les cinq à six premières semaines, d'un quart le troisième mois et de donner du lait pur vers le quatrième ou le cinquième mois.

Les inconvénients de la caséine sont peut-être évités, ai-je dit, par la méthode de la surchauffe. La caséine du lait stérilisé à 108 degrés est profondément modifiée; elle est partiellement peptonisée. Comparons les caillots obtenus par la présure du lait cru, du lait Gallia et du lait de femme et nous verrons que le caillot du lait Gallia stérilisé à 108 degrés est bien moins compact que celui du lait cru et se rapproche un peu, par sa fluidité, de celui du lait de femme.

Le lait modifié par le coupage n'a plus la même valeur nutritive. Le taux des substances alimentaires est abaissé par l'addition d'eau. Pour rétablir l'équivalence énergétique de ce lait coupé, il faut ajouter une substance nutritive qui donnera un nombre de calories égal à celui soustrait par le coupage. C'est ce que l'on obtient avec des hydrates de carbone, par le sucrage du lait.

Quel sucre emploierons-nous?

Le lactose a été longtemps en vogue; c'est lui qui entre dans la composition du lait maternisé par le procédé de Gœrtner.

C'est l'Allemand Soxhlet (de Munich) qui a conseillé le premier de sucrer le lait avec du lactose et celui-ci fut pendant longtemps propagé par les médecins allemands. On tend à y renoncer actuellement. En France on a presque abandonné le lactose, car l'on a remarqué qu'il est laxatif; de plus, il est souvent impur et fermente facilement.

M. Marfan, après l'avoir vanté, il y a dix ans, en reconnaît actuellement les inconvénients et dit : « Avec l'eau lactosée la diarrhée ne tarde pas à survenir. »

C'est donc simplement le saccharose, le sucre ordinaire, auquel nous donnerons la préférence; d'ailleurs le lactose, même chimiquement pur, extrait par cristallisation du petit lait de vache, n'est pas identique au lactose du lait de femme, moléculairement.

Le calcul de la valeur énergétique des substances contenues dans le lait permet de fixer la quantité de sucre qu'il faut ajouter au lait coupé pour obtenir un lait *isodyname*. Pratiquement il faut ajouter une demi-cuillerée ou une cuillerée à café de sucre en poudre dans chaque biberon, c'est-à-dire de 2 à 5 grammes de sucre. Cette quantité de sucre ne doit pas être exagérée; en effet, en donnant deux cuillerées à café par biberon, on peut arriver à produire un embonpoint excessif chez le bébé qui devient mafflu.

L'hypersucrage du lait a ses indications précises chez les nourrissons dyspeptiques; il ne doit pas être employé sans contrôle médical.

Nous voici donc en possession d'un lait stérilisé, coupé, sucré, modifié en somme, de façon à être assimilable. Quelle quantité faut-il donner au nourrisson? L'étude de la *ration quantitative* est importante. Si l'on dépasse la quantité nécessaire, l'on observe les accidents de la suralimentation (vomissements, diarrhée, érythèmes, eczéma). Si l'on reste en dessous de la dose nécessaire, l'on observe les troubles plus ou moins graves de l'hypoalimentation. L'enfant *vomit*, perd du poids, ses selles deviennent glaireuses, la diarrhée verte s'installe; il y a arrêt de croissance plus ou moins marqué.

Pour fixer la ration quantitative, il faut partir de données physiologiques et prendre comme prototype l'allaitement au sein. En totalisant le lait ingéré pendant vingt-quatre heures par un enfant au sein, à différents âges, et en divisant les résultats obtenus par le nombre des tétées, l'on arrive à connaître la capacité moyenne de l'estomac suivant l'âge. Cette capacité triple de la naissance au troisième mois; les variations sont moindres au delà du troisième mois.

En divisant la quantité de lait ingéré dans les vingt-quatre heures par un nourrisson se développant normalement, par le chiffre de sa taille, nous avons obtenu un coefficient constant : 14. C'est ce coefficient 14 qui nous sert à fixer la ration des enfants. En effet nous prenons toujours comme base d'évaluation de la ration, non le poids de l'enfant, mais sa taille. L'enfant a l'*âge de sa taille*, je le répète. Il serait, en effet, fâcheux de calculer la ration d'après le poids, si sujet à variations; cette méthode, qui a de petits inconvénients chez un enfant se développant normalement, aurait de graves conséquences chez l'enfant retardé dans son développement, atrophique, ou hypotrophique, qui a besoin au contraire d'une forte ration pour se restaurer et regagner ce qui lui manque.

Les atrophiques prennent le cinquième de leur poids de lait et l'utilisent.

Nous calculerons donc la ration en multipliant le chiffre de la taille du bébé par le coefficient 14 et en divisant par le nombre des tétées.

Cette règle ne sera applicable qu'après le premier mois, les variations physiologiques de la capacité gastrique dans les premières semaines sont trop importantes pour donner une règle absolument fixe pour cette période.

Il semble nécesssaire de rationner rigoureusement, au moins pendant les premiers mois, l'enfant au biberon. Si, au sein, on peut sans risques laisser l'enfant prendre des tétées un peu fortes, il n'en est pas de même au biberon, car le lait ingéré ne se rapproche que de loin de la composition du lait de femme et n'est pas aussi aisément absorbé par le nourrisson. De plus les conditions de la succion à la tétine sont très différentes de celui de la succion au sein où l'enfant, comme je l'ai dit, se fatigue normalement à extraire le lait sécrété par la glande mammaire. C'est pour ces raisons que j'ai fait inscrire sur le biberon gradué les rations variant avec

l'âge. Ces doses moyennes inscrites sur le verre diffèrent absolument des rations infimes de Maurel (100 grammes de lait par kilo). La loi qu'il a proposée est inexacte et n'a dû son succès qu'à la facilité avec laquelle elle peut être appliquée, mais elle ne repose sur aucune base scientifique.

Cette réglementation défectueuse a nui à des milliers de nourrissons dans leur accroissement.

C'est en suivant ces règles précises qu'on obtiendra de bons résultats dans l'allaitement artificiel. Un de mes externes, M. Figniault, vient de dresser des tables de croissance comparatives d'enfants élevés au sein et au biberon, et il a constaté que l'enfant élevé au biberon mesure à un an 71 centimètres, alors que la taille moyenne de l'enfant élevé au sein est de 72 centimètres. Cette légère différence au profit de l'allaitement au sein obtenue parmi les enfants observés à la Goutte de lait de Belleville, aux Enfants-Assistés, montre bien que nos efforts n'ont pas été vains. D'ailleurs le fait que nous avons pu sauver et ramener à une croissance normale de petits hypotrophiques gravement atteints, avec nos laits stérilisés, surchauffés, condensés, hypersucrés, sans intervention de lait de femme, est une preuve frappante des progrès admirables réalisés par l'allaitement artificiel. Certes, il reste encore beaucoup à faire, mais on ne peut plus dire comme jadis que le biberon est un instrument meurtrier.

POUR AUGMENTER LA TOLÉRANCE

ET L'EFFICACITÉ DU TRAITEMENT MERCURIEL DANS LA SYPHILIS

Par le docteur BOUVEYRON,
Ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon,
Licencié ès lettres et ès sciences.

En décrivant la préparation et les propriétés du soufre colloïdal, L.-C. Maillard (1) exprimait d'une façon générale l'opinion que « les facilités spéciales que présentent, pour l'emploi interne ou externe, les variétés colloïdales (de ce métalloïde) pourraient donner lieu à une certaine rénovation dans l'utilisation du soufre par la thérapeutique ». Enumérant ensuite, à l'occasion d'une communication faite avec M. Albert Robin à l'Académie de médecine, les indications principales sur lesquelles il appelait l'attention des médecins, L.-C. Maillard citait (2) « la lutte contre l'hydrargyrisme thérapeutique ».

D'autre part, on savait depuis longtemps que les eaux sulfurées fortes préviennent et guérissent les accidents d'intoxication mercurielle et permettent d'administrer aux syphilitiques des doses élevées de mercure sans intoxication; qu'elles solubilisent très vraisemblablement les combinaisons du mercure dans les milieux organiques (Astrié, Desmoulières), facilitent l'élimination régulière et augmentent la circulation de ce métal; qu'en même temps, loin de neutraliser son activité thérapeutique, elles en assurent un meilleur rendement, car c'est le mercure circulant (Mauriac), et non le mercure emmagasiné en stock insoluble, qui est actif. On savait qu'elles augmentent les éliminations d'urée et élèvent le rapport azoturique (J. Andral), abaissé 70 fois sur 100 dans la syphilis secondaire, d'après Gaucher et Crouzon; qu'elles combattent l'anémie minérale et la désulfuration de la période secondaire, mises en lumière par A. Robin, Gastou, J. Ferras; qu'enfin elles ont une action générale excitante, tonique, eutrophique et hématopoïétique (et à ce point de vue M. Labbé a constaté que le simple humage à Luchon augmentait d'environ un tiers l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine dans les tissus).

Or, la plupart de ces actions si remarquables des eaux sulfurées fortes sur l'organisme syphilitique (celles du moins qu'on peut constater par la seule observation clinique), nous les avons vues réalisées très simplement par l'ingestion de soufre colloïdal; et pour le syphilitique le soufre colloïdal réalise tout à fait à beaucoup d'égards *la station sulfurée à domicile.*

Dans les recherches que nous allons résumer très brièvement, le soufre colloïdal employé a été la préparation connue sous le nom de liqueur de thionhydrol. Comme les préparations dites de soufre colloïdal sont particulièrement délicates, comme elles peuvent être d'activité très différente, selon leur mode d'obtention, il a paru nécessaire d'indiquer la nature du produit employé. La liqueur était généralement administrée à raison d'une cuillerée à soupe au milieu des deux repas principaux (chaque cuillerée à soupe contenant 20 centigrammes de soufre colloïdal). Chez quelques malades qui prenaient du mercure par la bouche, mercure et soufre colloïdal étaient pris séparément et généralement à des repas différents.

Voici maintenant les conclusions des résultats ainsi obtenus dans le traitement mercuriel de la syphilis :

1° La mercurialisation étant suspendue, les stomatites bénignes guérissent rapidement sous l'influence du soufre colloïdal et les stomatites graves ont leur durée notablement abrégée.

Notons incidemment que, surtout dans les stomatites graves, les sujets peuvent éprouver, après chaque ingestion de liqueur, une sensation de chaleur buccale, quelquefois avec ptyalisme léger, qui commence un certain temps après l'ingestion et dure plus ou moins longtemps, suivant, mais non rigoureusement, la gravité de la stomatite.

2° La mercurialisation étant continuée aux doses qui ont déjà produit des accidents hydrargyriques, le soufre colloïdal fait disparaître habituellement ces accidents, pourvu toutefois qu'il n'y ait pas des conditions dentaires et constitutionnelles spécialement défavorables et que les doses n'aient pas été anormalement élevées.

3° Chez les malades ordinaires et même chez des vieillards ou des sujets déprimés, le soufre colloïdal prévient ou arrête habituellement les accidents d'hydrargyrisme, alors même qu'on porte peu à peu l'administration du mercure à des doses anormalement élevées, par exemple, en injectant tous les deux jours dans les veines 2 centigrammes et demi de cya-

(1) L.-C. Maillard. Introduction du soufre colloïdal dans les échanges sulfurés de l'organisme. Contribution à l'étude de la sulfoconjugaison, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1911, t. XIII, p. 809.

(2) Albert Robin et L.-C. Maillard. La nutrition sulfurée dans la thérapeutique. Traitement du rhumatisme chronique par le soufre colloïdal, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1913, t. LXX, p. 447; *Bull. de thérap.*, 1913, t. CLXVI, p. 753; *Journ. des prat.*, 1913, t. XXVII, p. 773.

nure mercurique chez les hommes et 2 centigrammes chez les femmes durant un mois.

4° Loin de neutraliser l'activité thérapeutique du mercure, l'adjuvance du soufre colloïdal au traitement mercuriel intensif produit, au contraire, des résultats thérapeutiques excellents. Plusieurs vieillards atteints de syphilides cutanées tertiaires des plus infiltrées, des plus étendues et des plus déformantes, ont été blanchis en trois semaines ou un mois de ce seul traitement.

5° Le soufre colloïdal combat d'une façon remarquable l'anémie et la dépression qu'on constate si fréquemment à la suite d'un traitement mercuriel intense et prolongé.

Grâce à lui, les syphilitiques anémiques, déprimés, vieillis ou cachectiques arrivent souvent à la fin de leur cure d'injections intensives avec des muqueuses plus colorées et une sensation de force accrue.

Ces conclusions sont fondées dès à présent sur 41 observations dont voici quelques exemples. Nous n'avons observé que d'assez rares cas d'intolérance, d'échec ou de résultat incomplet. En cas de complication d'eczéma, le soufre colloïdal peut déterminer des poussées aiguës qui le contre-indiquent.

I. Glossite et stomatite intenses guéries en huit jours. — *7 février.* — V..., homme de vingt-sept ans, syphilitique depuis un an et demi, soigné en dernier lieu par un pharmacien. Stomatite depuis quatre semaines. Actuellement, gencives très tuméfiées ; inflammation surtout marquée sur le bord gauche de la langue qui est très tuméfié, végétant et recouvert de plaques diphtéroïdes. Liqueur de soufre colloïdal : 2 cuillerées par jour.

9 février. — Plaques diphtéroïdes encore persistantes sur le bord gauche de la langue. A la suite de chaque ingestion de la liqueur, ptyalisme et sensation de chaleur dans la cavité buccale qui persiste chaque fois pendant une heure environ.

11 février. — Gencives en bon état, peu sensibles. Les plaques diphtéroïdes du bord gauche de la langue sont aplanies et se confondent presque avec le tissu sain.

15 février. — Le malade sort, complètement guéri, après huit jours de traitement.

II. Chez un syphilophobe, durée comparée d'une première stomatite mercurielle très grave traitée par le soufre colloïdal et d'une deuxième traitée sans soufre colloïdal. — D..., homme de cinquante-cinq ans, syphilitique depuis l'âge de vingt-deux ans. Pendant trente-trois ans, se soigne dans une foule de dispensaires, et va lui-même chez des pharmaciens chercher des pilules de Ricord, qu'on lui donne sans ordonnance. Vers le *7 novembre*, surviennent de la salivation et de l'inflammation buccale. Le *17 novembre*, il entre avec une stomatite formidable : sialorrhée permanente, fétidité de l'haleine, langue à bords ulcérés, gonflement énorme des gencives, suppuration du liséré gingival avec fausses membranes sur le bord libre des gencives. La pression sur les gencives fait sourdre du pus. La dentition elle-même est cependant excellente. Thionhydrol : 2 cuillerées par jour.

A chaque ingestion de soufre colloïdal, le malade éprouve, au bout de vingt minutes environ, une sensation de chaleur de toute la bouche, sensation qui dure trois heures environ. Ne croit pas que cette sensation de chaleur buccale soit accompagnée d'une augmentation de la salivation.

L'amélioration d'une telle stomatite est lente, mais régulière. Le *8 décembre* la stomatite est très améliorée, sans être encore complètement guérie : il faut noter que le malade se soigne très mal et ne se nettoie pas les dents.

Sorti guéri le 12 janvier 1914, le malade revient le 7 février avec de semblables, mais peut-être moins graves accidents de stomatite mercurielle, lesquels cette fois n'ont pas été traités par le soufre colloïdal et ont duré beaucoup plus longtemps. En effet, à la date du 22 avril, le malade est encore en traitement pour cette deuxième stomatite.

III. Salivation et douleurs gingivales, disparaissant malgré l'injection de doses mercurielles doubles. — A..., femme de quarante-sept ans, un peu cachectique, syphilitique depuis un an et demi. Depuis octobre, a reçu environ 50 injections intraveineuses de HgCy à 1 centigramme, faites 3 fois par semaine, et donnant souvent de la salivation. Dents en bon état.

30 janvier. — La malade se plaint de salivation et de douleurs des gencives ; malgré ces symptômes, on élève l'injection de HgCy à 1 centigramme un quart, mais on donne par jour 2 cuillerées de liqueur de soufre colloïdal.

2 février. — On injecte 1 centigramme un quart de HgCy. La salivation disparaît.

4 février. — Injection de 1 centigramme et demi. La salivation n'a pas reparu.

6 février. — Injection de 1 centigramme trois quarts.

9 février. — L'injection de HgCy est portée à 2 centigrammes.

3 mars. — La malade a reçu régulièrement 2 centigrammes, trois fois par semaine, tout en prenant le soufre colloïdal. Pas de salivation. Pas d'anémie ; la malade n'est pas du tout déprimée par le traitement mercuriel intensif qu'elle a subi, elle se sent des forces et demande son exeat.

IV. Gingivite et salivation, disparaissant malgré l'injection de doses mercurielles doubles. — V..., fille de vingt et un ans, syphilitique héréditaire avec arrêt du développement général ; triade d'Hutchinson, nez effondré, punaisie. Depuis le 15 décembre, a reçu environ 15 injections intraveineuses de HgCy à 1 centigramme, qui produisent de l'intolérance.

4 février. — Gingivite érythémateuse, salivation ; malgré cela on injecte 1 centigramme et demi, et on prescrit 2 cuillerées par jour de liqueur de soufre colloïdal.

9 février. — Pas de stomatite. L'injection est portée à 2 centigrammes.

28 février. — Les injections de HgCy à 2 centigrammes ont été continuées, un jour sur deux, en même temps que le thionhydrol. Pas de salivation, de stomatite, ni d'anémie.

5 mars. — Les injections à 2 centigrammes ont été continuées. Pas de salivation, ni de stomatite. Cependant après la dernière piqûre, la malade a eu des vomissements avec sensation de saveur métallique.

V. Stomatite disparaissant malgré l'augmentation des doses mercurielles, reparaissant par suppression du soufre colloïdal malgré diminution des doses mercurielles. — *31 janvier.* — L..., femme de vingt et un ans. Syphilis datant de deux mois pour laquelle on a fait déjà treize injections de HgCy à 1 centigramme (trois fois par semaine). Gencives du maxillaire inférieur tuméfiées et douloureuses, salivation. On injecte un centigramme un quart et on donne du soufre colloïdal.

2 février. — La salivation a déjà diminué et la gingivite est beaucoup moins douloureuse. On injecte un centigramme un quart.

4 février. — Plus de salivation ; encore un peu de gingivite très légère au niveau de la canine inférieure gauche. Injection d'un centigramme et demi.

5 février. — La malade part, n'ayant plus de salivation et n'ayant pas du tout les gencives douloureuses à la mastication.

15 février. — Depuis son départ la malade n'a plus pris de soufre colloïdal, mais elle est venue se faire faire des injections de HgCy qui lui ont redonné de la stomatite bien que n'étant plus que d'un centigramme. Aujourd'hui, en raison d'une gingivite marquée, on est obligé de suspendre les injections de HgCy.

VI. Efficacité du mercure par voie digestive avec le soufre colloïdal associé. — *28 décembre.* — G..., homme de vingt-quatre ans. Papules et macules généralisées, plaques muqueuses buccales et amygdaliennes, céphalées vespérales, iritis, tous accidents d'apparition très récente (chancre génital fin novembre). On donne deux pilules de Sédillot (à 0gr05 de Hg métallique) au repas de midi ; une cuillerée matin et soir de liqueur de soufre colloïdal.

4 janvier. — Céphalées vespérales et nocturnes presque disparues. Atropine en instillation pour l'iritis.

11 janvier. — L'éruption papulo-maculeuse est en voie de disparition; plus de plaques muqueuses, céphalées totalement disparues. Pas de stomatite. Iritis à peu près guéri ; on continue néanmoins l'atropine.

24 janvier. — Le malade est complètement blanchi. Plus d'accidents d'aucune sorte. Pas de stomatite.

VII. **Efficacité du sublimé par voie digestive avec le soufre colloïdal associé.** — *4 janvier.* — L..., homme de vingt-cinq ans. Chancre et accidents secondaires : éruption maculo-papuleuse, plaques muqueuses bucco-gutturales. On donne par jour quatre pilules de Dupuytren (à 0g01 de HgCy, deux au repas de midi, deux au repas du soir), et le soufre colloïdal séparément.

18 janvier. — L'éruption maculo-papuleuse est en voie de disparition.

13 février. — Plus d'accidents. Le malade tolère à merveille ses quatre pilules de Dupuytren; pas de salivation ni de stomatite, quoique le malade ait recommencé à fumer.

28 février. — Tolérance toujours parfaite des quatre pilules de Dupuytren, sans salivation et sans gingivite.

VIII. **Syphilides tertiaires serpigineuses. Traitement par HgCy à très hautes doses grâce à l'association du soufre colloïdal. Guérison en moins d'un mois.** — *2 février.* — H..., vieillard de soixante-huit ans; bon état général; jamais traité. Syphilides tertiaires tuberculo-gommeuses et serpigineuses très étendues couvrant le tronc et les quatre membres. Injection intraveineuse de HgCy à un centigramme; deux cuillerées par jour de liqueur de soufre colloïdal.

4 février. — Injection d'un centigramme et demi.

6 février. — Injection d'un centigramme trois quarts.

9 février. — Injection de 2 centigrammes.

11 février. — Grande amélioration. Pas de salivation ni de stomatite (le malade n'a plus de dents). Injection de 2 centigrammes un quart.

26 février. — Les injections de 2 centigrammes un quart ont été continuées régulièrement trois fois par semaine. Les lésions serpigineuses qui couvraient une étendue considérable du tronc et des membres ne laissent plus que des cicatrices pigmentées sans infiltration.

5 mars. — Les lésions sont guéries. Après ce traitement mercuriel intensif, aucune dépression, malgré le grand âge du sujet qui reste très vigoureux. Pas la moindre anémie, ni la moindre salivation. Sortie.

IX. **Léontiasis syphilitique monstrueux. Traitement par HgCy à très hautes doses grâce à l'association du soufre colloïdal. Guérison en trois semaines.** — *4 février.* — F..., homme de soixante-cinq ans, très voûté, cachectique. Syphilis datant de trois ans. A fait récemment un séjour à l'hôpital (d'où il est sorti le 14 janvier) pour d'énormes syphilides tuberculo-gommeuses généralisées. Revient aujourd'hui avec d'énormes lésions semblables formant un vrai léontiasis; visage déformé et hideux, couleur lie de vin. On injecte dans les veines un centigramme et demi de HgCy, et on donne du soufre colloïdal.

6 février. — Injection d'un centigramme trois quarts.

9 février. — Injection de 2 centigrammes.

11 février. — Grand affaissement des tubercules syphilitiques. Pas de salivation ni de stomatite. Injection de 2 centigrammes un quart.

26 février. — L'injection de 2 centigrammes un quart de HgCy a été poursuivie régulièrement tous les deux jours, ainsi que le soufre colloïdal. Les énormes lésions tuberculo-gommeuses du visage sont guéries, et il ne reste plus à leur niveau que des traces de pigmentation. Pas de salivation. Pas la moindre anémie mercurielle, muqueuses très colorées. Cependant le malade se sent peu de forces, ce qui tient en partie à son âge et à son état cachectique.

5 mars. — Le traitement intensif a été continué jusqu'ici sans trace d'anémie ni de stomatite. Le malade dit se sentir mieux, malgré la continuation du traitement. Sortie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 20 AVRIL 1914)

La question du pain. — M. A. BALLAND revient sur cette importante question à propos de la baisse de gluten des farines dont les boulangers de Paris se plaignent et à laquelle ils attribuent le rendement inférieur du pain actuel.

M. Balland a fait des recherches qui lui ont montré que la défaillance du gluten, l'élément par excellence des farines, cette *viande végétale* de nos anciens auteurs, n'est pas due uniquement à une dégénérescence de nos blés, conséquence des cultures intensives en usage depuis une trentaine d'années. Sans parler des influences atmosphériques, cette baisse se rattache aussi aux modes de mouture qui éliminent les germes et les parties du blé les plus azotées, à la blancheur des farines, qui nécessite un blutage plus parfait, à leur hydratation venant du mouillage exagéré des blés qui facilite l'écrasement des grains, rend l'enveloppe extérieure moins cassante et favorise sa séparation.

Lorsque les boulangers de Paris exigeront des farines à 25 p. 100 de gluten qui augmenteront le rendement en pain, les meuniers s'appliqueront à leur livrer des produits peut être moins blancs, mais beaucoup plus corsés et moins hydratés; et ainsi iront en s'atténuant les pertes alimentaires que M. Balland signalait dernièrement à l'Académie des sciences (v. *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 12, p. 185) et qui depuis, dans l'armée, ont été heureusement enrayées par une augmentation en pain et en viande de l'ordinaire de nos soldats.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 28 AVRIL 1914)

Sur la prophylaxie de la lèpre en France. — M. A. NETTER, rapporteur. L'Académie avait renvoyé à la Commission, pour une rédaction nouvelle, les conclusions du rapport sur la prophylaxie de la lèpre en France. Cette commission s'est réunie le 24 février, et, après avoir entendu les observations de M. Gaucher, elle a reconnu l'intérêt de la distinction établie par ce dernier, relativement au danger résultant des lépreux autochtones et des lépreux venus de l'étranger; elle appelle sur elle l'attention de la commission spéciale prévue par le projet de loi.

Elle propose à l'Académie les conclusions suivantes :

1° Tout cas avéré ou suspect de lèpre sera l'objet d'une déclaration obligatoire de la part du médecin traitant et de la famille;

2° Les lépreux seront soumis suivant les cas, soit à la surveillance spéciale, soit à l'isolement;

3° Le territoire français pourra être interdit aux lépreux étrangers;

4° Une commission spéciale, constituée comme il est dit dans le projet de loi, statuera sur chaque cas;

5° L'Académie ne saurait s'occuper de la prophylaxie de la lèpre en France, sans insister auprès des pouvoirs publics sur la nécessité de prendre des mesures rigoureuses indispensables pour enrayer la diffusion de la lèpre dans les colonies et les pays de protectorat, infiniment plus menacés que la métropole.

M. BENJAMIN a répondu seul à l'invitation de M. Gaucher d'aller voir les lépreux dans son service de l'hôpital Saint-Louis. Après le tableau lamentable auquel il a assisté, il estime, avec M. Gaucher, qu'il y a lieu de prendre des mesures très rigoureuses à l'égard des lépreux, afin d'éviter par tous les moyens la propagation de cette terrible maladie. Il faut isoler les porteurs de bacilles de la lèpre et il vaudrait encore mieux arrêter à la frontière ceux qui viennent des pays étrangers où règne la lèpre.

M. Benjamin rappelle les mesures très sages prises, en médecine vétérinaire, contre les animaux provenant de

l'étranger et atteints de maladies transmissibles. Ce serait bien le moins qu'on fît pour les hommes ce qu'on fait pour les animaux.

M. Gaucher fait un chaleureux appel à ses collègues pour voter des mesures plus sévères encore que celles qui sont proposées par la commission. L'opinion publique, dit-il, ne comprendrait pas que l'Académie, la plus haute institution médicale de France, ne votât pas les mesures indispensables pour empêcher la propagation de la lèpre en France. Il faut d'abord établir une distinction entre les lépreux autochtones et les lépreux venant de l'étranger, entre les malades atteints de lèpre acquise et ceux qui sont atteints de lèpre ancestrale, ces derniers, comme pour la syphilis, étant moins dangereux que les premiers.

M. Gaucher propose donc un certain nombre de mesures, telles que l'internement des lépreux très dangereux dans une île et l'interdiction de l'entrée en France des lépreux étrangers.

Une discussion s'élève à propos des amendements de M. Gaucher, discussion à laquelle prennent part MM. Netter qui défend les conclusions de son rapport, Gaucher qui maintient les siennes, Mosny qui demande simplement avec MM. Roux et Laveran que la lèpre soit inscrite sur la liste des maladies à déclaration obligatoire.

Après cette discussion, les amendements de M. Gaucher sont mis aux voix et repoussés, les conclusions de la commission sont adoptées.

Tuberculose péritonéale de la première enfance. — M. Marfan lit un travail sur ce sujet.

Epanchements puriformes aseptiques de la plèvre. — M. Dopter, au cours de l'hiver dernier à côté de nombreux épanchements purulents vrais de la plèvre consécutifs à des pneumonies, des broncho-pneumonies, a observé plusieurs cas d'épanchements puriformes aseptiques caractérisés, comme MM. Widal et Gougerot l'ont démontré, par l'exode de polynucléaires intacts, la présence de cellules endothéliales isolées et l'absence totale de bactéries. Dans la grande majorité des cas, ces épanchements se résorbent spontanément en quelques jours. Cependant certains de ceux que l'auteur a étudiés ont persisté assez longtemps; parmi ces derniers, les uns, conservant leur même nature originelle, ont présenté des modifications régressives aboutissant à la guérison complète ; les autres ont subi des transformations sous l'influence d'infections secondaires, qui se sont greffées sur le processus d'exsudation mécanique qui les avait fait naître : tuberculose dans un cas, streptococcie dans deux autres. Dans ces derniers l'épanchement puriforme aseptique s'est transformé en épanchement purulent vrai avec tous ses caractères cytologiques et cliniques.

Ces faits montrent la nécessité absolue de suivre ces épanchements à résorption tardive, l'aiguille à la main et l'œil sur le microscope, pour arriver à en déceler la cause et à instituer un traitement rationnel, approprié à chaque cas, en particulier l'empyème dans les cas de transformation purulente vraie.

Transfusion du sang. — M. Wallich, en son nom et au nom de M. Levaditi, fait une communication sur les réactions sanguines à considérer à propos de la transfusion du sang.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 25 avril 1914)

Auto-hémolyse des globules rouges sous l'influence directe du froid. Démonstration de l'existence d'un complexe globulaire ou complexe constitutif de l'hématie. — M. G. Froin. Dans les expériences que je rapporte, le froid provoque et exagère l'hémolyse des globules lavés et plongés dans des solutions hyperchlorurées et hypochlorurées. L'hémolyse à chaud étudiée par comparaison est nulle, ou moins forte.

Ces expériences prouvent que la diffusion de l'hémoglobine hors des globules ne peut être expliquée par une modification de la force osmotique au niveau d'une paroi globulaire ou par une simple imbibition ou hydratation de l'hématie.

En réalité, le globule rouge est constitué par un complexe visible, stroma-hémoglobine, qui s'édifie sur un complexe humoral invisible groupant les corps spécifiques : toxoïde, toxone et toxine hématiques adhérentes à l'antitoxine ou fixateur. Le NaCl qui sert à maintenir l'adhésion des corps constitutifs de ce complexe humoral possède une influence identique sur le complexe devenu endoglobulaire.

L'hyperchloruration des hématies entraîne la dysadhésion à l'antitoxine de la toxine, de la toxone et de la toxoïde. Dès lors, le froid ou la chaleur, en paralysant ou en activant les corps spécifiques, peuvent les faire jouer sur l'anti avec une amplitude anormale. La toxine est le corps le plus sensible aux variations thermiques : à 15 degrés et au-dessous, elle abandonne rapidement l'anti pour adhérer au stroma et créer l'hémolyse. Les hématies non hémolysées sont beaucoup plus fragiles dans les solutions inférieures à 10 p. 100 que dans celles supérieures à ce taux, parce que, au-dessus de 10 p. 100, le NaCl gêne l'adhésion de la toxine au stroma de l'hématie.

L'hypochloruration des hématies s'accompagne d'une hémolyse particulièrement hâtive et forte à froid. La dislocation du complexe se montre beaucoup plus rapide et plus régulière que dans les solutions hyperchlorurées.

Le froid détache la toxine de son fixateur mais ne paralyse pas son pouvoir hémolytique.

Le réflexe oculo-cardiaque dans la grossesse. — MM. Garnier et G. Lévi-Franckel ont recherché le réflexe oculo-cardiaque chez 60 femmes enceintes de sept à neuf mois; trois doivent être éliminées, en raison de la douleur et de mouvements que déterminait la compression oculaire; chez les 57 femmes qui purent être examinées méthodiquement, le relèvement du pouls fut observé 28 fois soit dans 49 p. 100 des cas seulement; or on sait que chez les individus normaux, il existe dans 96 p. 100 de cas. Bien que ces 57 femmes pussent être considérées comme bien portantes et que la plupart fussent hospitalisées au dortoir de la Maternité en attendant leur accouchement, la moitié d'entre elles présentait de la tachycardie, le pouls compté dans la position horizontale atteignait ou dépassait 92 à la minute. Or parmi ces 28 femmes tachycardiques, 6 seulement soit 21,5 p. 100 présentèrent le ralentissement du pouls à la suite de la compression oculaire, tandis que 12 soit 42,5 p. 100 eurent de l'accélération du rythme cardiaque; parmi les 29 autres ayant un pouls normal, l'accélération ne fut observée qu'une fois soit dans 3,5 p. 100 des cas.

Ainsi le réflexe oculo-cardiaque est fréquemment troublé dans la grossesse, ce trouble est souvent associé à la tachycardie ; il fait partie d'un ensemble de modifications du rythme cardiaque, fréquentes dans le dernier mois de la gestation et qui seront étudiées ultérieurement.

Alimentation lactée. — MM. P. Mazé et Auguste Pettit. Des recherches effectuées avec L. Martin ont établi que les lapins, alimentés exclusivement avec de la poudre de lait, succombent au bout d'un laps de temps variable; la mort est imputable à des troubles de nutrition, entraînant des altérations organiques diverses, en particulier de la néphrite et de la cirrhose hépathique. Restait à préciser le déterminisme de ces lésions. L'étude bactériologique fournit une première indication : le régime lacté entraîne une transformation complète de la flore intestinale, caractérisée essentiellement par l'apparition de ferments protéolytiques capables de digérer la caséine. L'examen des fèces est plus significatif; chez l'animal soumis au régime lacté, les crottes sont décolorées et constituées exclusivement par des microbes. Au contraire la mise au régime lait-liège entraîne l'évacuation de nombreuses crottes, presque exclusivement formées de débris de liège et exemptes de caséine ; résultat inattendu, les microbes y sont extrêmement peu abondants. Ainsi, mélangé à du liège, le lait de vache est capable d'assurer au lapin adulte une survie prolongée; dès lors, les troubles qui surviennent plus ou moins précocement chez les sujets nourris avec la poudre pure de lait ne sauraient être attribués à ce fait que cet aliment ne satisferait pas aux exigences multiples de la nutrition; ils semblent plutôt en rapport plus ou moins étroit avec la solu-

bilisation totale du lait; cette dernière condition, en effet, fait obstacle à l'élimination, par voie intestinale, des résidus biliaires et des déchets microbiens.

Ces recherches, d'autre part, fournissent une technique permettant d'aborder l'étude des régimes les plus variés de composition chimique simple et définie.

Distinction du soufre colloïdal et du soufre coagulé. — M. L. C. MAILLARD attire l'attention des biologistes et des médecins sur une distinction rigoureuse à établir entre deux états du soufre, bien différents par leur nature comme par leurs propriétés.

1° Le soufre colloïdal véritable, préparé par l'auteur dès 1907, se présente en solutions jaunes à fluorescence verdâtre, fortement opalescentes mais toujours translucides, et transparentes à forte dilution. La lumière transmise est brun rouge ou brun jaune (suivant la dilution), et jamais bleutée ni violacée. La solution n'est coagulée, ni par l'ébullition prolongée, ni par l'alcool, l'alcool et l'éther, l'acétone. Par divers électrolytes, notamment les sels de Ca, elle donne un volumineux coagulum blanc. Le soufre colloïdal ne peut être privé de l'eau sans changer d'état; il n'existe pas de soufre colloïdal à l'état sec.

2° Les auteurs allemands ont présenté comme « colloïdal », en 1907 également, un soufre blanc, qui peut être recueilli et conservé à l'état sec, puis remis partiellement en suspension dans l'eau sous forme d'un lait blanc, montrant une teinte bleutée, violacée ou rose, quand on l'examine par transparence, mais jamais jaune. M. Maillard démontre que ce soufre prétendu « colloïdal » est précisément le produit qu'on obtient par coagulation du vrai soufre colloïdal, lorsqu'on opère en présence de matières organiques, qui gênent l'agglomération des flocons coagulés et permettent d'obtenir à un état particulièrement fin ce soufre précipité. Rien ne distingue essentiellement du soufre précipité cette poudre blanche, fort différente du soufre colloïdal.

Les recherches de M. Maillard (seul ou en collaboration avec M. Albert Robin) sont toujours faites avec le soufre colloïdal authentique. C'est le seul qui permette à la thérapeutique de retrouver les résultats intéressants annoncés par ces auteurs.

ANALYSES

MÉDECINE

Essai de pathogénie et d'étiologie de la myocardite hypertrophique dite idiopathique. (PAVIOT. *Lyon méd.*, 22 mars 1914, p. 633.) — De l'examen attentif de nombreux malades, l'auteur a été amené aux conclusions suivantes :

1° Certains gros cœurs d'hypertrophie dite idiopathique sans lésion orificielle, sans sclérose du muscle cardiaque et sans lésion primitive des reins, doivent être considérés comme de véritables myocardites;

2° Cette myocardite hypertrophique et sans sclérose n'en est pas moins un état inflammatoire du muscle cardiaque, assez lent et assez continu pour arriver à augmenter numériquement les fibres cardiaques sans laisser de déchets scléreux ni cellulaires dans les espaces interstitiels;

3° La sclérose de ces espaces peut apparaître dans ces mêmes cœurs augmentés de volume sans modifier sensiblement leur tableau symptomatique ;

4° Ces hypertrophies du cœur ne sont pas liées aux légères altérations rénales du type de la « néphrite des cardiaques » que l'on peut voir coïncider avec eux (comme avec les gros cœurs par lésion orificielle) ;

5° Cette néphrite des cardiaques doit être soigneusement différenciée de la néphrite primitive et diffuse, maladie primitive des reins;

6° Cette myocardite hypertrophique non scléreuse et scléreuse est quelquefois de nature tuberculeuse, comme le montre en particulier les deux observations que les auteurs relatent aujourd'hui. Toutefois, il peut y avoir d'autres causes de cette myocardite hypertrophique en dehors de la tuberculose, notamment il en est de nature syphilitique.

STEPHEN CHAUVET.

Sur une réaction peu connue des pigments biliaires dans l'urine. (P. TRAVAILLÉ. *Arch. méd. d'Angers*, 20 mars 1914, p. 84.) — L'auteur ayant été frappé, au cours d'expérimentations de la diazo-réaction d'Erlich n° 2 sur diverses urines pathologiques, de la teinte spéciale prise par les urines ictériques, a cru possible d'appliquer à la recherche des pigments biliaires dans l'urine cette réaction légèrement modifiée.

Le réactif employé a la composition suivante :

Diméthylamidobenzaldéhyde...	2	grammes.
Acide chlorydrique pur.......	50	—
Eau distillée..................	50	—

Le corps diméthylamidobenzaldéhyde est une substance cristallisée en paillettes jaunes. Il répond à la formule $C^6H^4.COH.N(CH^3)^2$. Il est facilement soluble dans l'acide chlorhydrique étendu et on le trouve facilement dans le commerce.

La technique employée a été la suivante :

Dans un verre à expériences de petites dimensions, verser 10 centimètres cubes de l'urine à essayer. Puis, à l'aide d'une pipette effilée, introduire au fond du verre 4 centimètres cubes du réactif. Presque instantanément, il se produit à la zone de séparation des deux liquides un anneau vert très caractéristique. Très rapidement sa coloration gagne la zone inférieure et, quelques minutes à peine après le début de l'opération, nous nous trouvons en présence de deux couches, l'une supérieure possédant la teinte acajou des urines ictériques, l'autre inférieure présentant une coloration vert émeraude très nette.

Onze observations ont été prises sur cette réaction et, dans tous les cas, elle a donné des résultats concordant nettement avec les réactions classiques de Gmelin, Grimbert, Hay et Maréchal.

Cette nouvelle réaction, par sa rapidité et la netteté de sa coloration, semble de nature à rendre des services à la clinique.

STEPHEN CHAUVET.

Les ictères toxiques dus au néosalvarsan. (DUJARDIN. *Journal médical de Bruxelles*, 12 avril 1914, p. 182.) — Le néosalvarsan, sous l'effet de l'accumulation des doses (6 ou 10 et plus), détermine fréquemment de l'ictère ou du subictère.

Le phénomène n'a rien de surprenant, car l'ictère a également été signalé au cours du traitement par le salvarsan.

Milian, Lévi-Bing et Durieux, Rouvière ont signalé des cas d'ictère bénin à forme catarrhale et des ictères graves mortels ont même été observés et rapportés par Rille (un cas après 70 centigrammes de salvarsan) ;

Lanes (après injection de 50 centigrammes) ;

Séverin et Hennischsdorff (après trois injections de 60 centigrammes intraveineuses).

Pour en revenir aux ictères consécutifs aux injections de néosalvarsan, l'auteur en a observé 25 cas qu'il a étudié très soigneusement.

La symptomatologie de ces ictères est, dans ses formes accentuées, calquée sur celle de l'ictère catarrhale ; comme prodromes, des troubles digestifs : inappétence, nausées, vomissements, constipation ; après quelques jours, l'ictère éclate, les urines sont bilieuses, les selles plus ou moins décolorées. L'ictère disparaît après quinze jours à trois semaines. La convalescence est assez longue. Dans les cas les plus nombreux, tous les symptômes restent vagues : subictère, état général peu touché au point que le malade vaque à ses occupations sans ressentir de malaise.

L'auteur n'a pu déceler d'action hémolytique (augmentation de la résistance globulaire) mais bien une action hépatotoxique pouvant déterminer des syndromes hépatiques plus ou moins complexes.

Il croit que, en dehors de ces doses qui peuvent déterminer

des altérations hépatiques nettement décelables, le néosalvarsan, même à dose modérée, peut déterminer de très légères altérations hépatiques (sérum jaune d'or et résistance globulaire légèrement accrue).

Le pronostic immédiat de ces ictères est bénin; ils évoluent comme les ictères des catarrhaux.

Ils n'en constituent pas moins des accidents très désagréables chez des syphilitiques qui restent, à leur suite, moins aptes à subir un nouveau traitement même mercuriel. Peut-être aussi l'hépatite dont ils révèlent l'existence pourrait-elle amorcer dans certaines conditions une localisation hépatique de l'affection. STEPHEN CHAUVET.

MÉDECINE INFANTILE

De l'évolution de la tuberculose chirurgicale chez le nourrisson. (FRŒLICH (de Nancy). *Arch. de méd. des enf.*, mars 1914, p. 161.) — D'une façon générale le développement de la tuberculose chirurgicale du nourrisson ressemble à celui qu'elle présente chez l'enfant plus âgé; il y a cependant quelques particularités très importantes qu'il convient de noter.

Tout d'abord la fréquence de cette tuberculose est très grande. Le maximum de fréquence est représenté par la troisième année; celle-ci contenant en outre, le plus souvent, les cas qui ont débuté dans les deux premières années de la vie.

Dans les affections osseuses et ostéo-articulaires qui sont de beaucoup les plus souvent observées, la tuberculose prend volontiers la forme hypertrophique. Les fongosités, après avoir pris un développement qui rappelle quelquefois un néoplasme, fondent, suppurent, s'évacuent rapidement à l'extérieur; mais la période fistuleuse est de courte durée.

Dans la seconde enfance, la tuberculose osseuse est à peu près uniquement épiphysaire; chez le nourrisson elle est fréquemment diaphysaire. Cette forme n'est pas seulement cantonnée au niveau des petits os longs des mains et des pieds sous le nom de spina ventosa; le même aspect, en effet, se rencontre sur tous les grands os des membres.

A la hanche, la coxalgie occasionne souvent des luxations précoces.

Au genou, plus rarement au coude, on rencontre une forme aiguë d'arthrite tuberculeuse. Elle ressemble à une arthrite aiguë infectieuse, guérit aussi rapidement que cette dernière après évacuation du pus et ne laisse que très peu de raideur.

La tuberculose osseuse chez le nourrisson est très souvent multiple dans ses manifestations.

On peut voir survenir simultanément, chez un même enfant, des ostéo-périostites des os du crâne, des spina ventosa, des arthrites du cou-de-pied, sans que cette multiplicité des lésions soit en général l'indice d'une gravité plus grande du pronostic.

Si l'enfant est dans des conditions suffisantes de résistance, la guérison des lésions tuberculeuses osseuses se fait rapidement et plus fréquemment que chez l'enfant plus âgé. La mortalité est de 10 p. 100 environ.

Les adénites tuberculeuses ont volontiers une évolution aiguë chez le nourrisson et laissent des cicatrices peu apparentes, contrairement à celles des enfants plus âgés.

La tuberculose péritonéale est au moins aussi grave que chez l'enfant plus avancé en âge.

Mêmes formes anatomiques que chez ce dernier et mortalité très grande.

La tuberculose du testicule est si fréquente que l'on peut dire qu'elle est un privilège du nourrisson. Son évolution est aiguë. La glande est en général envahie en totalité; la prostate est indemne. La lésion entraîne une atrophie complète du testicule pouvant en imposer pour une cryptorchidie congénitale.

La rapidité de l'évolution de la tuberculose chirurgicale du nourrisson, la tendance à la fonte des fongosités, à leur évacuation ou à leur résorption, la tendance spontanée vers la guérison, doivent rendre le chirurgien éminemment conservateur dans le traitement de ces affections bien plus encore que chez l'enfant plus âgé.

Des opérations radicales, résection, amputation, castration, ne seront jamais que des opérations de nécessité auxquelles il faudra s'efforcer de ne jamais être acculé.

STEPHEN CHAUVET.

NOTES POUR L'INTERNAT

ŒDÈME DE LA GLOTTE (1)

FORMES CLINIQUES. — I. **Œdèmes infectieux.** — L'infection microbienne représente la cause de beaucoup la plus fréquente des œdèmes du larynx; parfois l'œdème laryngé est primitif; parfois, au contraire, il succède à une maladie générale, ou à une affection ulcéreuse chronique du larynx; c'est l'œdème infectieux secondaire.

a. ŒDÈME INFECTIEUX PRIMITIF. — Le froid est par excellence la cause favorisante de l'œdème aigu; au froid s'associent le surmenage vocal, l'alcool, le tabac, le mal de Bright; l'agent infectieux peut être le streptocoque, le pneumocoque, l'entérocoque, etc. L'œdème infectieux primitif peut revêtir différents types : Garel, en 1891, en a décrit *une forme bénigne* caractérisée par l'atténuation des signes généraux; la fièvre est modérée; les premiers symptômes locaux sont la *dysphagie*, la *raucité* de la voix, la *dyspnée* qui apparaît parfois d'une manière subite. Au miroir on constate un œdème mou, translucide, tremblotant, occupant l'épiglotte et les replis aryténo-épiglottiques. Cet œdème guérit en une semaine.

La *forme aiguë* débute souvent par une angine, parfois brutalement par la laryngite; la *dysphagie* est le premier symptôme observé; le malade crache continuellement; la douleur est provoquée par la pression sur la région laryngée; elle irradie vers la trachée; la *toux* est incessante, pénible; la voix est longtemps intacte, puis rauque, puis éteinte, par immobilité crico-aryténoïdienne; la respiration, pénible, reste assez longtemps libre; quelquefois très rapidement l'angoisse, la cyanose, l'asphyxie surviennent. La maladie débute quelquefois par un frisson; la fièvre est élevée, 39, 40 degrés; il existe des sueurs, de l'insomnie. Le miroir laryngien montre une teinte rouge vif des lésions qui contraste avec l'œdème gris rosé de l'œdème bénin; les zones infiltrées ne sont plus tremblotantes mais dures; parfois l'œdème est localisé à l'épiglotte; c'est l'*angine épiglottique* de Michel (de Cologne); parfois, mais rarement, il est localisé aux cordes vocales inférieures. L'évolution est le plus souvent progressive : dysphagie d'abord, dyspnée ensuite; la dyspnée est permanente avec des paroxysmes dus au spasme. L'œdème infectieux est une affection toujours sérieuse, à marche parfois foudroyante, l'asphyxie mortelle pouvant survenir en quelques heures; le danger a une cause purement mécanique; si le malade ne succombe pas à un spasme, si la trachéotomie a été faite à temps, on observe en quelques jours la régression des symptômes alarmants.

b. ŒDÈMES INFECTIEUX SECONDAIRES. — Les œdèmes du larynx peuvent survenir au cours de nombreuses maladies infectieuses; les complications laryngées de la *fièvre typhoïde* (laryngo-typhus) ont été l'objet d'une revue générale parue dans la *Gazette des hôpitaux* (LECOMTE, 1909, nos 53 et 56); nous n'y reviendrons pas. L'œdème du larynx peut s'observer au début ou à la fin de la *rougeole*, de la grippe, plus rarement de la coqueluche, de la scarlatine; il n'est pas rare du neuvième au douzième jour de la *variole*, au moment de l'éruption; Marfan et Hallé l'ont observé dans la *varicelle*. Il peut

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 47, p. 781.

s'observer au cours des infections secondaires ou hypertoxiques de la diphtérie laryngée.

L'œdème du larynx s'observe aussi au cours de certaines *affections chroniques* du larynx, *syphilis*, *tuberculose*, *cancer* ; certains auteurs insistent même sur la fréquence de l'œdème au cours de la *syphilis laryngée tertiaire* ; cependant, pour les laryngologistes, l'œdème est exceptionnel au cours des syphilis secondaires et tertiaires du larynx; lorsqu'on l'y observe il est alors bien souvent dû, comme le pensait d'ailleurs Dieulafoy, à l'ingestion d'iodure à haute dose.

L'œdème infectieux secondaire peut être encore la conséquence de l'introduction d'un corps étranger (aiguille, épingle) dans la cavité laryngée, ou il peut résulter de la propagation inflammatoire d'une collection suppurée de voisinage (abcès rétropharyngé, amygdalite phlegmoneuse, angine de Ludwig, périœsophagite, etc.) ; nous rapprocherons de ces œdèmes, ceux qui succèdent à des *traumatismes de la région laryngée* tels que brûlures par des liquides chauds ou caustiques, contusions, fractures du larynx et ulcérations dues au tubage, etc.

II. **Œdèmes dans les affections rénales.** — Dans les *néphrites aiguës* l'œdème laryngé est une des localisations de l'*anasarque* au même titre que l'hydrothorax, l'œdème pulmonaire; le type de ces néphrites aiguës s'accompagnant d'œdème laryngé est la *néphrite scarlatineuse* tardive avec anasarque; la *néphrite aiguë syphilitique* précoce (Dieulafoy, Chauffard et Gouraud) peut également réaliser ce syndrome.

L'*œdème laryngé brightique* est, au contraire, souvent l'unique localisation d'une exsudation séreuse chez un sujet qui, jusque-là, n'avait présenté que des symptômes très discrets de néphrite; cet œdème se produit en général à l'occasion d'un coup de froid ou d'une angine légère; la pharyngite précède d'ailleurs la laryngite; la dysphagie précède la dyspnée ; l'œdème est en général bilatéral, étendu à tout le vestibule laryngien ; l'œdème de la luette, des piliers du voile l'accompagne ; au miroir, les parties œdématiées très volumineuses ont l'aspect gris, vitreux, tremblotant de l'œdème vrai ; parfois, cependant, la muqueuse est rouge. Les progrès de la dyspnée sont toujours rapides et menacent rapidement le malade de l'asphyxie. La trachéotomie est souvent pratiquée *in extremis*.

III. **Œdèmes mécaniques.** — L'œdème laryngé au cours de l'*asystolie* est rare ; l'œdème par compression veineuse et lymphatique peut s'observer parfois au cours des tumeurs de la base du cou (goitre, thymus hypertrophié) et du médiastin ; en réalité, cet œdème est rare; le plus souvent, il nécessite pour se produire l'intervention d'une compression nerveuse ; il est rarement menaçant et il affecte plutôt une allure chronique; l'intérêt de sa constatation réside dans l'obligation d'en rechercher la cause qui n'est pas toujours évidente: cancer de l'œsophage, anévrisme de la crosse de l'aorte, abcès par congestion, etc.

IV. **Œdèmes toxiques.** — *Œdème iodique.* — Expérimentalement on détermine chez les animaux, à l'aide de l'iodure de potassium donné à doses appropriées, des accidents d'œdème pulmonaire et laryngés ; chez l'homme la *question des doses est tout à fait secondaire.* On peut observer l'œdème iodique pour une simple ingestion de 10 centigrammes d'iodure de potassium; on ne peut en expliquer l'apparition par l'impureté de l'iodure de potassium et si, dans certains cas, une affection préalable du larynx ou du pharynx a pu créer une prédisposition incontestable, bien souvent on est obligé d'invoquer une idiosyncrasie spéciale et momentanée du sujet pour expliquer cet accident qu'il faut toujours redouter quand on prescrit l'iodure, même chez un sujet qui a déjà suivi un traitement ioduré sans inconvénients (Bourgeois). L'œdème iodique occupe tantôt la totalité du larynx, tantôt une moitié du larynx, limité à l'épiglotte, aux replis aryténo-épiglottiques. La lésion est purement œdémateuse. La douleur manque rarement, la dysphagie est augmentée par la pharyngite, l'œdème de la luette; la phonation, la respiration sont douloureuses ; il existe de l'anxiété respiratoire et une douleur vive, localisée à la région thyroïdienne. La dyspnée s'accuse rapidement, elle est caractérisée par des inspirations pénibles, longues et bruyantes, suivies d'expirations, courtes, silencieuses ; le tirage sus et sous-sternal apparaît; les lèvres, la face se cyanosent. De nombreuses crises de suffocation, dues au spasme, se surajoutent encore à la dyspnée qui présente parfois des rémissions dangereuses, parce qu'elles font éloigner l'idée de la trachéotomie.

La mort dans une crise est la terminaison des cas graves, si la trachéotomie n'a pas été faite à temps. Dans les cas bénins, la guérison survient en deux ou trois jours. Après cessation du médicament, on peut suivre facilement, au miroir laryngien, la résorption rapide des énormes bourrelets d'œdème.

Parmi les autres œdèmes toxiques, nous nous contenterons de signaler ceux, beaucoup plus rares, qui peuvent succéder à l'absorption d'antipyrine, d'acide phénique, à l'injection de sérum artificiel chez les brightiques, à l'injection de sels arsenicaux (salvarsan), de sérums antitoxiques. Nous préférons ne pas insister plus longtemps ici sur ces œdèmes que nous allons retrouver d'ailleurs dans le chapitre suivant.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 51. — SAMEDI 2 MAI 1914. 87e ANNÉE. SAMEDI 2 MAI 1914. — N° 51.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 10 francs par an. Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 30 avril. — MM. Tinel, 17; Voisin, 16; Gougerot, 14.

Prochaine séance, mardi 5 mai, à seize heures quarante-cinq, à l'Hôtel-Dieu.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Consultation.* — Séance du 29 avril. — MM. Bazy, 19; Toupet, 12; Basset, 16.

Sont déclarés admissibles aux épreuves définitives :

MM. Gernez, Cauchoix, Bazy, Bréchot, Berger, Mercadé, Küss et Martin.

Prochaine séance, samedi 2 mai, à dix heures, à l'amphithéâtre d'anatomie.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — Un concours pour l'emploi de chef de clinique médicale s'ouvrira le jeudi 18 juin 1914.

Un concours pour une place de chef de clinique obstétricale s'ouvrira le mardi 27 octobre 1914.

Un concours pour une place de chef de clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées s'ouvrira le jeudi 5 novembre 1914.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Sont nommés membres du comité consultatif de l'enseignement public (première section, commission de médecine et de pharmacie) :

MM. Lambling, professeur de chimie organique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille; Massol, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Montpellier; Tourneux, professeur d'histologie normale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

GUERRE. — Service de santé. — Ont été nommés dans le cadre auxiliaire du service de santé :

Au grade de médecin principal de deuxième classe de réserve. — M. le médecin principal de deuxième classe de l'armée active retraité Hugard.

Au grade de médecin-major de première classe de réserve. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Pesme et Delom-Sorbé.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active démissionnaires Lévêque et Rigaux.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — M. le médecin aide-major de première classe de l'armée active démissionnaire Bouland.

Au grade de médecin principal de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins principaux de première classe de l'armée active retraités Renaut et Brousse.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin principal de deuxième classe de l'armée active retraité Prieur.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Schachmann, Caramano, Peraldi, Gillet, Philipon, Maillet, Ménard, Girode, Philippon, Pierson, Marmier, Cadenat, Gérard, Le Chevalier, Mercier, Mornard, Jalifier, Fort, Desvignes, Wagner, Cier, Rauber, Fontanel, de Guardia, Butin, Brodin, Denave, Guinaudeau, Faugeron, Alexandre, Cuvillier, Gaté, Adam, Rault, Gambier, Lerouge, Chabert, Meyer, Volmat, Buchholz, Deluen, Tourrettes, Garnier, Chauvin, Girardot, Duvelleroy, Vinit, Péradon, de Coste, Badolle, Guiol, Wiot, Chenu, Lerouge, Malterre, Le Gouellec, Béguet, Rigaud, Rabaute, Chazalnoël, Machefer, Galesne, Laguière, Palluy, Wéry, Walser, Page, Perier, Raulx, Raynal, Secoussé, Galissot, Slizewicz, Jalibert, Perronne, Grameau, Cannet, Bocquillon, Valette, Delsol, Michot, Médan et Roger.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs en médecine Pélissier, Chenier et Woimant.

— Mutations. — Par décision ministérielle en date du 27 avril 1914 :

Médecin principal de deuxième classe. — M. Braun est nommé médecin chef de l'hôpital militaire et du service de santé de la place de Casablanca.

Médecin-major de première classe. — M. Tartavez est désigné pour l'Algérie.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Demanneville est désigné pour l'Algérie; Troude passe aux troupes d'occupation du Maroc oriental; Masson est maintenu au 109e d'infanterie; Touzet est désigné pour l'Algérie; Chon passe au 14e hussards; Saletes, au 113e d'infanterie; Louis, au 3e d'artillerie lourde de Joigny; Sarda est affecté à l'école polytechnique; Potier est désigné pour l'Algérie; Rivay passe au 95e d'infanterie.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Malgat passe au 105e d'infanterie; de Labonnefon, au 114e d'infanterie; Drouet, à l'école militaire d'infanterie; Sarrazin est maintenu au 21e bataillon de chasseurs à pied; Gosswiller, au



44e d'infanterie; Goursolas passe à la légion de la Garde républicaine; Voizard, au 8e d'artillerie de campagne.

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME AU MAROC. — Sur l'initiative du général Lyautey le sultan vient de signer un décret interdisant l'introduction, la fabrication et la vente de l'absinthe dans la zone française de l'empire chérifien.

Un délai de trois mois est accordé aux détenteurs des stocks d'absinthe pour la circulation et la vente de leurs marchandises.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. van Tieghem, professeur de botanique au muséum, membre de l'Académie des sciences; les docteurs Jaubert, médecin principal de l'armée en retraite, décédé à Nice, et Louis Carion, médecin aide-major des troupes coloniales; Maurice Cléyet-Mollard, étudiant en médecine.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — A l'occasion de l'exposition internationale urbaine de Lyon, la durée de validité des billets d'aller et retour délivrés du 25 avril au 31 octobre 1914 pour Lyon est portée uniformément à 15 jours (dimanches et fêtes compris).

Il est rappelé que des billets d'aller et retour sont émis pour Lyon par toutes les gares des réseaux P.-L.-M., Est, Orléans et Midi et par un certain nombre de gares des chemins de fer de l'Etat (ancien réseau).

Les voyageurs en provenance des gares du chemin de fer du Nord, des gares des chemins de fer de l'Etat (nouveau réseau) et de celles des gares des chemins de fer de l'Etat (ancien réseau) qui ne délivrent pas normalement des billets d'aller et retour directs pour Lyon, bénéficient néanmoins du même avantage : le coupon de retour du billet qu'ils ont pris, suivant leur provenance, soit pour Paris, soit pour un point de transit Nord-Est ou P.-O., P.-L.-M., est rendu valable quinze jours sur justification qu'ils ont utilisé sur le réseau P.-L.-M., un billet d'aller et retour pour Lyon. Cette justification leur est remise à leur entrée sur le réseau P.-L.-M.

Cette durée exceptionnelle de validité de quinze jours peut (sauf celle des billets délivrés par les gares du réseau de l'Est être prolongée à deux reprises de 8 jours (dimanches et fêtes compris) moyennant le paiement pour chaque prolongation d'un supplément de 10 p. 100 du prix du billet direct ou des billets soudés).

Enfin la faculté d'arrêt de vingt-quatre heures accordée aux porteurs de coupons retour de billets délivrés pour un parcours simple de 400 kilomètres sera portée à 4 fois vingt-quatre heures, lorsque, pendant la durée de l'exposition, les voyageurs porteurs de coupons de retour remplissant la condition de parcours exigée et établis via Lyon, voudront user, à Lyon, de cette faculté d'arrêt.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 11 AU 16 MAI 1914

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 11 mai, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 12 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 13 mai, à une heure. — 3e (oral, 1re partie).

Jeudi 14 mai, à une heure. — 2e.
4e (1re et 2e séries).

Vendredi 15 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque.*

Samedi 16 mai, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon.*

THÈSES

Mercredi 13 mai, à une heure. — Mme SCHECHTER. Contribution à l'étude des bacilles intestinaux. (MM. Roger, président; Marfan, André Jousset et Léon Bernard.) — M. GRAVOST. Considérations étiologiques et thérapeutiques relatives à la coqueluche. (Statistique de cette maladie à l'Hôtel-Dieu de Rennes en 1912-1913). (MM. Marfan, président; Roger, André Jousset et Léon Bernard.)

Jeudi 14 mai, à une heure. — M. QUERIAUD. Discussion de quelques principes directeurs de la méthode d'Abbott. (MM. Hutinel, président; Ribemont-Dessaignes, Nobécourt et Mulon.) — M. TAPON. Contribution à l'étude des points d'ossification du squelette par la radiographie. (MM. Ribemont-Dessaignes, président; Hutinel, Nobécourt et Mulon.) — M. HÉBERT DE LA ROUSSELIÈRE. Etude sur l'oblitération des vaisseaux mésentériques. (MM. Quénu, président; Gilbert Ballet, Grégoire et Mocquot.) — M. GOURC. Rides occipitales stigmate d'hérédité acquise lié à la déformation du crâne dans l'Albigeois. (MM. Gilbert Ballet, président; Quénu, Grégoire et Mocquot.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité médico-chirurgical de gynécologie, par F. LABADIE-LAGRAVE, médecin honoraire des hôpitaux, et F. LEGUEU, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Necker. 4e édition revue et augmentée, avec 491 figures en noir et couleurs. 1 fort volume grand in-8 de XII-1336 pages, cartonné à l'anglaise. — Prix : 30 francs. — Paris, Félix Alcan.

Précis de microscopie clinique, par Ch. LESIEUR, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux, et M. FAVRE, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux. In-18 gr. jésus, cartonné toile, de 800 pages, avec 305 fig. dans le texte et 24 planches en couleurs hors texte. Préface du professeur J. COURMONT. (Collection Testut.) — Prix : 12 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Guide pratique du médecin dans les accidents du travail. Suites médicales et judiciaires, par E. FORGUE, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, chirurgien de l'hôpital Saint-Eloi, et E. JEANBRAU professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, chirurgien de l'Hôpital général. 3e édition, augmentée et mise au courant de la jurisprudence. Revue par M. MOURRAL, conseiller à la Cour de Rouen. In-8 de XXIV-684 pages. — Prix : 9 francs. — Paris, Masson et Cie.

Lucidité et Intuition, étude expérimentale, par le docteur E. OSTY. In-8. — Prix : 8 francs. — Paris, F. Alcan.

Etudes sur les résistances globulaires. Courbes de résistance aux solutions salines Résistance globulaire à la saponine par le docteur Et. MAY, ancien interne des hôpitaux de Paris. Gr. in-8. — Prix : 5 francs. — Paris, Félix Alcan.

Le Timide délinquant, par le docteur Paul REBIERRE. Préface de M. le professeur Gilbert BALLET, membre de l'Académie de médecine. In-18. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Sérothérapie antitétanique (*Consultations médicales françaises,* fasc. 62), par le docteur J. CASTAIGNE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. In-16 de 24 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco; abonnement annuel (12 fasc.) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

REVUE GÉNÉRALE

LE RÉFLEXE OCULO-CARDIAQUE

PAR MM.

MAURICE VERNET, Interne des hôpitaux de Lyon.

et

PETZETAKIS, Élève à l'École de santé militaire.

La physio-pathologie clinique vient de s'enrichir depuis quelque temps d'un moyen nouveau et simple d'investigation, appelé à rendre, semble-t-il, de réels services : le réflexe oculo-cardiaque.

I

Historique. — Le premier, Ashner, en 1908 avait signalé le ralentissement du pouls par la compression oculaire pendant l'anesthésie. Il avait pu établir que le trijumeau est la voie sensitive du réflexe et que la section du pneumogastrique le supprime.

Pendant plusieurs années, cette communication passa inaperçue. En 1909 et 1911, Eppinger et Hess, J. Gautrelet, et en 1912 Cheinisse, mettaient en évidence le rôle dans la vie végétative des systèmes nerveux sympathique et autonome, décrivant des états sympathicotoniques et vagotoniques, suivant la prédominance de l'un ou l'autre système.

En 1910, Miloslawich, et en 1913, Gautrelet montrèrent les relations existant chez certains sujets entre leurs tendances sympathicotoniques ou vagotoniques et les résultats donnés par la compression oculaire en particulier chez les basedowiens.

En avril 1913, Lœper et Mougeot faisaient une étude du réflexe d'Ashner dans le diagnostic des névroses gastriques par le réflexe oculo-cardiaque.

Depuis cette époque, une série de travaux ont été faits qui ont donné au réflexe oculo-cardiaque une place importante et définitive en physio-pathologie clinique.

Sainton et Guillaumont (dans sa thèse) se sont attachés, avec Gautrelet, à l'étude du réflexe chez les basedowiens.

Le tabes a été l'objet de publications successives de Miloslawich, Gautrelet, Lœper et Mougeot, Lesieur, Vernet et Petzetakis.

Gallavardin, Dufourt et Petzetakis provoquent l'automatisme ventriculaire par la compression oculaire et l'atropine. La tachycardie paradoxale des hypertendus, les bradycardies, le diagnostic de la nature des bradycardies, la dissociation auriculo-ventriculaire sont alors l'objet successivement des travaux de Petzetakis, Lœper et Mougeot, Fabre et Petzetakis.

Enfin Lesieur, Vernet et Petzetakis étudient le réflexe chez les épileptiques, dans le diagnostic des tremblements, dans la maladie de Parkinson et décrivent une série de troubles bulbaires associés, en particulier, la glycosurie, l'albuminurie, la polyurie provoquées et le réflexe oculo-phrénique.

II

Le réflexe. — α. EN QUOI CONSISTE LE RÉFLEXE ? SA CONSTANCE. LA COMPRESSION OCULAIRE PROVOQUE CHEZ LES SUJETS NORMAUX UN RALENTISSEMENT DU CŒUR DE 5 A 12 PULSATIONS PAR MINUTE. — L'un de nous, sur 75 cas de sujets normaux, a trouvé ce constant ralentissement chez deux tiers des sujets environ. Dans le tiers des cas seulement, il y avait quelques variations, en rapport avec des états d'excitabilité variable du pneumogastrique, dont l'avenir nous précisera les véritables causes.

Le réflexe est donc à peu près constant chez les sujets normaux. Pour un même sujet, le réflexe oculo-

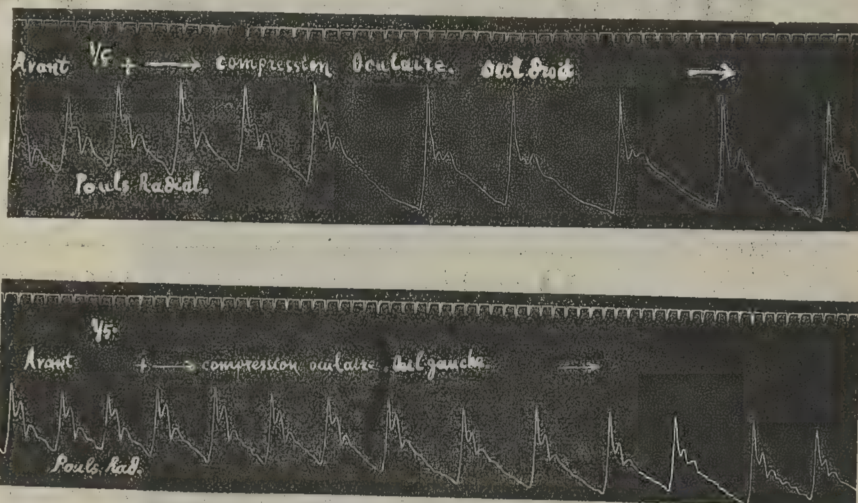


FIG. 1. — *Réflexe oculo-cardiaque à l'état normal. Compression comparée des deux yeux.* — Tracés destinés à montrer la différence entre la compression de l'œil droit et de l'œil gauche. On voit nettement que la compression de l'œil droit donne un ralentissement plus considérable que celui obtenu par la compression de l'œil gauche (Petzetakis).

cardiaque ne se modifie pas avec le rythme du cœur qui seul est variable. — Seules des influences (1) toxiques ou médicamenteuses peuvent modifier le réflexe d'un moment à l'autre en intéressant les voies du réflexe.

L'exemple le plus typique de cette constance est celui des bradycardies consécutives au travail de l'accouchement, où le réflexe oculo-cardiaque est identique à celui constaté pendant la phase de tachycardie de l'accouchement.

β. LA RECHERCHE UNILATÉRALE DU RÉFLEXE. — *Nous avons montré que la compression unilatérale de l'œil droit donne un ralentissement plus considérable du cœur que la compression de l'œil gauche*, fait en rapport avec l'excitabilité physiologique, normalement plus grande du pneumogastrique droit. Nous verrons que la compression unilatérale présente un grand intérêt dans la détermination pour certains

(1) Voir LESIEUR, VERNET et PETZETAKIS. Action du tabac sur les nerfs du cœur (réflexe oculo-cardiaque). Action du bromure de K sur le réflexe oculo-cardiaque, in *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 12 mars 1914.

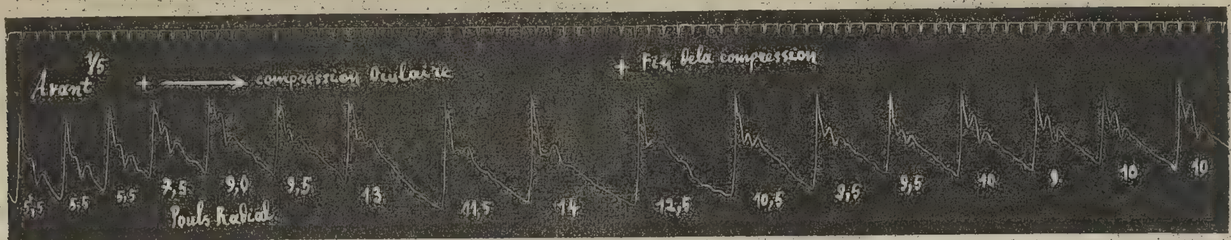


FIG. 2. — *Réflexe oculo-cardiaque.* — Persistance du ralentissement après la fin de la compression (Petzetakis).

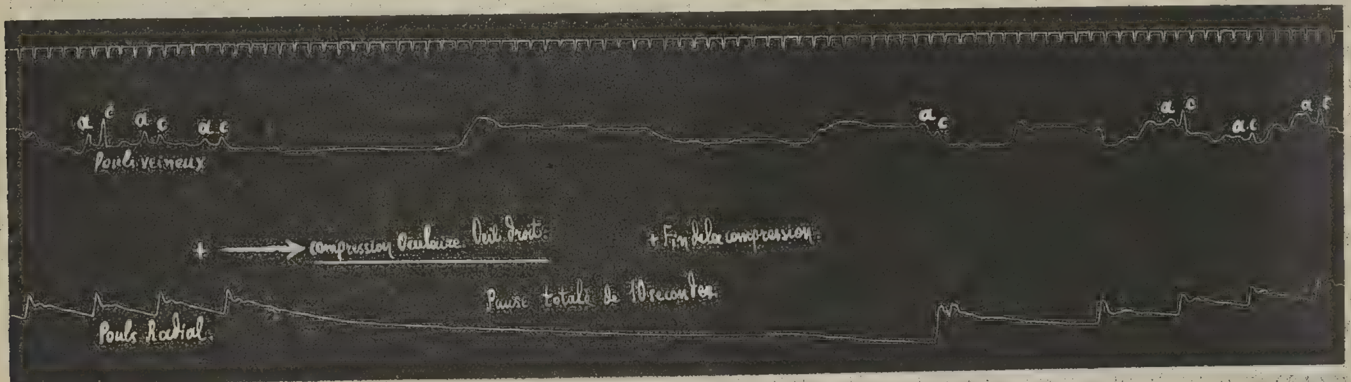
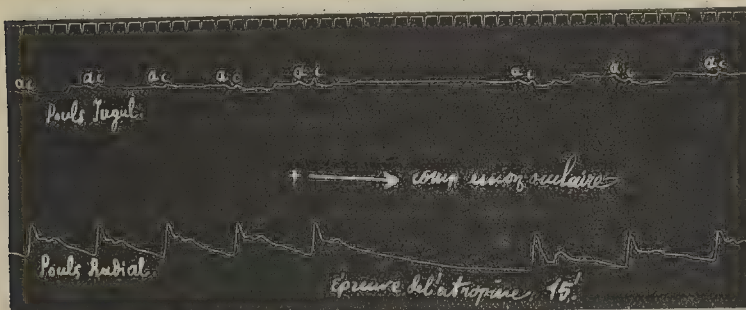
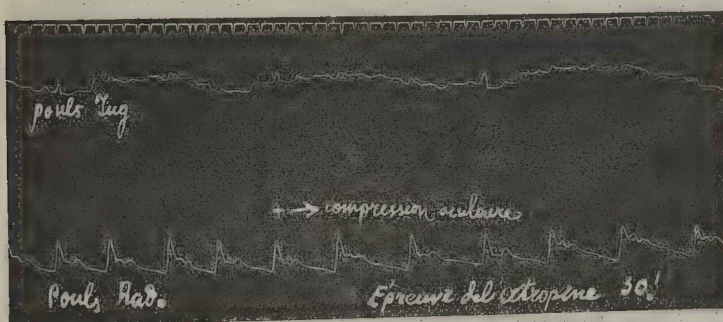


FIG. 3. — *Arrêt total du cœur par la compression oculaire chez un épileptique.* — Comme on le voit, l'arrêt porte en même temps sur l'oreillette et le ventricule. La pause est de dix secondes. Elle est produite à volonté par une compression légère (Lesieur, Vernet et Petzetakis).





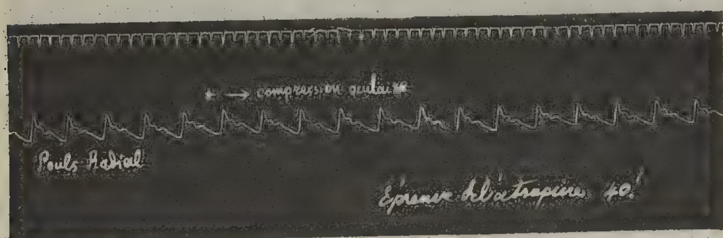


FIG. 4. — *Epreuve de l'atropine* chez l'épileptique présentant l'arrêt total du cœur (fig. 3). Le premier tracé pris quinze minutes après l'injection d'atropine montre un réflexe qui persiste, mais diminué. Dans la suite (deuxième tracé) le réflexe progressivement diminue et, quarante minutes après (troisième tracé), on n'obtient plus de ralentissement par la compression oculaire (Lesieur, Vernet et Petzetakis).

cas de l'unilatéralité d'existence de lésions et pour une constatation plus sensible du réflexe.

γ. LES VOIES DU RÉFLEXE. — Schématiquement, il semble que l'on doive admettre :

Voie centripète : *trijumeau.*
Centre : *bulbe.*
Voie centrifuge : *pneumogastrique.*

Ashner a bien montré sur l'animal que la voie centripète est la branche ophtalmique de Willis, la section des autres nerfs craniens n'ayant aucune influence sur le réflexe, la section du trijumeau abolissant au contraire le réflexe. La voie centrifuge est prouvée chez l'animal par la section du pneumogastrique qui entraîne l'abolition du réflexe. Chez l'homme, l'injection de 2 milligrammes d'*atropine réalise constamment cette même abolition, en paralysant électivement le pneumogastrique* qui est donc bien la voie centrifuge. Quant au centre bulbo-protubérantiel il semble que l'on doive le localiser au point précis répondant au passage du pneumogastrique dans le noyau sensitif du trijumeau. *Cela ne préjuge en rien, d'ailleurs, des voies d'association possibles entre ce point et les autres centres de voisinage.* Cette participation est même démontrée par les résultats que nous avons obtenus et que nous relatons plus loin.

Enfin, dans certains cas, le sympathique sert de voie centrifuge du réflexe au même titre que le fait habituellement le pneumogastrique.

III

Manière de rechercher le réflexe. — La compression oculaire et la constatation du ralentissement cardiaque concomitant sont d'une

extrême simplicité apparente. Et cependant, la recherche du réflexe par certaines mains non prévenues est vouée à des échecs certains ou des erreurs regrettables contre lesquels tout observateur doit se mettre en garde.

A. Causes d'erreur. — 1° *Tenant au sujet.* — Certains malades, quoique rares, présentent une sensibilité oculaire extrêmement vive, interdisant toute recherche du réflexe ou en faussant les résultats. Une femme basedowienne nous a présenté cette impossibilité. Il faut compter aussi avec une susceptibilité spéciale à certains sujets qui ne se prêtent pas à la recherche ; de la même façon qu'une contracture irraisonnée empêche la recherche du réflexe rotulien chez certains sujets. Ces cas très rares éliminés, la compression oculaire sera toujours utilement et facilement pratiquée.

2° *Tenant à une mauvaise compression.* — Une compression portée sur l'ensemble de la paupière par la partie moyenne de l'index, comme l'on a au début tendance à le faire, est mauvaise et insuffisante. L'orbiculaire se contracte souvent chez des sujets ainsi examinés et prive le doigt de toute compression utile. Une compression trop brusque est brutale et ne peut être maintenue.

3° *Tenant à la numération.* — La numération limitée à cinq secondes nous semble insuffisante pour mettre en évidence les petites variations produites par le réflexe. Des erreurs sont possibles, et alors trop amplifiées dans le calcul à la minute. La numération pratiquée dès le début de la compression oculaire n'a pas laissé à celle-ci, qui doit être lente, le temps d'agir. Il faut attendre au moins cinq secondes. La persistance pendant quelques secondes du ralentissement après une première compression peut fausser le résultat que l'on chercherait à obtenir par une seconde compression trop vite recommencée.

4° *Tenant à l'attitude.* — Il ne faut jamais pratiquer la compression oculaire dans la station debout, à cause des variations momentanées du rythme cardiaque, résultant des changements d'attitude, ou d'efforts, variations très rapides, ne modifiant pas le réflexe lui-même, mais pouvant fausser la comparaison du chiffre des pulsations noté avant et pendant la compression oculaire.

Enfin, une autre cause d'erreur est imputable, dans certains cas, à la compression bilatérale pratiquée seule. Une modification unilatérale prédominante passerait inaperçue dans le résultat général. Il faut encore éliminer le cas d'ingestion de médicaments nervins ou en tenir compte.

B. La bonne recherche. — Ces causes d'erreur éliminées, la bonne recherche sera faite avec la pulpe du doigt (index) s'appliquant, à travers la paupière mollement close, sur le globe de l'œil que le doigt refoulera dans le fond de la cavité orbitaire, par une compression douce d'abord, et progressivement plus forte, pratiquée d'abord à droite puis à gauche, puis bilatéralement. On aura eu soin de mettre le sujet dans le décubitus dorsal, c'est-à-dire dans l'état du relâchement musculaire complet, la tête bien appuyée en arrière. On se sera placé latéralement, si l'on est seul, la main gauche pratiquant la compression, la main droite percevant le pouls radial. Si l'on est deux, un observateur comprime en se mettant en arrière du sujet ; l'autre compte le pouls. La numération sera commencée après quelques secondes et durera de préférence un quart de minute au moins. Le contrôle graphique sera souvent utile.

IV

Le réflexe et les troubles du cœur. — Le réflexe oculo-cardiaque a été recherché d'une part dans les maladies myocardiques et valvulaires, d'autre part dans les troubles du rythme, bradycardies, tachycardies, arythmies. Enfin sa recherche a permis la production du phénomène intéressant de l'automatisme ventriculaire.

1° Dans les affections myocardiques et valvulaires, les voies du réflexe n'étant pas lésées, celui-ci n'est pas généralement modifié. Nous avons trouvé le même ralentissement que chez les sujets normaux avec quelques variations légères qui ne semblent pas, dans l'état actuel de la question, présenter un grand intérêt.

2° Les troubles du rythme ont été l'objet, au contraire, de résultats intéressants.

Mougeot étudiant la *tachycardie paradoxale des hypertendus* ne trouve aucune modification du réflexe oculo-cardiaque chez ses malades.

Le X et le sympathique ont donc conservé une excitabilité normale. Ce fait est pour lui un élément important pour l'interprétation pathogénique de la tachycardie paradoxale des hypertendus. On pouvait penser que cette tachycardie était due, soit à un excès de pression intraventriculaire, soit à de l'hyperadrénalinémie, l'adrénaline agissant par excitation du sympathique, nerf accélérateur du cœur, soit à une réaction de fatigue du ventricule gauche. L'absence de variation du réflexe oculo-cardiaque semble appuyer cette dernière hypothèse. Il s'agirait donc d'une insuffisance fonctionnelle du ventricule gauche (1), la tachycardie devenant le « symptôme d'alarme de la décompensation de l'hypertension » et le « signal qui doit marquer le début de l'emploi des cardio-toniques ». Ce même auteur a montré l'importance du réflexe dans la *tachycardie permanente sans arythmie*. La conservation du réflexe dans ces cas distingue l'origine myocardique ou l'origine bulbo-vagale de l'accélération du cœur.

Bradycardies. — Cette distinction entre les troubles du rythme d'origine nerveuse et ceux d'origine purement myocardique s'est précisée par l'étude du réflexe oculo-cardiaque dans les bradycardies. Les travaux successifs de Petzetakis, Lœper et Mougeot, Fabre et Petzetakis, ont permis de réaliser cette *distinction essentielle entre les bradycardies nerveuses et les bradycardies myocardiques*. Ces auteurs l'ont mise en évidence par la recherche comparée des épreuves de l'atropine, du nitrite d'amyle et de la compression oculaire. Suivant les résultats positif ou négatif de ces recherches, il semble que l'on puisse conclure à l'origine nerveuse ou myocardique de la bradycardie considérée. Les cas de bradycardies d'origine nerveuse donnent tous par la compression oculaire des ralentissements considérables du pouls qui varient de 10, 15, 25 pulsations et plus par minute.

(1) Voir également C. Lian. *Progrès méd.*, 22 nov. 1913, p. 600.

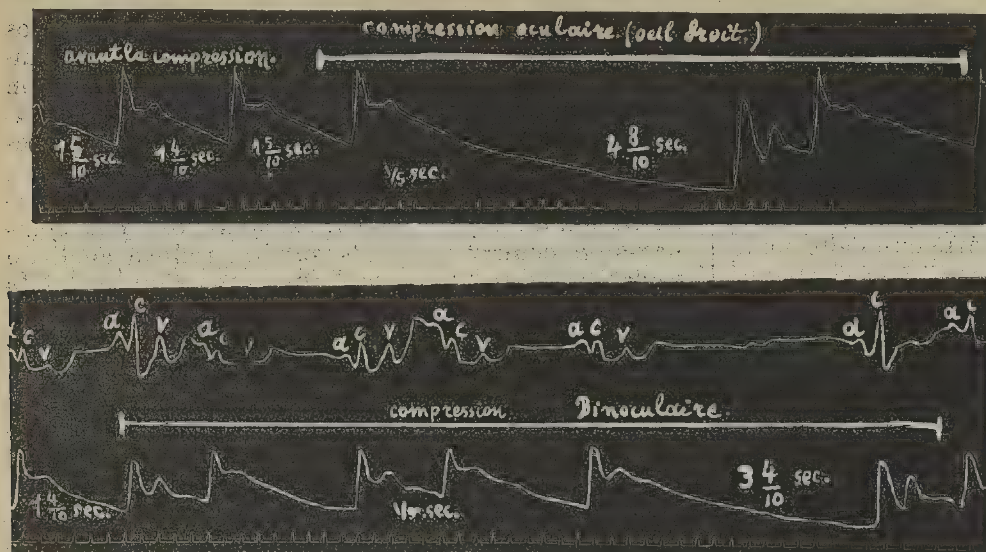


Fig. 5. — *L'épreuve de la compression oculaire dans le diagnostic de la nature des bradycardies.* — Les tracés ci-joints montrent l'influence de la compression oculaire dans un cas de bradycardie totale d'origine nerveuse. La bradycardie est totale comme on le voit dans le deuxième tracé (arrêt auriculaire et ventriculaire) [Petzetakis].

3° Automatisme ventriculaire provoqué par la compression oculaire. — L'effet de la compression oculaire sur le rythme du cœur est devenu plus évident encore par la production de l'automatisme ventriculaire et de la dissociation auriculo-ventriculaire. Gallavardin, Dufourt et Petzetakis ont rapporté 2 cas de bradycardies avec production de l'automatisme ventriculaire par la compression oculaire. Petzetakis rapporta, tout de suite après, le même phénomène dans 8 autres cas de bradycardies dont 2 avec Fabre. Voici comment on peut expliquer la production de ce phénomène. Tout d'abord, par la compression oculaire, après une période de ralentissement simple, qui porte à la fois sur l'oreillette et le ventricule, *on arrive à un certain moment à agir sur le rythme sino-auriculaire beaucoup plus que sur le rythme ventriculaire.* Lorsque ce résultat a été obtenu, on assiste à l'automatisme ventriculaire. Sur les tracés veineux ou électriques du cœur, on voit, sur le pouls veineux, qu'après une longue pause l'oreillette manque à sa place normale et on a une contraction ventriculaire automatique, la contraction auriculaire présentant un siège variable. Ainsi, le ventricule bat tout seul avec son rythme propre, sans qu'il ait besoin d'une excitation de la part de l'oreillette. Cette dernière vient alors tantôt un peu en avant le ventricule (moins de un cinquième de seconde), tantôt coïncide avec la contraction ventriculaire automatique, tantôt vient après. De cette façon on a sur le pouls veineux, soit le crochet caractéristique $\alpha + c$, soit différentes formes résultant du fait de ce chevauchement auriculo-ventriculaire. Petzetakis a signalé le même phénomène d'automatisme chez des sujets normaux dont le rythme cardiaque n'était pas ralenti.

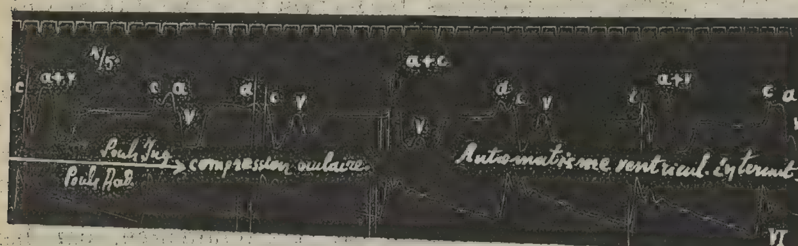


Fig. 6. — *Automatisme ventriculaire provoqué par la compression oculaire, chez un sujet normal.* — Après la compression oculaire, le rythme automatique du ventricule est mis en évidence, la contraction auriculaire (*a*) se place de façon variable par rapport à la contraction ventriculaire (*c*) [Petzetakis].

4° Dissociation auriculo-ventriculaire provoquée par la compression oculaire. — L'un de nous a rapporté 3 cas de sujets normaux (1) chez lesquels la compression oculaire donnait des *troubles de la conductibilité* cardiaque très nets, qui se jugeaient par un allongement de l'intervalle *a-c* et qui pouvaient aller jusqu'à la dissociation auriculo-ventriculaire. Ces phénomènes disparaissaient après injection d'atropine. Ces mêmes troubles de la conductibilité ont été mis en évidence chez

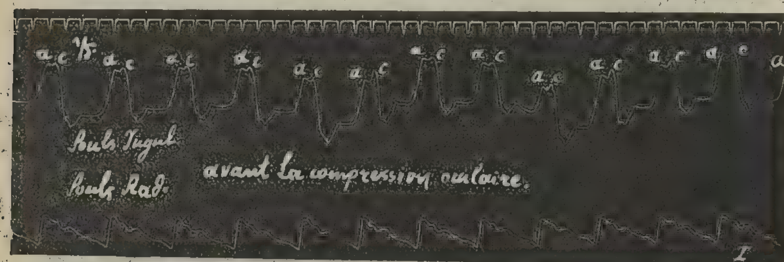


Fig. 7. — *Dissociation auriculo-ventriculaire provoquée par la compression oculaire.* — Le premier tracé représente le pouls veineux et radial d'un sujet normal. Le deuxième tracé, pris après la compression oculaire, montre d'une façon très nette des troubles de la conductibilité auriculo-ventriculaire consistant en un allongement considérable de l'intervalle *a-c*. On voit que parfois la contraction auriculaire (*a*) n'est pas suivie de la contraction ventriculaire (*c*) [block] (Petzetakis).

(1) Petzetakis. Réflexe oculo-cardiaque et dissociation auriculo-ventriculaire, *Soc. de biol.*, 14 mars 1914.

le chien (1), notamment après section de la moelle au niveau de la dernière vertèbre cervicale. Dans ces conditions spéciales on peut constater, indépendamment d'autres phénomènes intéressants, la dissociation auriculo-ventriculaire (2). L'action du pneumogastrique est bien mise ici en évidence par le réflexe oculo-cardiaque.

Récemment, M. Mougeot rapporte que l'alternance ventriculaire n'abolit pas le réflexe oculo-cardiaque. Elle indique la digitale. L'excitation du X par la pression oculaire atténuerait souvent l'alternance. Elle ne l'exagérerait qu'en favorisant l'apparition d'une extrasystole et pour un petit nombre de pulsations consécutives à l'extrasystole. Chez les malades présentant de l'alternance, le réflexe oculo-cardiaque peut être aboli d'après cet auteur, par suite de l'imprégnation toxique du bulbe, et sa réapparition ultérieure marquerait une amélioration de l'état du malade (au point de vue de l'auto-intoxication urémique), amélioration que l'on obtient par la digitale et la diète appropriée.

V

Le réflexe et les affections du système nerveux. — *A.* Névroses gastriques. — Ces effets si remarquables de la compression oculaire avaient déjà retenu l'attention de Lœper et Mougeot pour le diagnostic des névroses gastriques. Ces auteurs avaient signalé, dans ces cas, que la compression oculaire signe la nature nerveuse ou fonctionnelle des troubles bradycardiques, par conséquent signe ou non leur origine gastro-intestinale. Avec Miloslawich, Lœper et Mougeot montrèrent que le réflexe, pouvant aussi bien emprunter la voie du sympathique que celle du X, traduisait leur état fonctionnel (état vagotonique et état sympathicotonique).

B. Maladie de Basedow. — Il parut alors intéressant d'étudier les effets de la compression oculaire chez les basedowiens. Stern, en 1909, avait appelé l'attention sur le diagnostic différentiel des véritables basedowiens d'avec les « basedowoïdes » ou Basedow frustes. Ashner, en 1910, avait montré à l'aide de l'adrénaline, les tendances sympathicotoniques de ces Basedow frustes et F. Rose, en 1910, donnait la signification nosologique des formes frustes de la maladie de Basedow. Une série de travaux d'Eppinger et Hess, en 1909 et 1910, de Gautrelet, en 1911, et Choinesse, en 1912, avait précisé cette distinction entre les états sympathicotoniques et vagotoniques. En quoi consistent-ils ? La pilocarpine, excitant spécifique du système nerveux autonome (vague), provoque salivation, sueurs, rougeur de la peau. L'adrénaline, excitant spécifique du sympathique, provoque polyurie, glycosurie. Schématiquement donc, l'exagération ou la diminution de l'effet de l'une ou l'autre de ces substances signe l'hyperexcitabilité ou l'hypoexcitabilité du système spécifique qu'elle impressionne. Il apparut que cette excitabilité variable pouvait de la même façon être mise en évidence par le réflexe oculo-cardiaque, puisque ce réflexe empruntait indifféremment la voie du vague ou du sympathique. D'après les travaux antérieurs, les Basedow frustes ou « basedowoïdes » présentant un état sympathicotonique et les Basedow vraies un état vagotonique, dans le sens où nous les avons définis, quel renseignement pouvait donner la compression oculaire ? Sainton (1), sur 17 cas de Basedow, trouve 12 cas où prédomine l'hypervagotonie (hyperexcitation du vague : ralentissement fort à la compression oculaire) ; 4 cas sur 17, réflexe aboli ou variable (interprétation difficile), 1 cas d'inversion du réflexe (hyperexcitation prédominante du sympathique : accélération du cœur à la compression oculaire). Nous-mêmes avons constaté de forts ralentissements que nous avons enregistrés graphiquement. Donc, dans la grande majorité des cas, hypervagotonie dans la maladie de Basedow ; exceptionnellement prédominance de la sympathicotonie. Gautrelet signale, à l'appui de ces données, que le ralentissement du pouls est de règle chez les sujets dont l'adrénaline et la pilocarpine traduisent l'état vagotonique (2). Il constate aussi que, souvent, malgré une excitabilité sympathique anormale, le basedowien réagit à la manière d'un vagotonique. Il semble donc que l'on doive conclure dans l'état actuel, encore imprécis, de la question, que, d'une façon générale, le ralentissement (état vagotonique prédominant) est fort chez les basedowiens. Il est difficile de s'expliquer le ralentissement chez les sujets présentant une excitabilité sympathique anormale. Peut-être les deux états d'excitabilité sympathique et vague coexistent-ils, l'un étant prédominant sur l'autre.

Enfin, dans les cas rares (peut-être répondant aux Basedow frustes) où il y a accélération par la compression oculaire, on peut penser à la prédominance de l'état sympathicotonique. Gautrelet se demande si la constatation de ces états de vagotonie ou sympathicotonie, suivant leur prédominance, par les recherches combinées du réflexe oculo-cardiaque et l'adrénaline-pilocarpine, ne pourrait être un élément de diagnostic entre les Basedow frustes et vraies et ne guiderait pas une thérapeutique appropriée. La question appelle de nouvelles recherches.

C. Epilepsie. — L'intérêt que présente l'épilepsie, tant au point de vue pathogénie qu'au point de vue du diagnostic des lésions encore inconnues de cette névrose, a appelé notre attention sur les résultats d'investigation que pourrait nous donner la compression oculaire. Une série de recherches nous ont montré, en effet, que l'excitabilité bulbaire chez ces malades est extrêmement sensible. *Toujours le réflexe a été très exagéré.* Nous avons présenté et publié un cas où nous produisons à volonté un arrêt total auriculaire et ventriculaire du cœur que nous avons maintenu plusieurs fois, jusqu'à quinze secondes, avec phénomènes bulbaires associés que nous relaterons plus loin : 9 cas sur 33 ont présenté des ralentissements de 30 à 52 pulsations par minute. Les trois quarts nous ont montré des ralentissements de 16 à 30 après compression faible. Le dernier quart présentait un ralentissement voisin de 16. Les malades ayant le moins de crises sont

(1) Cluzet et Petzetakis. Etude électro-cardiographique expérimentale du réflexe oculo-cardiaque, *Lyon méd.*, 16 fév. 1914 et *Soc. de biol.*, 17 janv. 1914.

(2) Dufour et Legras (*Soc. méd. des hôp. de Paris*, séance du 27 mars 1914), à l'aide de la radioscopie, ont relevé pendant la compression oculaire l'arrêt du ventricule, mais la persistance de la contraction auriculaire.

(1) Guillaumont (Th. de Paris) apporte 33 cas de syndrome de Basedow avec des conclusions analogues à celles de Sainton.

(2) Falta. Pilocarpine, réaction forte ; adrénaline, réaction faible (vagotonie), *Zeit. f. klin. Med.*, t. LXXI, p. 23, et t. LXXIII, p. 97.

ceux dont le réflexe est généralement le moins exagéré. Ceux prenant des crises fréquentes ont pour la plupart un réflexe très exagéré. Enfin, nous avons signalé que le réflexe oculo-cardiaque s'exagère après la suppression du bromure et diminue au contraire en proportion de son administration, ce qui est un phénomène intéressant dans la détermination de la dose nécessaire à chaque cas particu-

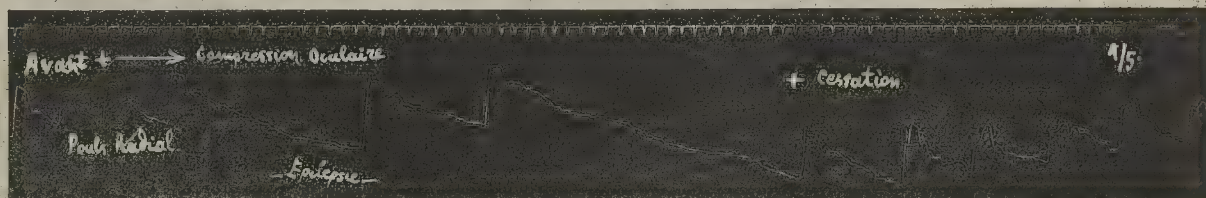
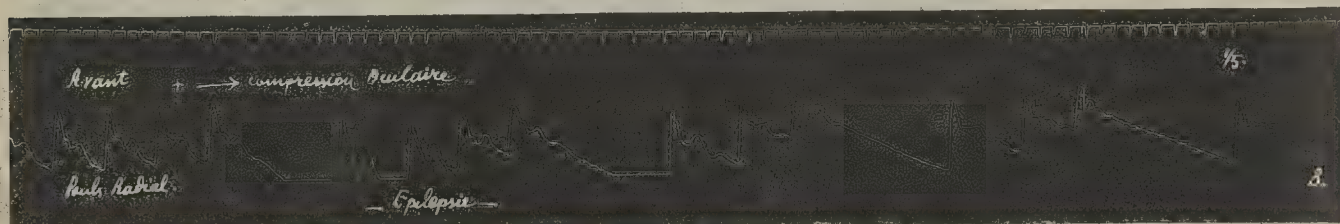


Fig. 8. — *Réflexe oculo-cardiaque dans l'épilepsie.* — On voit un ralentissement considérable à la compression oculaire modérée (Lesieur, Vernet et Petzetakis).



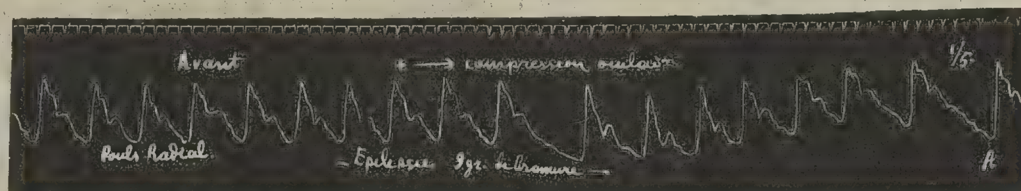


Fig. 9. — *Action du bromure sur le réflexe oculo-cardiaque dans l'épilepsie.* — Les deux tracés montrent, chez le même malade, le ralentissement avant et après l'administration du bromure (Lesieur, Vernet et Petzetakis).

lier. Le réflexe oculo-cardiaque traduit la durée d'action du médicament (1). Enfin la décharge de la crise semble diminuer l'hyperexcitabilité du X, le réflexe revenant momentanément à la normale.

D. Tabes. — Les altérations anatomo-pathologiques du tabes dont l'extension ascendante jusqu'aux noyaux sensitifs bulbaires (en particulier, le noyau du V) est bien connue, ne pourraient manquer d'appeler l'attention sur la recherche du réflexe oculo-cardiaque dans cette affection. Miloslawich, Gautrelet, Lœper et Mougeot, Lesieur, Vernet et Petzetakis ont apporté une série de résultats sensiblement concordants sur l'abolition *fréquente*, mais non constante, du réflexe dans le tabes. Cette constance relative d'abolition, sa fréquence dans les tabes supérieurs en montrent tout l'intérêt. Nous avons signalé la possibitité d'abolition du réflexe

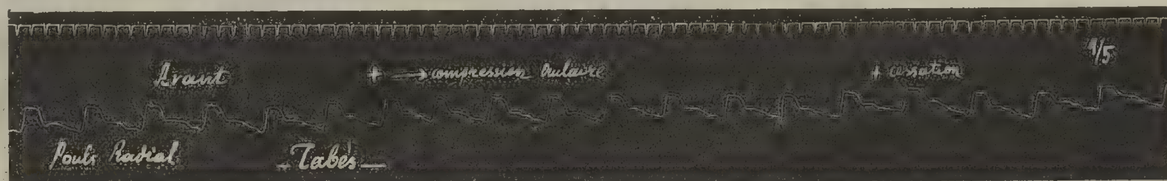


Fig. 10. — *Réflexe oculo-cardiaque dans le tabes.* — Ce tracé représente l'abolition du réflexe complète dans ce cas (Lesieur, Vernet et Petzetakis).

oculo-cardiaque alors que le signe d'Argyll peut ne pas exister. Cette particularité est d'un intérêt diagnostique qui peut être précieux.

E. Maladie de Parkinson. — *Cette abolition fréquente dans le tabes a été trouvée par nous très constante dans la maladie de Parkinson.* — Sur 16 cas, 15 nous ont présenté une abolition sensiblement complète, 1 cas de maladie de Parkinson, présenté comme un cas tout à fait intéressant de paralysie agitante unilatérale, a présenté une conservation très curieuse du réflexe du côté sain avec une exagération même de ce réflexe comme s'il s'agissait d'une lésion irritative unilatérale. Du côté malade, nous avons vu une atténuation considérable du réflexe par rapport au côté opposé et par rapport à la normale. Ce cas exceptionnel donne plus d'intérêt encore aux autres faits d'abolition constante, en

(1) Lesieur, Vernet et Petzetakis. Réflexe oculo-cardiaque et bromure de K dans l'épilepsie, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 12 mars 1914, p. 442-444.

montrant que *le réflexe peut traduire l'existence, l'état exact ou l'extension des lésions qui siègent très probablement dans la région ponto-cérébelleuse vers le noyau du trijumeau* et que son abolition est la signature de l'extension de ces lésions. Nous avons rapproché les données fournies par l'anatomie pathologique, l'étude clinique et pathogénique de cette affection, de l'indication donnée par le réflexe oculo-cardiaque pour vérifier la probabilité du siège de ces lésions. Cela apporte un jour nouveau sur l'anatomie pathologique et la pathogénie de maladies comme la maladie de Parkinson cataloguée encore

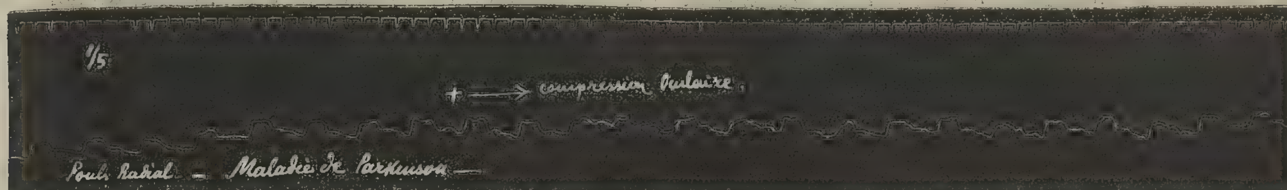


Fig. 11. — *L'abolition du réflexe oculo-cardiaque dans la maladie de Parkinson* (Lesieur, Vernet et Petzetakis).

comme névrose par Charcot. Cette hypothèse de névrose semble complètement infirmée par ce fait de l'abolition si constante d'un réflexe dont le centre est très certainement altéré, les voies du réflexe étant indemnes.

Et cela est si vrai que ce même réflexe paraît tout à fait normal dans les :

F. Tremblements sénile et alcoolique, par exemple, paraissant ne devoir être imputables à aucune lésion nerveuse centrale. Sur 8 cas de tremblement sénile et 4 cas de tremblement alcoolique très marqués, nous avons trouvé le réflexe normal, c'est-à-dire oscillant dans ses petites variations habituelles de 8 à 10. Nous avons signalé quel intérêt diagnostique s'attache à ce résultat. En effet, dans les phases de début d'un tremblement dont le caractère n'est point encore très net, le réflexe oculo-cardiaque indiquera l'étiologie possible.

G. Sclérose en plaques. — Ce que nous venons d'avancer se vérifie, semble-t-il, dans les résultats que donne le réflexe oculo-cardiaque dans la sclérose en plaques. On sait que tous les étages médullaires, le cervelet, le mésencéphale, et aussi le sympathique fréquemment, peuvent être intéressés dans la dissémination irrégulière des plaques de sclérose. Sur 4 cas, 2 fois nous avons eu une accélération très nette du pouls à la compression oculaire (réflexe inversé), 1 fois une abolition, 1 fois un ralentissement tendant à la normale. Donc, réflexe oculo-cardiaque variable comme la dissémination, elle-même très variable, des altérations scléreuses.

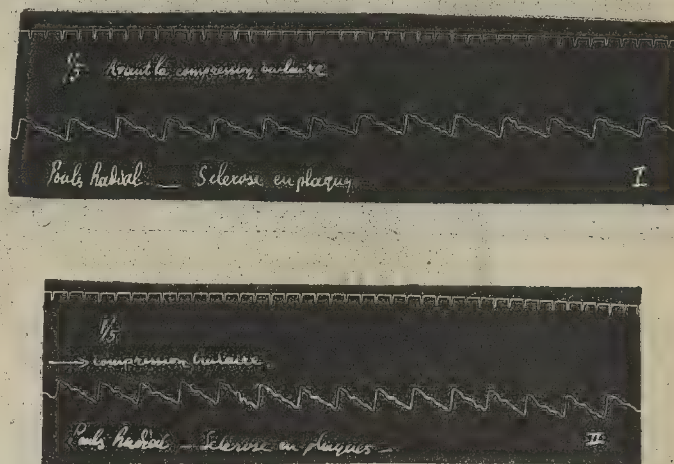


Fig. 12. — *Exemple d'accélération du pouls à la compression oculaire dans un cas de sclérose en plaques* (un tracé est pris avant, l'autre pendant la compression) [Lesieur, Vernet et Petzetakis].

Les cas d'accélération semblent dus, jusqu'à plus ample informé, à l'hyperexcitabilité du sympathique altéré. Une plaque de sclérose au centre lui-même

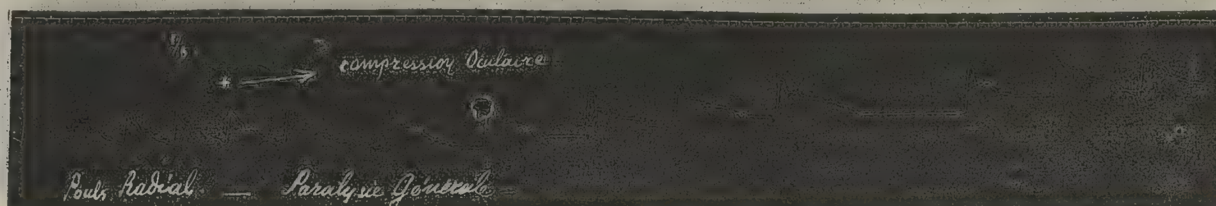


Fig. 13. — *Réflexe oculo-cardiaque dans la paralysie générale.* — Ralentissement manifeste (Lesieur, Vernet et Petzetakis).

du réflexe peut expliquer les cas d'abolition, comme l'absence de toute lésion peut expliquer les cas d'intégrité.

H. Paralysie générale. — 4 fois sur 6, le réflexe oculo-cardiaque a donné de forts ralentissements allant jusqu'à 36 pulsations par minute dans la paralysie générale. A côté de la méningo-encéphalite diffuse caractéristique de cette affection, il y a donc un état d'excitabilité bulbaire spécial, rappelant quelquefois, par son intensité, l'état d'excitabilité semblable signalé par nous dans l'épilepsie. Les paralytiques généraux présentent d'ailleurs une série de troubles mettant en évidence cette hyperexcitabilité bulbaire.

I. Syphilis. — Dernièrement Lœper et Mougeot étudiant le réflexe dans la syphilis, signalent une abolition *fréquente* du réflexe dans cette affection. Nous avions, nous-mêmes, constaté quelquefois une

abolition du réflexe dans des cas de syphilis ancienne, mais nous avions été frappés de la *variabilité* du réflexe suivant les syphilitiques que nous examinions. Nous n'avions pas cru devoir tirer de ces variabilités des conclusions immédiates. Les cas de paralysie générale que nous avons rapportés, syphilitiques avérés (ponction orbitaire de Bériel ayant mis en évidence des spirochètes chez plusieurs), montrent que, dans la syphilis, l'abolition n'est pas constante. D'ailleurs, les données du réflexe n'en ont de ce fait que plus de valeur. En effet, par elles il semble que l'on puisse juger du degré des altérations mésencéphaliques, les cas d'exagération du réflexe (hyperexcitabilité bulbaire) n'infirmant en rien la possibilité de son abolition ultérieure (répondant peut-être alors à des lésions confirmées, en foyer).

J. Paralysies pseudo-bulbaires. — G. Guillain et J. Dubois (1) rapportent, dans 4 cas sur 6 de paralysie pseudo-bulbaire, une abolition du réflexe oculo-cardiaque et 2 fois une inversion. Ces auteurs pensent que la lésion des voies encéphalo-bulbaires, isolant dans une certaine limite le bulbe du cortex ou des noyaux gris centraux, a une influence sur le déterminisme de cette perturbation du réflexe oculo-cardiaque. Il serait intéressant de préciser cette interprétation et la valeur de ces résultats par la compression oculaire unilatérale et par l'examen comparé de ces paralysies pseudo-bulbaires avec les paralysies bulbaires vraies.

IV

Intérêt du réflexe. — Des résultats que nous venons d'enregistrer, nous concluons en manière de synthèse et dans l'état actuel de la question.

La recherche du réflexe oculo-cardiaque étant facile, ne nécessitant aucune instrumentation spéciale et ne présentant pas de danger, doit entrer dans la pratique physio-clinique courante. *Bien recherché*, le réflexe montre un triple *intérêt clinique*.

A. Intérêt diagnostique. — En effet, nous avons vu que l'on pourra appuyer sur ces résultats un diagnostic de nature centrale ou périphérique d'un tremblement, en particulier dans les formes frustes. Elément aussi de diagnostic dans le tabes par la fréquence d'abolition et sa priorité possible sur l'Argyll. Elément de diagnostic dans la différenciation des états sympathicotoniques et vagotoniques, de la maladie de Basedow en particulier (Basedow vraies et Basedow frustes). Elément de diagnostic dans les névroses gastriques, la détermination de l'origine myocardique ou nerveuse d'une bradycardie, ou de la nature des tachycardies, etc.

B. Intérêt anatomo-pathologique. — Les lésions névritiques ou les modifications fonctionnelles du pneumogastrique ou du sympathique et en particulier les lésions mésocéphaliques semblent remarquablement enregistrées par les modalités du réflexe, particulières à chaque cas. Les cas de modification unilatérale du réflexe semblent répondre à une unilatéralité correspondante des lésions (1). L'accentuation de ces lésions semble modifier parallèlement le réflexe. Donc, intérêt de détermination anatomo-pathologique d'existence, de siège, de degré de lésions sur les voies du réflexe.

C. Intérêt thérapeutique. — Permettant de connaître l'état fonctionnel de ses voies, la recherche du réflexe peut aider à la conduite d'une sage thérapeutique, à la détermination en particulier des doses de médicaments nervins, convenant à chaque cas (par exemple, dose du bromure chez les épileptiques), des cardiotoniques dans la tachycardie paradoxale des hypertendus. Le réflexe peut traduire l'effet toxique de certains produits (tabac par exemple). Il peut guider la thérapeutique de la maladie de Basedow, etc.

Enfin, le réflexe oculo-cardiaque présente un *intérêt physiologique* important.

Chez des sujets à réflexe très exagéré, l'hyperexcitabilité bulbaire permet l'étude amplifiée des fonctions normales du mésocéphale en désignant les centres de ces fonctions.

L'*action sur le rythme du cœur peut présenter tous les degrés d'intensité* et s'associer à des troubles respiratoires (2) que nous avons bien mis en évidence sous le nom de *réflexe oculo-phrénique*. Nous montrons sur notre graphique la modification habituelle de l'amplitude des respirations, qui peut aller jusqu'à l'arrêt plus ou moins long en inspiration forcée. Le pneumogastrique paralysé électivement par l'atropine, les troubles respiratoires persistent alors que l'on ne produit plus de ralentissement du cœur.

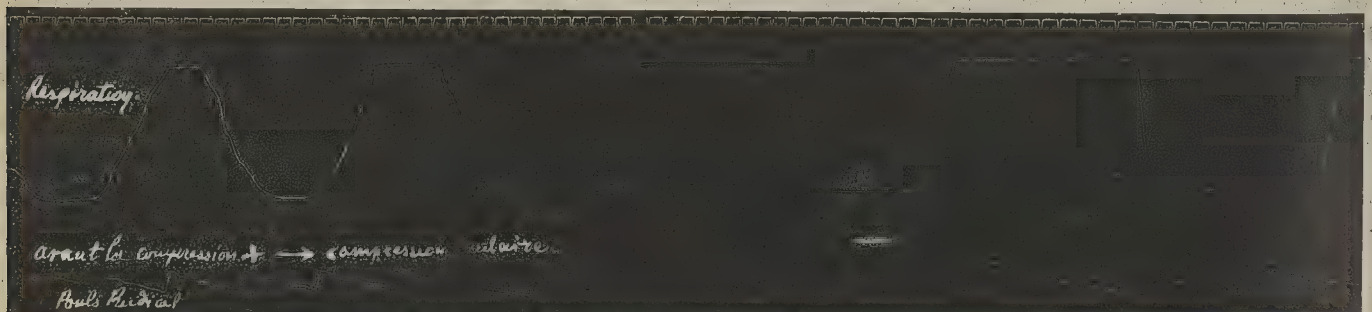


Fig. 14. — *Réflexe oculo-respiratoire.* — Après la compression oculaire, il y a ralentissement du rythme respiratoire et pause en inspiration (Petzetakis).

(1) G. Guillain et Dubois. *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 27 mars 1914 et *Gaz. des hôp.*, 31 mars 1914.

(2) Petzetakis. Phénomènes respiratoires et circulatoires produits par la compression oculaire, *Soc. de biol.*, 14 fév. 1914. — Lesieur, Vernet et Petzetakis. Considérations physio-pathologiques sur un cas d'arrêt total du cœur par le réflexe oculo-cardiaque, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 12 mars 1914.

(1) Voir Lesieur, Vernet et Petzetakis. Maladie de Parkinson unilatérale, modification unilatérale du réflexe oculo-cardiaque, in *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 2 avril 1914.

La voie du phrénique est la voie centrifuge de l'excitation bulbaire.

Nous avons signalé, dans des cas spéciaux d'excitabilité bulbaire considérable, des *troubles de mastication et de déglutition* par la compression oculaire. Dans quelques cas semblables, la compression oculaire en provoquant de grands ralentissements du cœur a exagéré nettement les *réflexes tendineux et cutanés*. Nous avons rapporté ces faits à l'appui de l'hypothèse du centre mésocéphalique de ces réflexes (1).

Il nous a été possible de provoquer par la même excitation bulbaire due à la compression oculaire, toujours chez ces mêmes sujets à réflexe très sensible, de la *glycosurie*, de l'*albuminurie*, de la *polyurie* (2). Dans 3 cas sur 6 de nos sujets, l'albuminurie apparut nette deux heures après la compression, disparaissant trois heures après. Dans 4 cas sur 6 (dont une très forte) la glycosurie apparut quatre heures après la compression, disparaissant cinq heures après. Tous présentèrent de la polyurie. Ces sujets étaient jeunes sans glycosurie alimentaire ou tare hépatique apparente. Cette expérience renouvelée de la célèbre piqûre (de Cl. Bernard) du quatrième ventricule en est la vérification physiologique chez l'homme.

Enfin, nous avons constaté parfois des *troubles vaso-moteurs* que nous rattachons à l'excitation d'un centre bulbaire ou à une irritation du sympathique.

Ashner chez l'animal avait signalé une élévation de la *pression sanguine* pendant la compression oculaire. Lœper et Mougeot disent avoir vu, en même temps que la diminution de l'amplitude du pouls, la baisse de la pression artérielle. Nous n'avons jamais vu sur aucun de nos tracés et aucun de nos malades la diminution de l'amplitude du pouls. Quant à la pression artérielle, si, dans un grand nombre de cas, elle ne paraît pas influencée, dans beaucoup de cas, au contraire, elle augmente, malgré le ralentissement du pouls. En effet, il est difficile de se fixer sur les variations de la pression artérielle à cause de l'inégalité de la durée des pulsations ralenties. Mais il y a un fait certain, c'est que, dans l'automatisme ventriculaire, alors que toutes les pulsations sont égales, la pression artérielle monte. Il faut donc admettre une excitation des centres vasomoteurs (action vaso-constrictive périphérique) par la compression oculaire (que l'un de nous a décrit sous le nom de réflexe oculo-vasomoteur (3)). Récemment Delava confirme expérimentalement ces faits.

Il reste beaucoup à faire pour l'étude, l'interprétation, l'application des résultats que peut donner la recherche de semblables réflexes dus à la compression oculaire. Nous avons cherché à envisager tout ce qui avait été fait jusqu'ici. Il s'agit là d'une ébauche, mais nous croyons que de ces premières données générales peuvent sortir toutes sortes de considérations intéressantes que l'avenir précisera.

BIBLIOGRAPHIE

I. **Etats vagotoniques, sympathicotoniques, maladie de Basedow et compression oculaire.** — ASHNER. *Wiener klin. Woch.*, 1908, p. 1529, n° 44.

EPPINGER et HESS. *Soc. med. int.*, Wien, 29 avril 1909; — Zur Pathologie des vegetativen nervensystems, *Zeit. f. klin. Med.*, 1909, t. LXVIII, nos 3 et 4.

HESS. Vagotonische Herzneurose, *Wiener med. Woch.*, 1911.

J. GAUTRELET. Les systèmes nerveux sympathique et autonome dans la vie végétative. Étude de physiologie clinique, *Gaz. des hôpit.*, 3 juin 1911.

EPPINGER et HESS. Die Vagotonie, *Samm. klin. Abt. über Path. und Ther. der Stoffwechsel und Ernährde von Noorden*, Berlin 1910.

CHEINISSE. La vagotonie, *Semaine méd.*, 20 nov. 1912.

STERN. Ueber differential diagnose und Verlam. e morbus Basedowii und seiner unvolkomm Formen, *Jahrb. f. Psych. a. Neur.*, 1909, t. XXIX, p. 179.

ASHNER. Ueber Herzneurose und Basedowoid und ihr Verschiedenes Verhalten gegen über der Fonktionsprufung mit adernalin, *Zeit. f. klin. Med.*, 1910, t. LXX, s. 6.

FALTA. *Zeit. f. klin. Med.*, t. LXXI, p. 23, et t. LXXIII, p. 97.

GROSMANN et MILOSLAWICH. *Wiener klin. Rund.*, 24 mars 1912, p. 177.

F. ROSE. Quelle est la signification nosologique des formes frustes de la maladie de Basedow, *Semaine méd.*, 5 oct. 1910.

J. GAUTRELET. Du ralentissement du pouls radial au cours de la compression oculaire dans la maladie de Basedow, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 25 avril 1913; — *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, p. 878.

SAINTON. Le réflexe oculo-cardiaque dans le syndrome de Basedow, *Bull. méd.*, 30 juillet 1913.

GUILLAUMONT. *Le Réflexe oculo-cardiaque dans le syndrome de Basedow*, Th. de Paris, avril 1914.

PETZETAKIS. Réflexe oculo-cardiaque chez les sujets normaux non bradycardiques. L'épreuve paradoxale de l'atropine, son action ralentissante sur le rythme cardiaque, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 20 mars 1914, p. 562.

II. **Névroses digestives et compression oculaire.** — LŒPER et MOUGEOT. Le réflexe oculo-cardiaque dans le diagnostic des névroses gastriques, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 25 avril 1913; — *Progrès méd.*, 26 avril 1913.

MILOSLAWICH. Réflexe oculo-cardiaque dans les névroses digestives chez les éthyliques et les vagotoniques dans le tabes, etc., *Wiener klin. Woch.*, 1910, t. LX, p. 3051.

III. **Tabes et réflexe oculo-cardiaque.** — MILOSLAWICH. Loc. cit.

J. GAUTRELET. Dix tabétiques. Le réflexe oculo-cardiaque, in *Paris méd.*, 29 nov. 1913, p. 583.

LŒPER et MOUGEOT. L'absence du réflexe oculo-cardiaque dans le tabes, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 27 déc. 1913; — *Progrès méd.*, 28 déc. 1913.

LESIEUR, VERNET et PETZETAKIS. Abolition fréquente du réflexe oculo-cardiaque dans le tabes, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 6 mars 1914, in *Bulletin*, 12 mars 1914.

J. FRAENKEL. Sur vingt-quatre cas de tabes à forme bulbo-protubérantielle. Rôle prépondérant des lésions du cinquième, *Journ. of nerv. ment. diseases*, 1899, vol. XXVI.

PIERRET, DEMANGE, SCHIFF, LABBÉ et SAINTON. *Lésions nucléaires du vague.*

DÉJERINE et THOMAS. Siège des lésions les plus fréquentes de l'encéphale dans le tabes sur les racines postérieures des nerfs craniens et surtout du trijumeau, in *Traité de médecine* Gilbert et Thoinot, t. XXXIV, p. 650.

IV. **Réflexe oculo-cardiaque et troubles du rythme cardiaque.** — PETZETAKIS. Réflexe oculo-cardiaque et dissociation auriculo-ventriculaire, *Soc. de biol.*, 14 mars 1914.

A. MOUGEOT. Tachycardie paradoxale des hypertendus et réflexe oculo-cardiaque, *Progrès méd.*, 20 déc. 1913.

PETZETAKIS. L'épreuve de l'atropine du nitrite d'amyle et de la compression oculaire dans les bradycardies totales, *Soc. de biol.*, 27 déc. 1913.

GALLAVARDIN, DUFFOURT et PETZETAKIS. Réflexe oculo-cardiaque et automatisme ventriculaire intermittent dans les bradycardies totales banales. Manière de mettre en évidence l'automatisme. Epreuve de l'atropine, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 2 déc. 1913; — *Lyon méd.*, 14 déc. 1913.

(1) LESIEUR, VERNET et PETZETAKIS. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 26 mars 1914. — PETZETAKIS. *Soc. de biol.*, 14 fév. 1914.

(2) LESIEUR, VERNET et PETZETAKIS. Glycosurie, albuminurie, polyurie provoquées par la compression oculaire chez certains épileptiques, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 26 mars 1914.

(3) PETZETAKIS. Loc. cit. — DELAVA. *Soc. de biol.*, 4 avril 1914.

LŒPER et MOUGEOT. Le réflexe oculo-cardiaque dans le diagnostic de la nature des bradycardies, *Soc. de biol.*, 24 janv. 1914; — *Progrès méd.*, 31 janv. 1914.

PETZETAKIS. L'épreuve de la compression oculaire du nitrite d'amyle et de l'atropine dans le diagnostic des bradycardies, *Presse méd.*, 28 fév. 1914; — Automatisme ventriculaire provoqué par la compression oculaire et l'atropine dans les bradycardies totales, *Soc. de biol.*, 10 janv. 1914; — Automatisme ventriculaire intermittent provoqué par la compression oculaire chez les sujets normaux non bradycardiques, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 10 avril 1914.

BLOCK. Auriculo-ventricule provoqué par la compression oculaire, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 10 avril 1914.

GALLAVARDIN, DUFFOURT et PETZETAKIS. Automatisme ventriculaire spontané et provoqué, *Arch. des mal. du cœur*, janv. 1914.

DUFOUR et LEGRAS. Syndrome hypoovarien et hypothyroïdien. Crises épileptiformes (vagotonie). Réflexe oculo-cardiaque. Arrêt du ventricule. Dissociation auriculo-ventriculaire, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 27 mars 1914.

MOUGEOT. Réflexe oculo-cardiaque dans le pouls alternant, *Soc. de biol.*, 20 mars 1914.

FABRE et PETZETAKIS. Bradycardie et automatisme ventriculaire provoqué dans les bradycardies de suite de couches, *Réunion obstétricale et gynécologique de Lyon*, 19 janv. 1914.

PETZETAKIS. L'abolition du réflexe oculo-cardiaque par l'atropine. Son exagération par la pilocarpine. Sa persistance pendant l'épreuve du nitrite d'amyle, *Soc. de biol.*, 14 fév. 1914.

MOUGEOT. Réflexe oculo-cardiaque dans l'alternance ventriculaire, *Bull. de la Soc. de biol.*, 3 avril 1914.

MOUGEOT, présenté par JOSUÉ. Le réflexe oculo-cardiaque dans les tachycardies permanentes sans arythmie, *Soc. de biol.*, 13 fév. 1914.

V. Réflexe oculo-cardiaque et maladies nerveuses. — LESIEUR, VERNET et PETZETAKIS. Réflexe oculo-cardiaque. Son exagération dans l'épilepsie. Ses variations sous l'influence d'actions médicamenteuses ou toxiques, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 12 mars 1914; — Réflexe oculo-cardiaque dans les tremblements sénile, alcoolique, basedowien, sclérose en plaques, paralysie générale, Parkinson. Réflexe oculo-cardiaque et maladie de Parkinson, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 26 mars 1914.

GUILLAIN et DUBOIS. Réflexe oculo-cardiaque dans les paralysies pseudo-bulbaires, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 27 mars 1914.

VI. Divers. — LESIEUR, VERNET et PETZETAKIS. Considérations sur les modifications des réflexes par la compression oculaire chez certains épileptiques, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 26 mars 1914.

LŒPER et MOUGEOT. Réflexe oculo-cardiaque et syphilis, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 19 mars 1914.

CLUZET et PETZETAKIS. Etude expérimentale électro-cardiographique du réflexe oculo-cardiaque, *Lyon méd.*, 16 fév. 1914; — *Soc. de biol.*, 17 janv. 1914.

FABRE et PETZETAKIS. Persistance du réflexe oculo-cardiaque pendant l'anesthésie générale, *Soc. de biol.*, 28 fév. 1914.

LESIEUR, VERNET et PETZETAKIS. Considérations physio-pathologiques sur un cas d'arrêt total du cœur par la compression oculaire chez un épileptique, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 12 mars 1914.

PETZETAKIS. Phénomènes respiratoires et circulatoires produits par la compression oculaire, *Soc. de biol.*, 14 fév. 1914.

LESIEUR, VERNET et PETZETAKIS. Glycosurie, albuminurie, polyurie provoquées par la compression oculaire, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 26 mars 1914.

DELAVA. Etude expérimentale des modifications circulatoires et respiratoires lors de la compression oculaire, *Soc. de biol.*, 4 avril 1914.

PETZETAKIS. Etude expérimentale sur les voies centrifuges du réflexe oculo-cardiaque, *Soc. de biol.*, avril 1914.

COURS ET CONFÉRENCES

MÉDECINE LÉGALE (professeur : M. Thoinot). — ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE. — M. le professeur Thoinot et MM. les docteurs Balthazard, Ribierre, Nicloux, agrégés, feront, pendant le mois de mai, une série de leçons sur les sujets suivants :

Exercice de la médecine. Accidents du travail. Identification des criminels. Organisation judiciaire en France. Toxicologie.

Les leçons seront professées au petit amphithéâtre, de six heures à sept heures, tous les jours de la semaine, à partir du mardi 5 mai jusqu'au samedi 30 mai.

MATERNITÉ DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS. (Service de M. le docteur DEMELIN.) — COURS DE PERFECTIONNEMENT à l'usage des docteurs en médecine français et étrangers et des étudiants déjà pourvus de leur certificat de stage obstétrical.

Un cours d'accouchement s'ouvrira à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis, le vendredi 22 mai 1914, sous la direction de M. le docteur Demelin, accoucheur chef de service, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et avec la collaboration de MM. les docteurs Devraigne, accoucheur des hôpitaux, assistant; Guéniot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Chirié, ancien chef de clinique à la Faculté; Keim, ex-préparateur des cours à la Faculté, ancien interne des hôpitaux, et Roullier, ex-préparateur des cours à la Faculté.

Ce cours, théorique et pratique, aura lieu chaque jour à dix-sept heures; il comprendra quatorze leçons, dont suivent l'ordre et les sujets :

1. Diagnostic de la grossesse pendant les six premiers mois;
2. Diagnostic des présentations;
3. Prophylaxie et traitement de l'infection puerpérale;
4. Hémorragies utérines de la grossesse et de la délivrance;
5. Version (généralités : premier et deuxième temps);
6. Extraction manuelle du siège et de la tête dernière;
7. Forceps (généralités : les occipito-pubiennes);
8. Forceps (les occipito-antérieures obliques);
9. Forceps (les occipito-postérieures);
10. Forceps (les occipito-transverses);
11. Forceps (face et tête dernière);
12. Dystocie par le siège; mort apparente du nouveau-né;
13. Les embryotomies céphaliques;
14. L'embryotomie rachidienne; contre-indications de la version; prophylaxie des ruptures utérines.

Les auditeurs assisteront, en outre, aux consultations externes.

Le prix du cours complet est de 50 francs.

S'inscrire à la maternité de l'hôpital Saint-Louis le matin, de neuf heures et demie à dix heures et demie.

Le nombre des places est limité.

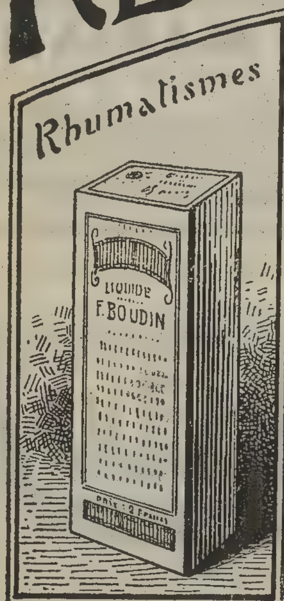
CONFÉRENCES DERMATOLOGIQUES AVEC PROJECTIONS MICROSCOPIQUES. — HÔPITAL SAINT-LOUIS (service du docteur Brocq). — M. le docteur L.-M. PAUTRIER commencera, le vendredi matin 15 mai à dix heures, une série de conférences de dermatologie qui se poursuivront tous les vendredis matin à la même heure jusqu'au mois de juillet. Chaque conférence comportera une présentation de malades, une discussion rapide du traitement et des projections microscopiques se rapportant soit directement aux malades présentés, soit à des malades atteints des mêmes dermatoses.

Ces conférences sont publiques et gratuites.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.


EVIAN
SOURCE
CACHAT


LIQUIDE
F. BOUDIN




LIQUIDE
F. BOUDIN

N° 52. — MARDI 5 MAI 1914. 87e ANNÉE MARDI 5 MAI 1914. — N° 52.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **10** francs par an.
Étudiants étrangers, **15** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **5** fr. **50**. — 6 mois : **11** fr. — 1 an : **20** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve opératoire.* — « Ligature de l'artère axillaire dans l'aisselle. — Désarticulation de Lisfranc. »

Séance du 2 mai. — MM. Cauchoix, 29; Gernez, 28; Bréchot et Mercadé, 27; Berger et Martin, 25; Küss, 24, et Bazy, 23.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Un concours pour la nomination à une place de pharmacien en chef des asiles publics d'aliénés du département de la Seine (asile de Vaucluse) sera ouvert le lundi 8 juin 1914, à une heure précise, à l'asile clinique (Sainte-Anne), rue Cabanis, n° 1, à Paris.

Les candidats qui voudront concourir devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, annexe Est de l'Hôtel-de-Ville, 2, rue Lobau, service des aliénés, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à midi et de deux heures à cinq heures.

Le registre d'inscription sera ouvert du lundi 11 mai au samedi 23 mai 1914 inclusivement.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décision ministérielle du 28 avril 1914 les mutations suivantes ont été effectuées dans le cadre auxiliaire du service de santé :

RÉSERVE. — *Médecins-majors de deuxième classe.* — MM. Battez passe à la 19e région; Dreyfus, au gouvernement militaire de Paris.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Tréhet passe à la 19e région; Trifaud, à la 12e région.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Bels passe à la disposition des troupes coloniales; Bonamy, au gouvernement militaire de Paris; Courouble est affecté à la 1re région; Deverre passe à la 17e région; Divet, à la 4e région; Duret est affecté à la 20e région; Ferriol passe à la 19e région; Grégoire, au gouvernement militaire de Paris; Guibier, à la disposition des troupes coloniales; Lafont, à la 10e région; Leulier, à la 9e région; Loumaigne, à la 18e région; Matza, au gouvernement militaire de Paris; Monnot, à la 7e région; Perrier est affecté à la 13e région; Perrin passe à la 14e région; Rafinesque, au gouvernement militaire de Paris; Roger, à la disposition des troupes coloniales; Roqueplo, à la 16e région; Roques, à la 19e région; Rouget, au gouvernement militaire de Paris; Teulière, à la 5e région; Vincent, au gouvernement militaire de Paris; Weisgerber, à la 15e région.

ARMÉE TERRITORIALE. — *Médecin-major de première classe.* — M. Folie-Desjardins passe au gouvernement militaire de Paris.

Médecin-major de deuxième classe. — M. Mougin passe au gouvernement militaire de Paris.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Caraguel passe à la 5e région; François, à la 21e région; Galetti, à la 15e région; Lerouge, à la 11e région; Levet, à la 8e région; Merklen, au gouvernement militaire de Paris; Pélissier, à la 11e région; Raymondon, à la 16e région.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Boulard passe à la 8e région; Collin et Jacquin, à la 14e région.

— La médaille des épidémies en or a été décernée à M. le médecin aide-major de première classe de réserve Gremier, en service au Maroc occidental.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Au titre colonial :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Mathis, médecin-major des troupes coloniales; Noël (de la Guadeloupe).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Arsonneau (de la Guadeloupe), Bouvaist (de Pnom-Penh), Cassiau (de Papeete), Dumas (d'Indo-Chine), Guillon, médecin-major des troupes coloniales; Houillon, médecin-major de première classe; Laporte, médecin-major de deuxième classe; Levet, médecin-major de troisième classe des troupes coloniales; Nadarasin (de Pondichéry), Rapin, médecin-major de première classe des troupes coloniales; Roussel (de Saint-Pierre), Ung-Thong, médecin indigène de deuxième classe en Indo-Chine; Vidal, médecin-major de première classe des troupes coloniales.

Au titre étranger :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Adler (de Leipzig), Bassim (de Paris), Bouloumoy et Calmette (de Beyrouth), Cousin (de Quito), Elnécavé (de Constantinople), Fagnart (de Bruxelles), Henriquez de Zubiria (de Paris), Hovine (de Bruxelles), Imelmann (de Berlin), Khoury

(de Beyrouth), Madero y Segona (de Cadix), Maurel (de Monaco), Melendez-Castaneda (de Cadix), Veras (de Smyrne).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Abecassis, médecin aide-major de première classe; Beigbeder (de Cadix), Benoit (de Montréal), Bouchage (de Londres), Casabianca, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales; Ceccaldi (de Sfax), Condouris (de Braïla), Daraouni (de Beyrouth), Desès (de Bruxelles), Egialée, médecin principal de première classe; Gabail (de Paris), Goffinet (de Flarenville), de Groeuwe (de Bruxelles), Habib bey Ganem (du Caire), Hazard, médecin principal de deuxième classe des troupes coloniales; Jonessoff (de New-York), Jouveau-Dubreuil, médecin aide-major de première classe des troupes coloniales; Kanony (d'Alexandrie), Le Divelec (de Florence), de Marval (de Neuchâtel), Massal (de Tabarka), Melconian (de Beyrouth), Messian (d'Anvers), Portocalis (d'Athènes), Récas (de Janina), Reutter (de Neuchâtel), Sanchez de Fuentes y Pelaez Cardiff (de Habana), Schotte (de Sydney), Specht (de Vienne), Villecourt (de Montréal), Vismard (de Bizerte), Wiehn (de Gaffour), de Zélenski (de Cracovie).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Gonzague Mordret, étudiant en médecine à Paris, mort aux suites d'une fièvre typhoïde contractée dans son service; M. G. Mordret était le fils de notre confrère le docteur Mordret (du Mans), auquel nous adressons nos bien sincères condoléances; Paul de Kester, interne des hôpitaux de Lille.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

DYSPEPSIE HYPOSTHÉNIQUE

1° Avant chacun des deux principaux repas, v à x gouttes de Vanadarsine dans un peu d'eau ou de boisson;

2° Après les repas, VIII à x gouttes de la mixture :

Teinture de fèves de Saint-Ignace...	10	grammes.
Teinture d'ipéca..................	2	—
Teinture de badiane..............	3	—

Mêlez et filtrez.

Eaux minérales stimulantes (Vichy Célestins ou Pougues).

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 15, 12 avril 1914.) E. LEURET : Etude sur quelques points relatifs au sevrage (*suite*).

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 13, 31 mars 1914.) ENGELHORN : Une nouvelle réaction cutanée dans la syphilis. — OERTEL : Le laudanum en obstétrique. — ZWEIFEL : Technique de l'anesthésie sacrée. — FUNK : Prophylaxie et traitement de la pellagre à la lumière de la doctrine de la vitamine. — ROST : Contribution à l'emploi de la vaccine dans la gonorrhée. — HEURLIN : Méthode simple pour différencier par la culture le bacille diphtérique vrai du pseudodiphtérique. — MAYER : Sérodiagnostic de l'épilepsie. — JOSEPH : Contribution à la rhinoplastique totale. — VULPIUS : Sur l'allongement des tendons par glissement. — SCHLIMPERT : Expériences avec le fantôme de Blumreich dans l'enseignement. — MÜLLER : Sur la question de l'utilité de la réglementation de la prostitution. — RUPPRECHT : La criminalité de la jeunesse par l'alcool en Bavière. — SCHARNKE : Le traitement du delirium tremens. — KÖNIG : Tentatives de suicide par le digalène. — WEISZ : Appareil simple pour traiter la raideur articulaire de la main.

Presse médicale. — (N° 27, 4 avril 1914.) GUIBÉ : L'amputation du sein cancéreux par le procédé de Tansini. — SAISSI : Anesthésie locale dans l'opération du phimosis. — (N° 28, 8 avril.) SIMON et CAUSSADE : Le cyto-diagnostic du cancer de l'estomac. — DANIELOPOLU : Recherches sur l'étiologie du rhumatisme polyarticulaire aigu.

Progrès médical. — (N° 13, 28 mars 1914.) AIMES : Quelques points importants du diagnostic de l'ostéo-arthrite tuberculeuse. — NOBÉCOURT : Prophylaxie des maladies respiratoires. — (N° 14, 4 avril.) LŒPER, MOUGEOT et VABRAM : Abolition fréquente du réflexe oculo-cardiaque chez les syphilitiques. — PAKOWSKI : Désinfection des mains par la solution iodée étendue et accidents chloroformiques. — (N° 15, 11 avril.) Louis TIXIER et Jean MURARD : Des indications de la laparotomie pararectale gauche pour pratiquer la gastro-entéroanastomose.

Province médicale. — (N° 14, 4 avril 1914.) E. DUFOURT : Pathogénie de l'ictère de la colique hépatique. — (N° 15, 11 avril.) J. BRAULT et J. MONTPELLIER (d'Alger) : Mélanodermie physiologique des muqueuses en Algérie. — Jean BENECH (de Nancy) : Le diagnostic du cancer par la séro-réaction d'Abderhalden.

Revue de psychiatrie et de psychologie expérimentale. — (N° 2, fév. 1914.) JUQUELIER et VINCHON : L'histoire de la kleptomanie. — GENIL-PERRIN : L'œuvre psychiatrique de Lombroso.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 14, 4 avril 1914.) E.-J. MOURE : Que deviennent les sinus opérés ? — (N° 15, 11 avril.) René CELLES : Les angiomes de l'aile du nez.

Revue neurologique. — (N° 4, 28 fév. 1914.) Jean CAMUS et Gustave ROUSSY : Cavités médullaires et méningites occipitales. Étude expérimentale. — B. CONOS : Sclérose en plaques (?) avec hémiplégie alterne. — (N° 5, 15 mars.) G. MARINESCO et J. MINEA : L'emploi des injections de sérum salvarsanisé in vitro et in vivo sous l'arachnoïde spinale et cérébrale dans le tabes et la paralysie générale. — TEIXEIRA-MENDES : Le phénomène de l'avant-bras (de Léri).

Semaine médicale. — (N° 13, 1er avril 1914.) Félix ROSE : La localisation segmentaire de l'ataxie corticale.

COURS ET CONFÉRENCES

COURS D'ORTHOPÉDIE DU DOCTEUR CALOT, du 3 au 9 août 1914, à l'Institut orthopédique de Berck (8e année). — En sept jours, de huit heures du matin à sept heures du soir, enseignement de l'*orthopédie* indispensable aux médecins et du traitement des *tuberculoses externes*, adénites, coxalgie, mal de Pott, tumeurs blanches, luxation congénitale de la hanche, déviations, maladies des os et des articulations, traitement de la scoliose par la méthode d'Abbott, etc.

Chaque jour, cinq heures de démonstrations cliniques et techniques faites par M. Calot, et cinq heures d'exercices pratiques *individuels*, sous la direction et avec l'aide de M. Calot ou de ses assistants.

Sont admis les médecins et étudiants français et étrangers.

Pour l'inscription, le programme détaillé et le mode d'installation à Berck, s'adresser dès maintenant au docteur Fouchet, chirurgien assistant de l'Institut orthopédique, à Berck-Plage (Pas-de-Calais). — Le nombre des places étant limité, on est prié de s'inscrire à l'avance.

L'enseignement peut être donné en anglais, allemand, espagnol, portugais, italien.

CONGRÈS DE THALASSOTHÉRAPIE

ET D'HÉLIOTHÉRAPIE MARINE

(CANNES, AVRIL 1914)

Sol est remedium maximum.

PLINE.

Ce Congrès, qui a réuni environ 800 adhérents, est considérable, à la fois, par le nombre et la qualité de ses travaux, et aussi parce qu'il marque l'évolution d'une des régions médicales les plus importantes de France.

Il est l'œuvre d'une association internationale de thalassothérapie, qui a déjà eu plusieurs réunions antérieures (Biarritz, Abbazzia). Cette association est présidée par le professeur Albert ROBIN, et compte (en outre de médecins éminents de France, des pays de langue française et d'Italie) des physiciens, qui lui apportent le concours indispensable de leurs connaissances techniques. En effet, si la mer et le soleil appartiennent incontestablement à la médecine, comme agents thérapeutiques, il est hors de doute que ce n'est pas avec les notions ordinaires de son art, que le médecin pourra arriver à mesurer, doser, conduire, l'emploi de ces médications naturelles. Les instruments nécessaires, les unités de mesure, ne lui sont point familiers, et il ne pourrait, d'ailleurs, trouver le temps très long que réclame leur maniement journalier. Aussi le Congrès vient-il de démontrer que l'association des médecins et des physiciens (qui, déjà, à propos de l'électrothérapie, a donné de si grands résultats) est féconde aussi en matière de thalasso et d'héliothérapie.

Pour éviter la dispersion des efforts, dans l'étude de questions qui sont presque toutes neuves, le Comité d'organisation du Congrès avait pris une sage mesure; il avait décidé de limiter à une seule matière, l'héliothérapie, le sujet des rapports et des communications. Le résultat a été excellent.

***

Le Congrès a eu, comme président d'honneur, S. A. S. le prince de Monaco, et comme président effectif, le professeur d'Arsonval. Tous les deux ont su, dans leurs discours, donner aux débats la hauteur et l'ampleur qu'on attendait de leur intervention.

Le prince de Monaco s'est souvenu qu'il était un maître incontesté de l'océanographie, et il a parlé de la mer en philosophe et en savant :

« Ceux qui, les premiers, reconnurent l'influence favorable de la mer sur des organismes terrestres, ont levé un coin du voile jeté sur le plus grand des problèmes : l'origine et la nature de la vie. Car l'étude géologique, paléontologique et biologique de notre planète, nous mène à cette conclusion que la vie est née dans les océans, d'où, avec le refroidissement progressif des masses solidifiées, elle gagna le milieu atmosphérique. Depuis, les êtres retournent vers cette grande source de la vie, où ils peuvent trouver ce qui manque à leur organisme, pour la continuation normale d'une existence terrestre; ainsi font les êtres humains touchés par une dégénérescence partielle. »

Mais ce prince de l'océanographie est aussi le dernier seigneur d'un rivage aimé des dieux et des hommes, et il a su le dépeindre en termes heureux :

« C'est un bonheur exceptionnel de trouver, sur un espace dont les limites sont comprises dans la mesure d'une promenade, autant de conditions diverses, réclamées par les exigences mille fois nuancées de nombreux visiteurs. Des ondulations de collines opulentes y conduisent le regard jusqu'aux montagnes couvertes de neiges éternelles; le ciel et la mer y mêlent leur grandeur dans le bleu des distances infinies, où des mondes innombrables passent en essaims lumineux sur nos têtes, où des vies ignorées palpitent dans les abîmes ouverts sous nos pieds. La température, variant avec les altitudes, y répartit, en même temps, les plaisirs de l'été ou de l'hiver, au gré de chacun. »

C'est avec une nuance de juste regret que l'orateur a comparé la Riviera d'il y a trente ans à celle d'aujourd'hui :

« Les chemins de la montagne, où de légères voitures promenaient doucement l'admiration attentive des visiteurs — trouvant la joie des yeux et la paix du cerveau dans la tranquille succession des paysages, dans l'observation d'une fleur agitée par la brise, dans l'isolement près de la nature — sont impérieusement sillonnés, aujourd'hui, par des machines meurtrières, qui emportent les inconscients, dont l'œil glisse sur des visions informes égarées dans la vitesse et la poussière, dont la pensée n'a le temps de rien scruter, et pour qui un admirable progrès devient une arme de tyrannie. »

Et son souvenir revient, pour s'y fixer, sur le tableau de la Riviera solitaire d'antan, incompatible, hélas! avec les conceptions de la vie moderne :

« Ah! quelle ivresse intime donnait la visite de tels domaines, où l'âme retrouvait des sensations naturelles, oubliées dans ses replis, depuis les âges où elles apparurent pour la première fois dans la conscience d'un organisme! Il faudrait, pour retrouver cette ivresse, ébranler le principe de la centralisation, principe usé qui donne la même atmosphère sociale à des populations dissemblables, soumises à des climats différents, et portant, dans leurs veines, un sang où l'atavisme des origines entretient des natures variées, que des influences lentes et obscures ont seules le pouvoir de transformer. Car l'égalité absolue existe seulement dans l'imagination des utopistes : on n'en trouve aucun exemple dans l'organisation de l'univers, elle est inapplicable aux institutions humaines, et l'esprit qui en a conçu la formule n'est pas celui qui mènera l'humanité vers les plus solides progrès! »

Mais, tel qu'il est, le littoral est encore le meilleur lieu du monde pour la réalisation des desseins du Congrès : « La thalassothérapie et l'héliothérapie sont des armes puissantes contre la maladie, et l'on a trouvé ici un point d'appui admirable pour l'exercice de leur action. J'espère même qu'un jour des navires, spécialement équipés, conduiront au large, pour des périodes plus ou moins longues, certains malades auxquels cette forme de traitement marin peut être salutaire. Ce serait une conquête magnifique pour les stations du littoral, qui deviendraient ainsi la base d'une thalassothérapie de grande envergure. »

Et c'est pour tout cela que le président d'honneur du Congrès peut conclure ainsi :

« Vous abordez à pleines voiles un domaine qui peut fournir des récoltes de vérités fondamentales, puisque nous sommes les fils du soleil et de la mer. »

***

Le professeur D'ARSONVAL a rappelé, ses anciens titres à la confiance des physiothérapeutes, voici ce qu'il écrivait, en effet, il y a quarante années :

« Je suis persuadé que la thérapeutique de l'avenir n'emploiera comme moyens curatifs, que des modificateurs physiques (chaleur, lumière, électricité, ou autres agents encore inconnus); le moyen barbare qui, sous prétexte de nous guérir, consiste à nous empoisonner avec les drogues les plus vénéneuses de la chimie, devra céder la place aux agents physiques, dont l'emploi a, du moins, l'avantage de n'introduire aucun corps étranger dans l'organisme.

« Vous le voyez, Messieurs, même avant votre existence officielle, je vous appartenais, car, dès mes débuts, j'ai mal tourné, comme on disait alors de tout médecin cultivant la physique. Mais les temps pénibles de la lutte sont révolus et le nombre des modalités physiques mises à la disposition des

thérapeutes s'accroît, chaque jour, grâce aux brillantes découvertes des physiciens. »

Puis, dans une langue si simple et si claire, qu'il semble, en l'écoutant, ouïr l'exposé de notions banales, M. d'Arsonval jette un coup d'œil magistral sur l'état actuel de nos connaissances, en matière de radiations :

« Ce ne sont que vibrations, ondulations ou radiations nouvelles : ondes sonores, hertziennes, calorifiques, lumineuses, infrarouges, violettes, ultraviolettes, etc. ; — ces ondes ne reconnaissent qu'une seule et même cause : les vibrations de l'éther. Elles ne diffèrent les unes des autres que par la rapidité de ces vibrations et le point où l'on doit les placer sur notre clavier. L'immense gamme muette, dont les vibrations de l'éther emplissent le monde, va des ondes hertziennes aux rayons X. Nous avons des trous dans cette gamme, trous que les physiciens comblent peu à peu. Rien ne prouve qu'on ne trouvera pas des rayons encore plus rapides et doués de propriétés physiologiques plus étonnantes encore que les rayons X... Mais, Messieurs, je m'arrête. J'en ai dit assez pour vous faire comprendre quels horizons nouveaux ouvre la physique moderne à la biologie et à la médecine. La conclusion pratique qui se dégage de ces considérations c'est que, contrairement à ce qu'on disait dans ma jeunesse, dorénavant c'est le médecin ignorant la physique qui aura mal tourné. »

*
* *

Les séances de travail du Congrès ont eu lieu, au casino de Cannes, les 16, 17 et 18 avril. Nous en donnerons le compte rendu dans un article suivant. Elles ont été précédées, accompagnées et suivies (du 14 au 23), d'excursions sur tout le littoral qui ne furent pas les parties les moins intéressantes du Congrès.

En effet, en outre de la visite des stations qui s'échelonnent de Hyères à la frontière italienne, de l'altitude de la mer à celle de la crête des Alpes-Maritimes (3000 mètres) — et comprennent, par conséquent, toute la gamme des climats thérapeutiques — de nombreux établissements médicaux ont reçu la visite des congressistes. C'est une aberration habituelle à certains milieux que de se piquer de bien connaître les travaux et les établissements étrangers et d'ignorer par contre, assez généralement, les travaux et les établissements des provinces françaises. En ce qui concerne notamment l'héliothérapie, il n'est peut-être pas superflu de rappeler les travaux de l'école de Lyon (Poncet et ses élèves), de Montpellier (Estor et ses élèves) et ceux des médecins du littoral qui ont précédé la plupart des publications étrangères.

Peut-être l'on s'entend, dans d'autres pays mieux qu'en France, à créer et administrer les établissements médicaux. Mais il n'en faut pas conclure qu'il n'existe pas d'établissements médicaux sur le littoral. Ce sont : à Hyères, l'hôpital Sabran qui a fourni la matière des travaux de Vidal et Jaubert ; San Salvadour, le mont des Oiseaux ; à Cannes, la clinique modèle de Santa Maria créée par Pascal qui alimente ses études et celles de ses collaborateurs Barozzi, Cavasse, Mantoux ; la villa du Méridien (Jouffray) ; la clinique des Vallergues (Faux) ; l'asile Dolfus (Bourcart et Revillet). Certains de ces établissements sont garnis de malades envoyés par Lyon et Genève et sont nés de l'initiative de ces deux grandes villes. C'est, d'autre part, à Monaco, l'hôpital de la Principauté (Caillaud) ; la villa Emeraude (R. Sorel) ; à Menton, l'Hermitage (Gallot) ; l'hôpital Bariquand (Malibran) ; le sanatorium du Gorbio. C'est enfin, à Nice, les remarquables galeries de cure de l'hôpital Saint-Roch (Grinda et d'Œlsnitz) ; la villa de Repos de Monteuuis ; les magnifiques constructions de l'hôpital Pasteur qui sera le modèle du genre (plans de Grinda) ; les établissements du mont Boron, du Parc impérial, de la Mantega (Malgat) ; la clinique d'Essling (Schmid), etc. Partout le merveilleux climat du littoral permet de réaliser la cure solaire libre totale dans des jardins fleuris, dans des conditions infiniment supérieures à celles que l'on peut rencontrer dans les stations d'altitude où le soleil plus rare et l'air beaucoup plus froid obligent à de nombreuses restrictions.

A cette cure terrestre, se joint, en outre, sur le littoral, la cure marine proprement dite, sur la plage, dans les îles, les bateaux, etc., accompagnée de bains pendant la plus grande partie de l'hiver.

Les congressistes ont été particulièrement frappés par deux faits précis et jusqu'alors ignorés de beaucoup d'entre eux :

1° L'existence, sur le littoral, d'une véritable école thérapeutique issue, d'une part, d'une tradition qui remonte à l'antiquité païenne, d'autre part, de l'enseignement des facultés de Lyon et de Montpellier, école qui compte aujourd'hui des travailleurs et des travaux de premier ordre constituant le principal centre scientifique actuel pour tout ce qui concerne l'héliothérapie.

2° Le second fait, qui a frappé les congressistes, est la proximité de la mer et de la montagne sur le littoral, entre Nice et Menton ; en effet, 34 kilomètres seulement séparent le rivage de la mer de la limite inférieure du premier glacier, et 40 kilomètres à peine s'étendent entre la plage et les sommets de 3000 mètres où règnent des neiges éternelles. Dans la même journée, on peut se baigner dans la Méditerranée et se rendre dans la montagne pour y pratiquer les sports d'hiver (ski, luge, etc.).

*
* *

La Belgique a été officiellement représentée par le professeur Casse, vice-président de l'Académie royale de Bruxelles, et Maere (de Gand) ; l'Autriche-Hongrie, par les professeurs von Schrotter et Devinski ; l'Italie, par les professeurs Maragliano et Mariani (de Gênes) ; le grand duché de Luxembourg, par le professeur Braun ; Saint-Pétersbourg, par le professeur Mendelssohn ; Moscou, par le professeur Karline ; Varsovie, par le professeur Pawinsky ; le conseil municipal de Paris et l'Assistance publique, par MM. Mesureur, Ambroise Rendu, Paul Strauss ; les hôpitaux de Paris, par MM. Gandy et Savariaud ; le Touring Club, par M. Marcel Briand ; la Société de médecine de Paris, par M. Cayla, et d'autres groupements parisiens par MM. Redard, Chassevant, Gastou, Rœderer, Trèves, Aubry, etc. ; la Faculté de Lyon, par les professeurs Teissier et Nové-Josserand ; celle de Lille, par les professeurs Ausset et Carrière ; la Hollande, par le professeur Vermeulen (de La Haye) ; Strasbourg, par le professeur Weil ; Madrid, par le docteur Tolosa-Latour. Parmi les villes françaises qui se sont déjà distinguées dans l'étude de l'héliothérapie marine, Berck était représenté par Andrieu, Audion, Calvé et Tridon ; Arcachon, par Festal ; Pau, par Bordenave ; Biarritz, par Claisse, etc.

Les réceptions ont été particulièrement brillantes ainsi qu'il convient dans un pays qui a le culte de l'hospitalité somptueuse et le savoir-faire acquis par un long usage. Le maire de Cannes, M. Capron, a retenu à sa table, le premier jour, 400 congressistes. La municipalité de Nice a offert, le dernier jour, un banquet de près de 700 couverts présidé par le général Goiran, maire. La Société des bains de mer de Monaco a transporté à ses frais sur un superbe paquebot à turbine tout le Congrès, de Cannes à Monte-Carlo, et lui a offert un déjeuner somptueux. Partout des lunchs, des réceptions, des représentations dans les magnifiques théâtres de Cannes, Nice, Monte-Carlo ; de très belles excursions en auto-cars aux sites les plus réputés de la Riviera. Le comité de Nice a fait visiter la grande Corniche à 400 congressistes. La section des Alpes-Maritimes du Club alpin français, aidée du comité local des sports d'hiver, a emmené ceux des congressistes qui ont bien voulu s'y prêter à une excursion de deux jours dans la montagne terminée par l'ascension d'un des

points culminants de la région (mont Monnier, 2818 mètres), l'un des plus beaux belvédères des Alpes d'où la vue s'étend, d'une part sur tout le littoral, d'autre part sur la chaîne des Alpes (mont Viso, massif du Pelvoux, mont Blanc, etc.).

D'autres visites moins brillantes n'ont pas moins retenu l'attention des congressistes; ce sont : l'observatoire du mont Gros, celui du mont Monnier, la station météorologique de Nice dirigée par M. Vallot qui ont permis aux plus studieux de voir et de manipuler les instruments, servant journellement aux mesures sur lesquelles la nouvelle science de l'héliothérapie sera basée; la captation des sources du Loup qui alimentent la ville de Cannes; l'usine d'ozonisation et le nouveau lycée de Nice présentés et expliqués par le docteur Buffon, le très compétent adjoint au maire de cette ville; la conférence du docteur Trillat, de l'Institut Pasteur, sur « le rôle de l'humidité atmosphérique dans la genèse des maladies infectieuses » donnée au casino de Nice. Enfin, un voyage facultatif en Corse a été organisé à l'issue du Congrès.

Notons encore que les hôteliers de la Riviera avaient tenu à justifier leur renom de luxueuse hospitalité en mettant gratuitement à la disposition de la commission d'organisation un nombre de chambres suffisant pour que les congressistes puissent être logés, pendant toute la durée du Congrès, dans les palais magnifiques qui abondent maintenant sur le littoral.

Il convient donc de féliciter et de remercier tout particulièrement les organisateurs du succès exceptionnel de ce Congrès, et en premier lieu M. Georges Baudoin, secrétaire général, dont l'activité inlassable et la bonne grâce ont été à la hauteur d'une tâche très ardue; M. Guiter, président du comité régional d'organisation, ainsi que MM. Cavasse, Gimbert et Mantoux, ses secrétaires; MM. Sardou et Sorel, président et secrétaire du comité de réception de Nice et les nombreux médecins du littoral qui ont, spontanément et sans compter, donné leur concours, d'Hyères et Saint-Raphaël jusqu'à Menton, durant huit journées si remplies et de manières si diverses.

Dans sa dernière séance, le Congrès a fixé sa prochaine session au mois d'avril 1916. Elle aura lieu en Italie, sous la présidence du professeur Maragliano, sénateur. La question à l'étude sera : « Déterminer, d'une manière scientifique expérimentale et dans leurs détails, les facteurs généraux qui provoquent les actions biologiques dans les diverses stations marines. »

Le professeur Marigliano, dans une très belle improvisation, a remercié le Congrès de son choix, et la science française de tout ce qu'on lui doit de noble et de désintéressé. Il a félicité, en outre, les médecins du littoral d'avoir su travailler comme ils l'ont fait, sans chercher à industrialiser leurs connaissances scientifiques ainsi qu'on le fait, de nos jours, si souvent dans d'autres pays, et il a affirmé que les Italiens suivraient, dans cette voie, l'exemple des Français.

(*A suivre.*) MAURICE FAURE.

NOUVEL EXEMPLE DU DANGER DE L'EMPLOI MÉDICAL DES FORMULES CHIMIQUES

Malgré l'interdiction d'employer ces formules, nombreuses sont les personnes qui passent outre, ne se doutant pas assez que leur utilisation peut causer de mortelles erreurs.

En voici une preuve nouvelle que rapporte M. Durieu dans l'*Union pharmaceutique* :

Récemment, il avait été prescrit à une personne de prendre de l'aspirine; or, le malade avait chez lui un petit approvisionnement de médicaments parmi lesquels des paquets d'une poudre blanche avec la suscription As (on sait que le public appelle l'acide arsénieux arsenic); la garde du malade n'hésita pas à voir dans ces deux lettres As l'abréviation du mot aspirine. Résultat : empoisonnement aigu qui, sans les soins immédiatement donnés, aurait eu une terminaison fatale.

Ve CONGRÈS DE PHYSIOTHÉRAPIE
DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE

Par MM. LAQUERRIÈRE et DELHERM (1).

TROISIÈME SÉANCE

Présidence de M. Wertheim SALOMONSON (d'Amsterdam), puis de M. BÉCLÈRE (de Paris).

Les agents physiques dans les ankyloses (fin).

Eaux minérales. — M. GAY. Dans la plupart des cas, l'ankylose n'est plus acceptée comme une terminaison désirable. On cherche à la prévenir ; quand elle est constituée on cherche à la guérir. Or, le traitement thermal bien dirigé est susceptible d'enrayer le processus de sclérose et de provoquer une régression de plus en plus marquée des désordres que ce processus a entraînés. Dans l'ankylose incomplète, il modifie la nutrition des tissus, il fait résorber les néoformations fibreuses, il relâche puis libère les adhérences, en même temps il triomphe des amyotrophies qui jouent un rôle important dans le rétablissement de la fonction articulaire. Les résultats ne sont pas immédiats ; il faut attendre la fin de la post-cure réactionnelle, soit deux et trois mois, pour constater les bénéfices.

Les indications dans le choix et l'intensité du traitement thermal varient avec la nature et la complexité des lésions, les notions étiologiques, le siège de l'ankylose. Les eaux chlorurées complexes et à thermalité élevée qui sont surtout résolutives, les eaux sulfureuses qui sont surtout réparatrices, se partagent le domaine des ankyloses réelles ; les eaux radioactives et les bains de boues minérales, surtout sédatifs et calmants, s'adresseront aux arthrites douloureuses avec lésions matérielles minimes.

Dans les ankyloses serrées, complexes, une seule cure ne peut amener la guérison ; les succès sont réservés aux persévérants.

D'ailleurs, ce ne sont pas seulement les processus d'ankylose qui sont susceptibles d'être amendés par le traitement thermal ; les complications des ankyloses, telles que les atrophies musculaires, les rétractions tendineuses, la prédisposition aux entorses, la déminéralisation des os peuvent aussi en retirer des bénéfices appréciables.

Electrothérapie. — M. MARQUÈS. L'exploration radiographique devrait précéder tout essai de traitement des ankyloses par l'électricité. L'aspect, les dimensions de l'espace clair articulaire permettent de faire le diagnostic soit d'ankylose incomplète, soit d'ankylose totale ; seule la première relève de l'électrothérapie.

La première place dans le traitement électrique des ankyloses doit être réservée au courant continu. Son emploi est basé sur l'action sclérolysante du pôle négatif, action mise en lumière par le professeur Leduc. La compresse cathodique entourera l'articulation malade ; on fera tolérer la plus haute intensité possible (30 à 100 millimètres suivant les dimensions des électrodes) ; la durée des séances sera de vingt à trente minutes. Outre son action sclérolysante, le courant continu exerce une action analgésique, qui facilite singulièrement la mobilisation, et c'est ainsi que la mécanothérapie trouve en lui un adjuvant précieux.

Le courant continu aura des résultats d'autant plus heureux que son intervention aura été plus précoce, et c'est là un point sur lequel il convient d'insister. On devrait poser, en principe, que, en dehors des arthrites tuberculeuses, il

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 48, p. 795, et n° 49, p. 805.

faut galvaniser le plus tôt possible toute articulation atteinte d'un processus inflammatoire capable de provoquer des raideurs articulaires (généralisation d'un principe établi depuis longtemps par le docteur Delherm dans les arthrites blennorragiques).

A la galvanisation de l'articulation on joindra l'électrisation des muscles périarticulaires atrophiés, de façon à faciliter le mouvement et l'usage du membre malade.

A côté du courant continu, il faut signaler l'effet analgésique de l'effluve de haute fréquence. Il faut mentionner aussi que les bains de lumière et la diathermie peuvent rendre des services très appréciables en contribuant à la résorption des exsudats et en provoquant une hyperhémie qui lutte contre la diminution de validité du membre ankylosé.

— La discussion a été l'occasion des communications et des observations suivantes :

M. Hirtz préconise la mécanothérapie des ankyloses ; il faut débuter par la méthode passive, employer un appareil facilement réglable et procéder doucement; plus tard, on utilise la mécanothérapie active. Il ne faut pas oublier que souvent il y a concurremment des troubles névritiques justiciables du courant continu. Sur 117 malades traités, il a eu 74 guérisons complètes. Les résultats faibles ou nuls ne se sont observés que dans 21 cas.

M. Barth de Sandford emploie avec succès à la première période des ankyloses les applications d'ambrine (kérithérapie) qui agissent par la chaleur et par la compression ; le massage et la mécanothérapie sont singulièrement facilités.

M. Duvernay apporte vingt observations de cas traités par l'hydrothérapie unie au massage (douche d'air). Cette technique est un moyen puissant sur les ankyloses incomplètes, elle ne modifie pas l'état de l'articulation dans les ankyloses complètes, mais dans ces cas elle est encore utile en tonifiant le membre malade.

MM. Marie et Escande rapportent un cas d'ostéomes musculaires multiples développés dans le psoas d'un accident du travail et que seule la radiographie put révéler.

M. Duvernay insiste sur le rôle préventif des douches chaudes et du massage au début des ankyloses et sur l'utilité des mouvements volontaires accomplis dans un bain (par exemple de la marche dans une piscine).

M. Bellemanière rapporte une observation de guérison par le courant continu d'une ankylose, suite de tumeur blanche.

QUATRIÈME SÉANCE

Présidence de M. Haret (de Paris).

Cette séance fut tout entière consacrée à l'exposition où les principaux constructeurs avaient préparé des stands très fournis. Parmi les appareils présentés par les médecins, leurs auteurs, signalons l'appareil de mécanothérapie active (canot à usages multiples) du docteur Hirtz, du Val-de-Grâce ; les différents accessoires de radiothérapie du docteur Belot et ses tubes à rayons X construits par Pilon ; un nouveau bain local de lumière du docteur Dausset.

A l'exposition de radiographie, nous avons surtout remarqué les clichés de MM. Belot, Delherm, Haret, Malmejac, Maingot, Laquerrière, Ledoux-Lebard.

CINQUIÈME SÉANCE

Présidence de M. Libotte (de Bruxelles).

PREMIÈRE PARTIE

Les agents physiques dans le traitement du lupus vulgaire.

Kinésithérapie. — M. Bulliard. La kinésithérapie n'a pas, jusqu'à ce jour, occupé une place importante dans le traitement du lupus vulgaire. Cependant aucun moyen de défense ne doit être négligé dans une maladie dont la thérapeutique spécifique n'existe pas.

La kinésithérapie comprend :

L'*auto-mobilisation* qui doit être appliquée partout où les lésions lupiques n'ont pas abouti à des destructions cutanées et musculaires trop étendues. Elle est surtout indiquée dans les cas de lupus en voie de cicatrisation pour obtenir la souplesse et l'élasticité des cicatrices. Elle est susceptible aussi de faire récupérer la contractilité musculaire dans les cas d'atrophie des téguments. Les mouvements de gymnastique locale seront appris avec soin au malade ; étant donné le siège le plus fréquent du lupus, c'est surtout la gymnastique céphalique qu'on aura à enseigner.

Le *massage* a des indications plus limitées : il ne sera appliqué qu'au lupus non exedens. Il sera toujours doux et progressif et s'étendra non seulement à la zone lupique mais aussi aux régions périlupiques. Dans tous les cas l'auto-mobilisation lui sera associée.

L'auto-mobilisation et le massage doivent participer au traitement du lupus vulgaire, parce qu'ils constituent des procédés de choix pour assouplir et tonifier les tissus et pour atténuer la difformité des cicatrices.

Electrothérapie. — M. René Chaperon. L'électricité a été appliquée au traitement du lupus vulgaire sous ses diverses modalités.

L'*électricité statique* a été utilisée sous forme de souffle ou d'étincelage. Le souffle ne peut prétendre à guérir les nodules; quant à l'étincelle, les difficultés de son application lui font préférer la haute fréquence.

Les *courants de haute fréquence* ont été employés soit sous la forme simple d'étincelles destructives (grandes étincelles de résonance ou petites étincelles de l'électrode condensatrice) soit sous les formes plus complexes de fulguration et d'électro-coagulation.

L'*étincelle directe de résonance* a une action plus violente et plus précise sur les nodules que l'*étincelle de condensation.* Cependant on peut avec Zimmern et Louste combiner cette dernière à la scarification. Ces divers procédés sont douloureux et la destruction des nodules est très problématique. La *fulguration* a été préconisée en 1906 par de Keating-Hart; après ablation à la curette de tous les tissus friables, la surface cruentée est criblée d'étincelles sous sommeil chloroformique. Malgré l'action énergique de ces étincelles, la fulguration ne réalise pas une destruction aussi définitive que la carbonisation par l'air chaud. Quant à l'électrocoagulation, vantée par Nagelschmidt, elle constitue une méthode rapide, mais aveugle, dont l'action en profondeur est difficilement limitée. Pour cette raison on la rejettera, du moins pour les lupus de la face.

Le *courant continu* est appliqué soit sous forme d'électrolyse, soit sous forme d'ionisation. L'*électrolyse négative* est, de tous les procédés électriques, le plus simple et celui qui donne les résultats les plus esthétiques. La méthode consiste à enfoncer profondément dans le nodule lupique une aiguille inattaquable reliée au pôle négatif et à faire passer un courant de 3 à 5 milliampères pendant un temps assez long. D'après Brocq, il convient d'y avoir recours quand, au cours de traitements par des méthodes diverses, scarifications, Finsen ou radiothérapie, on est arrivé à la phase dite des « tubercules isolés ». Elle rend aussi des services dans les télangiectasies consécutives à un traitement par les rayons X (Belot). L'*ionisation* peut être pratiquée de deux façons, soit avec des électrodes spongieuses imbibées de solutions électrolytique déterminées, soit au moyen d'aiguilles métalliques attaquables. Elle est inférieure à l'électrolyse négative.

En résumé, si la plupart des méthodes électrothérapiques ne guérissent pas le lupus, c'est-à-dire « ne font pas disparaître totalement les nodules lupiques », elles sont cependant, seules

ou associées à d'autres méthodes, susceptibles de rendre des services dans certaines variétés de lupus.

Méthode de Finsen. — M. François. L'emploi des rayons chimiques concentrés, ou finsenthérapie, dans le traitement du lupus est basé : 1° sur l'action bactéricide de ces rayons; 2° sur la production possible, suivant la dose et la durée d'application d'une inflammation cutanée susceptible de produire, par sa répétition, un effet sclérogène.

Finsen, après de minutieuses études, a parfaitement réglé son appareillage et sa technique. Une séance de lumière très riche en rayons chimiques (lampe à arc), un appareil de concentration, destiné à faire converger les rayons, un dispositif permettant d'exclure les rayons calorifiques, un compresseur ayant pour but de rendre les tissus exsangues, afin que leur pénétration par les rayons soit facilitée, tel est le schéma de l'appareil de Finsen. Mais sa méthode, toute de détails, règle le voltage optimum de la lampe à arc (50 volts), la grosseur des charbons, la constitution des lentilles (cristal de roche). L'auteur montre l'importance de l'entretien soigneux des lentilles, de la vérification du centrage des condensateurs, de la régularité de la compression, etc., etc. C'est seulement en tenant compte des plus petits détails qu'on obtiendra de beaux résultats.

La durée d'une application est, en moyenne, de soixante-dix à soixante-quinze minutes. L'application doit être absolument indolore. Une seule séance peut suffire si le lupus est superficiel; s'il est profond, trois ou quatre sont nécessaires. De la répétition de la dilacération œdémateuse des tubercules résulte leur disparition et leur transformation en tissu de cicatrice. Insensiblement le lupus tout entier est remplacé par une cicatrice lisse, rose, non rétractile, parfaitement esthétique.

La finsenthérapie est surtout indiquée dans le *lupus non exedens* de la face de moyennes dimensions. Dans les grands lupus il y a avantage à lui associer la radio ou la radiumthérapie. Dans le *lupus exedens* il est préférable de fermer d'abord l'ulcération par des moyens appropriés (radio ou radiumthérapie, acide pyrogallique). Dans le *lupus végétant*, il faut procéder quelquefois à un curettage superficiel.

La moyenne des guérisons obtenues à Copenhague, à Vienne, à Anvers, dans le traitement du lupus par la finsenthérapie dépasse 50 p. 100. C'est au prix de l'observation rigoureuse de tous les détails de technique qu'on arrive à cette proportion de succès.

Radiothérapie et radiumthérapie dans le traitement du lupus vulgaire. — J. Belot et L. Nahan. La radiothérapie a été utilisée dans le traitement du lupus vulgaire, suivant deux techniques : la méthode violente, ulcéreuse et la méthode sèche ou douce.

La première, surtout employée au début de la radiothérapie, utilise des doses fortes (jusqu'à 20 H en une séance). Agissant comme caustique, les rayons X à cette dose peuvent produire une nécrose des nodules lupiques. Mais cette technique est à rejeter ; elle donne lieu à des radiodermites très douloureuses, très longues à cicatriser, le résultat définitif est loin d'être esthétique, enfin, on assiste souvent, deux ou trois ans après les irradiations, à des accidents tardifs.

La méthode douce consiste à doser la quantité de rayons et à conduire le traitement de façon à éviter toute réaction violente. On procède par doses de 3, 4 ou 5 H, de préférence à travers des filtres de 1 à 2 millimètres d'aluminium ; ces doses sont répétées toutes les deux ou trois semaines. Avec cette technique, on observe très rapidement la diminution de l'infiltration, l'affaissement de l'œdème, la disparition des bourgeons papillomateux, la cicatrisation esthétique des ulcérations. Mais les rayons X à cette dose ne détruisent qu'exceptionnellement les nodules lupiques, ils permettent seulement, en les isolant, de préparer la voie à un autre procédé thérapeutique. D'ailleurs les indications varient avec les formes cliniques.

1° Dans le lupus plan fermé (tumidus non exedens), la radiothérapie doit céder le pas soit à l'exérèse chirurgicale, soit à la finsenthérapie.

2° Dans le lupus ulcéré, elle donne très rapidement une amélioration pouvant aller jusqu'à l'apparence de la guérison. Mais comme les nodules persistent, il faut lui associer la photothérapie ou les scarifications, ou l'électrolyse négative, ou l'étincelle de haute fréquence. Les auteurs donnent la préférence aux scarifications.

3° Il en est de même dans le lupus serpigineux non ulcéré et dans certains lupus vorax.

4° Dans le lupus des orifices, la radiothérapie est particulièrement indiquée ; elle arrête rapidement l'évolution des lésions. Il convient de lui associer aussi les scarifications.

5° Dans le lupus des muqueuses, la radiothérapie est d'une application difficile mais détermine cependant des améliorations. On doit lui associer rapidement le curettage, les scarifications et les cautérisations.

6° Dans les lupus secondaires développés sur des foyers d'ostéite ou d'adénite tuberculeuse, elle donne aussi de bons résultats.

La radiumthérapie peut être utilisée également suivant deux méthodes : l'une cherchant à guérir le lupus par la destruction des tissus malades, l'autre ayant pour but de déterminer une réaction inflammatoire légère suivie de la régression du processus lupique. La première mérite les mêmes critiques que la radiothérapie destructive. La méthode douce doit être préférée, mais pas plus que les rayons X, le radium utilisé suivant cette technique ne guérit les tubercules lupiques.

Les indications de la radiumthérapie se rapprochent de celles de la radiothérapie. Il paraît préférable de la réserver aux lupus peu étendus et aux lésions des muqueuses en raison de la facilité des applications.

Les rayons X ne sont pas la cause du développement d'épithélioma sur certains lupus. Cette dégénérescence se rencontre souvent sur des lupus, vierges de toute application radiothérapique.

— A la suite de ces rapports furent faites les communications suivantes :

M. Barcat, se basant sur une pratique de sept années et portant sur une centaine de cas, considère la radiumthérapie comme le traitement de choix du lupus tuberculeux. Il insiste sur la rareté des applications nécessaires renouvelables seulement à des intervalles de trois mois environ. Sur l'action profonde obtenue grâce à la technique qu'il a préconisée, sur le caractère indolore du traitement, sur la non rétractilité des tissus de réparation qui indique tout spécialement le radium dans le lupus du nez, qui guérit sans destruction des tissus.

MM. Belot et Nahan ont expérimenté la douche filiforme (eau à 35 ou 40 degrés, lancée à une pression de six atmosphères), c'est un procédé destructeur qui peut être employé en certains cas et donne de bonnes cicatrices.

M. Matagne a expérimenté le radium dans 50 cas, il en a guéri au moins la moitié et beaucoup des autres sont encore en traitement. Il préconise la méthode lente et douce et considère le radium comme le traitement de choix.

M. Albert Weill. Dans les tuberculoses ganglionnaires, la radiothérapie donne toujours des résultats brillants. Il en est de même dans les adénopathies trachéo-bronchiques et dans le spina ventosa. Il admet que la radiothérapie pourra peut-être intervenir même dans la tuberculose pulmonaire.

M. Chicotot est un partisan convaincu de l'association de divers procédés contre le lupus ; il s'élève contre les prétendus dangers des rayons X qui ne transforment pas le lupus en épithélioma.

DEUXIÈME PARTIE

Les myopathies.

M. Delherm insiste sur l'importance d'un électrodiagnostic précoce ; les muscles atteints de myopathie au début présentent la réaction myotonique qui disparaît dès que l'atrophie est marquée, il faut donc, en cas de faiblesse musculaire sans diagnostic clinique précis chez des enfants ou des adolescents, rechercher cette réaction qui fixera le diagnostic et évitera des exercices intempestifs.

— Puis la parole est donnée à M. Bourguignon pour une conférence : *Sur les conceptions modernes de la pathogénie et de l'électrophysiologie des myopathies.*

L'auteur fait l'historique de la question des atrophies musculaires progressives, et montre les grandes étapes marquées par Duchenne (de Boulogne), Erb, puis par Landouzy et Déjerine, dont le travail groupe toutes les formes d'atrophie musculaire progressive sous le nom de myopathie atrophique progressive, en les opposant aux atrophies myopathiques consécutives aux lésions des cornes antérieures. Il expose les données histologiques, et les réactions électriques des muscles dans la dégénérescence et la myopathie et montre l'opposition entre les muscles dégénérés, avec lésions de la fibre striée et lenteur de la contraction, et les muscles myopathiques, atteints seulement d'hyperplasie interstitielle avec structure normale de la fibre striée et contractions de vivacité normale. L'altération de la forme de la contraction semblait donc traduire l'altération histologique de l'élément noble, seule produite par les lésions nerveuses.

Mais la question se complique par les découvertes sur la maladie de Thomsen, en montrant une lésion parenchymateuse du muscle sans lésion nerveuse.

L'auteur expose ensuite ses travaux personnels, dans lesquels, avec la collaboration de MM. E. Huet et N. Laugier, il arrive à la conclusion qu'il n'y a pas de lésions de la fibre striée sans altération de la forme de la contraction.

L'histologie avait d'ailleurs apporté, avec les travaux de Durante, des faits de multiplication des noyaux et des sarcoplasma avec hypertrophie dans les muscles myopathiques les moins malades.

Il montre ensuite que ce qu'on avait pris pour les réactions du muscle myopathique n'étaient que les réactions du muscle cicatrisé et définitivement atrophié, réactions semblables à celles d'un muscle qui a eu de la réaction de dégénérescence et reste atrophié, avec fibres normales diminuées de volume et de nombre et hyperplasie du tissu interstitiel. Les types cliniques des myopathies ne sont que des formes de début dues à l'inégalité de l'atteinte des différents muscles, mais un myopathique à lésions en apparence localisées à certains groupes musculaires est en réalité myopathique dans tous ses muscles.

Après avoir rappelé les types de transition entre les atrophies et les myopathies, constituées surtout par l'atrophie de Werding-Hoffmann, et celle de Charcot-Marie, l'auteur montre qu'il y a un élément commun : le caractère familial et héréditaire de ces maladies. En outre des types de transitions, il existe de nombreuses associations : myopathie et Thomsen, Thomsen atrophique.

Les tendances actuelles sont donc d'abaisser les barrières entre toutes ces affections.

SIXIÈME SÉANCE

Présidence de M. le professeur Maurel (de Toulouse).

Les ptoses.

Cette question donne lieu aux communications suivantes :

Conception des ptoses abdominales et les constatations radiographiques. — M. Glénard passe en revue les différentes ptoses des organes abdominaux, les vrais signes de la gastroptose sont : l'abaissement du pylore, l'augmentation de l'angle de suspension de l'estomac, traction du ligament gastro-hépatique, l'abaissement du foie. Il donne ensuite les signes et la conception de la ptose duodénale et de l'anse transverse. Pour lui on ne doit pas considérer les vrais ptoses et les fausses ptoses.

M. Desternes. On entend par « ptoses » le déplacement d'un organe, sa chute, du fait de relâchement de ses moyens et de fixation ; mais si ce terme présente un sens bien défini quand il s'agit d'organes tels que le rein, qui se déplace en totalité, il n'en est plus de même pour l'estomac, organe de situation et de dimensions variables selon l'état physiologique naturellement doué d'une assez grande mobilité et dont un seul point demeure fixe, le cardia. La ptose gastrique totale n'existe donc que tout à fait exceptionnellement, puisqu'elle supposerait la dislocation du pôle supérieur diaphragmatique et l'abaissement du cardia ; la ptose partielle pylorique au contraire est extrêmement fréquente accompagnant l'atonie de l'organe, la sténose, la stase, etc. Elle entraîne avec elle de façon plus ou moins nette, soit l'allongement, soit la ptose véritable de la première portion duodénale soutenue par le ligament duodéno-hépatique.

L'orateur projette un très grand nombre de clichés radiographiques des différentes formes de l'estomac.

M. Laquerrière insiste sur l'importance de la radiographie dans les affections intestinales : la ptose peut se compliquer d'allongement, de dilatation, de coudure, d'adhérences, etc., que seuls les rayons peuvent déceler.

M. Lanel. Dans la ptose du rectum les chirurgiens ont parfois des récidives ; on peut obtenir de bons résultats par les manœuvres d'élévation de Thure Brandt, par l'hydrothérapie (lotion anale, compresses abdominales), par l'électricité (courant de haute fréquence).

M. Glénard rappelle ses travaux antérieurs sur le traitement des ptoses qui comprend trois points essentiels : la sangle, les laxatifs, le régime. Les agents physiques ne peuvent que servir d'adjuvant.

M. Fraikin estime que le déséquilibre du ventre a pour point de départ tantôt la paroi, tantôt les viscères. La radiographie seule renseigne sur cette deuxième forme. Dans les deux formes les divers agents physiques trouvent, selon les cas, leurs indications.

M. Kouindjy préconise le massage abdominal.

* * *

En dehors des questions à l'ordre du jour un grand nombre de communications ont été présentées. Signalons seulement les suivantes :

M. Maurel a étudié l'importance de l'association du régime aux divers agents physiques et a montré que quelques données simples suffisaient aux physiothérapeutes pour établir un régime.

M. Duhain et MM. Delherm et Laquerrière ont parlé du traitement de l'occlusion intestinale. Ce traitement ne doit pas se résumer systématiquement dans tous les cas au lavement électrique.

M. Maurel a insisté sur le diagnostic de l'atrésie thoracique, montré comment on pouvait apprécier son degré, et préconisé le traitement physiothérapique qui a besoin en chaque cas d'être prescrit et surveillé par un médecin.

M. Barcat expose les bons effets du radium dans la pyorrhée alvéolo-dentaire. M. Laquerrière dit que les résultats des rayons X sont connus, mais que certainement le radium doit être plus facile à appliquer. M. Belot et M. Libotte pensent qu'il ne faut pas oublier les résultats fournis par l'étincelle de haute fréquence appliquée sur la gencive.

M. Fraikin montre l'utilité de la *posologie de la statique* chez les névropathes. Certains sujets se trouvent très mal de séances fortes.

M. Biraud recommande le traitement des ulcères variqueux par la radiothérapie à dose minime.

Notons encore des travaux de MM. Bordier sur la radiothérapie du fibrome, sur la diathermie; Escande, sur une fistule étudiée radiographiquement, etc.

Terminons, enfin, par la brillante mais beaucoup trop courte conférence du professeur Bergonié; par une série de films cinématographiques il a présenté une sorte de trottoir roulant destiné à l'exercice des enfants atteints de paralysie infantile et surtout il a montré comment l'aspect de la démarche des enfants sur ce trottoir étaient en rapport avec les indications fournies par l'électrodiagnostic.

En somme, malgré la concurrence du Congrès de thalassothérapie, malgré l'absence d'attractions, de fêtes et d'excursions, le Congrès de Paris, on le voit, a été un gros succès.

ACTUALITÉS

LA RÉACTION DE MORIZ WEISZ

En faisant des recherches sur la diazo-réaction d'Ehrlich, Moriz Weisz (de Vienne) constata que certaines urines prenaient une belle coloration jaune, lorsqu'on y avait versé quelques gouttes d'une solution de permanganate de potasse. Cette nouvelle réaction urinaire, Weisz l'appela épreuve du permanganate ou réaction de l'urochromogène, car, d'après lui, l'apparition de la teinte jaune dans l'urine est due à une oxydation de l'urochromogène avec transformation en urochrome. La réaction de Moriz Weisz, découverte en 1907, ne fut connue en France qu'en 1912, par une communication de Vitry et Mladenoff à la Société de biologie (1); Vitry et Mladenoff avaient recherché la réaction de Weisz chez dix-sept sujets normaux et ne l'avaient jamais observé; ils trouvèrent la réaction positive dans plusieurs cas de fièvre typhoïde grave; mais c'est surtout chez les tuberculeux que cette réaction est fréquente; sur 70 malades examinés à ce point de vue par Vitry et Mladenoff, 45 avaient une réaction positive, la plupart tuberculeux au troisième degré. Mladenoff poursuivit l'étude de la réaction de Moriz Weisz et en fit le sujet de sa thèse (2); puis vinrent les travaux de Pierret et Leroy (3), Pierret et Bardou (4), Laignel-Lavastine et Grandjean (5), Dufour (6), P. Merklen (7), Dorge (8), P. Courmont (9), Tecon et Aimard (10).

La technique de la réaction de Moriz Weisz est d'une grande simplicité. On dilue de l'urine fraîchement émise avec de l'eau distillée, jusqu'à coloration très légèrement jaunâtre et on agite; la quantité d'eau n'a rien de fixe, une urine très foncée sera diluée avec trois fois son volume d'eau, tandis qu'on peut ne pas diluer les urines très claires. L'urine ainsi devenue presque incolore est répartie dans deux tubes à essai dont l'un servira de témoin; dans l'autre, on laisse tomber à la surface de l'urine, avec un compte-gouttes, III à V gouttes d'une solution fraîche de permanganate de potasse au millième dans de l'eau distillée. La réaction est positive lorsque l'urine prend, à sa partie supérieure où est tombé le permanganate, une coloration jaune d'or qui tranche sur la teinte générale du reste du liquide, qui occupe une zone bien limitée et persiste plus ou moins longtemps. Tecon et Aimard procèdent un peu différemment; à l'urine diluée, ils ajoutent III gouttes de permanganate de potasse, agitent le tube à essai et observent, en cas de réaction positive, une belle teinte jaune d'or sur toute l'étendue du contenu du tube.

Comme toutes les réactions colorées, cette réaction de Moriz Weisz est parfois douteuse; dans la plupart des urines, même chez des sujets sains, l'addition de permanganate de potasse donne une teinte jaune brun, plus ou moins fugace. Il ne faut admettre comme réaction positive que celle où la teinte jaune d'or est très nette, avec persistance pendant une heure; la persistance dans la tonalité primitive est un caractère très important (Dorge).

Certains auteurs ont distingué des réactions faibles, moyennes et fortes; P. Merklen admet l'existence de degrés dans la réaction de Weisz; entre la réaction bien venue et les réactions faibles s'échelonne une série de dégradations; parfois le jaune n'est pas aussi foncé, la persistance de la teinte est moindre que dans les cas typiques, c'est alors une forme fruste de la réaction de Moriz Weisz. Pour d'autres, et en particulier pour Dorge, on ne doit pas décrire de réactions faibles, moyennes et fortes; toute réaction jaune d'or persistant pendant une heure est positive. L'acidité ou l'alcalinité des urines, la présence de sucre, d'albumines, de pigments biliaires n'ont aucune influence sur la réaction de Moriz Weisz. Dans les cas d'urines fortement chargées d'urobiline, d'urobilinogène ou de bilirubine, il est nécessaire de précipiter ces divers pigments avant de faire agir le permanganate qui les transformerait en un pigment brun colorant fortement l'urine; pour précipiter ces pigments, on verse dans une éprouvette graduée 25 centimètres cubes de l'urine à examiner, on y ajoute 20 grammes de sulfate d'ammoniaque finement pulvérisé, on agite fortement; au bout d'un quart d'heure on filtre et on procède à l'épreuve au permanganate.

La réaction de Moriz Weisz a été quelquefois trouvée positive chez des sujets sains; on peut se demander si l'appréciation de la teinte caractéristique a été bien exacte et la plupart des auteurs ayant étudié cette réaction estiment qu'elle n'existe pas à l'état normal. Il est possible qu'elle se rencontre dans quelques maladies aiguës; Vitry a trouvé cette réaction chez les typhiques, mais Dorge ayant examiné à ce point de vue vingt cas de fièvre typhoïde n'a constaté qu'une réaction qui ressemble sans doute à celle de Weisz et qui, d'après lui, n'est pas la vraie réaction de Weisz; il s'agit, en effet, d'un anneau jaune pâle qui diffuse dans le reste de l'urine puis devient opalescent et brunâtre. Laignel-Lavastine et Grandjean ont noté la réaction de Weisz chez des pneumoniques, Merklen chez des malades atteints de rougeole, d'érysipèle, de varicelle dans leurs formes les plus simples et les plus régulières. Ici encore, Dorge n'est pas d'accord avec ces auteurs; car toutes les recherches faites par lui dans le rhumatisme articulaire aigu, l'érysipèle, les pneumonies sont restées négatives. De même, les malades atteints d'ulcère de l'estomac, de diabète, de cancer, examinés par Dorge n'ont jamais présenté la réaction de Moriz Weisz.

Keim et Vigot (1) ont publié récemment un travail sur la réaction de Moriz Weisz en obstétrique; ils ont examiné vingt-six femmes enceintes dont la grossesse était normale et

(1) Vitry et Mladenoff. La réaction de Moriz Weisz (ou épreuve du permanganate) dans l'urine des tuberculeux. Valeur pronostique, *Soc. de biol.*, 16 nov. 1912.

(2) Mladenoff. Th. de Paris, 1912-1913.

(3) Pierret et Leroy. La réaction de Moriz Weisz dans l'urine des tuberculeux, *Echo méd. du Nord*, 6 avril 1913.

(4) Pierret et Bardou. Conditions étiologiques de la réaction de Moriz Weisz, *Echo méd. du Nord*, 13 avril 1913.

(5) Laignel-Lavastine et Grandjean. *Soc. méd. des hôp.*, 27 juin 1913.

(6) Dufour. *Soc. méd. des hôp.*, 27 juin 1913.

(7) P. Merklen. La réaction de Moriz Weisz, *La Médecine moderne*, sept. 1913.

(8) Dorge. *Contribution à l'étude de la réaction de Moriz Weisz*, Th. de Lille, juillet 1913.

(9) P. Courmont. *Soc. méd. des hôp. de Lyon*, 1913.

(10) Tecon et Aimard. De la valeur de la réaction de Moriz Weisz dans les urines des tuberculeux pulmonaires, *Paris méd.*, 29 nov. 1913.

(1) Keim et Vigot. La réaction de Moriz Weisz en obstétrique, *La Presse médicale*, 25 fév. 1914.

neuf femmes gravides malades (syphilis, gonococcie, maladie mitrale, vomissements); une seule fois la réaction fut positive chez une femme enceinte pour la quinzième fois, approchant du terme et ayant un état général cliniquement normal.

Dans les suites de couches, sur 45 femmes non infectées, aucune ne présenta la réaction de Weisz; dans six cas d'infection puerpérale, Keim et Vigot ont trouvé une réaction positive chez une femme atteinte d'une septicémie grave et qui succomba rapidement.

Dans la tuberculose pulmonaire, la réaction de Moriz Weisz a été très étudiée; elle est fréquente et on lui reconnaît même une certaine valeur pronostique. Voici quelques statistiques. Mladenoff trouve la réaction positive 3 fois sur 12 tuberculeux au premier degré (donc 25 p. 100), 25 fois sur 38 tuberculeux au deuxième degré (65,8 p. 100) et 16 fois sur 19 tuberculeux cavitaires (84,3 p. 100). Il remarque que l'intensité de la réaction est en rapport avec le progrès de la maladie, car sur 19 cavitaires 7 fois la réaction de Weisz est forte, (soit 36,7 p. 100), et sur 38 tuberculeux à la période de ramollissement 7 seulement ont une réaction forte, soit 18,4 p. 100. Chez le même malade, l'intensité de la réaction suit la marche de la maladie et va en augmentant jusqu'à la mort. Comparant la valeur pronostique de cette réaction à celle de la cuti-réaction à la tuberculine, sur laquelle Léon Bernard a beaucoup insisté, Mladenoff trouve que, sur 33 malades, les deux épreuves s'accordent 23 fois d'une façon absolue pour vérifier le pronostic mauvais, bon ou douteux; pour les 10 autres malades il y a eu désaccord entre les deux réactions humorale et urinaire, la réaction de Weisz se montrant parfois supérieure à la cuti-réaction.

Tecon et Aimard ont examiné les urines de 225 malades; 42 étaient des tuberculeux au premier degré, aucun n'a présenté de réaction positive malgré les examens répétés souvent pendant plusieurs mois; sur 100 tuberculeux du deuxième degré, 7 seulement ont une réaction nettement positive; sur 75 malades du troisième degré, 42, soit 56 p. 100, ont une réaction positive; chez 6 malades, ressortissant au troisième degré par leur état clinique et au deuxième par leurs lésions, la réaction de Weisz fut deux fois positive, et enfin, de 5 tuberculeux au troisième degré anatomique et au deuxième degré clinique, un seul eut une réaction positive.

Tecon et Aimard comparent leur statistique de tuberculeux cavitaires à celle de Laignel-Lavastine et Grandjean qui ont trouvé sur 19 cavitaires examinés la réaction positive 19 fois, soit dans 100 pour 100 des cas. Sur 41 cavitaires observés par Tecon et Aimard, la réaction de Weisz fut positive 19 fois, soit 46 p. 100; il est possible que cette différence de pourcentage tienne à deux facteurs, l'influence de l'altitude, la différence de clientèle entre l'hôpital et le sanatorium, car les recherches de Tecon et Aimard ont été effectuées à Leysin.

Tecon et Aimard ont encore recherché, chez plusieurs malades bacillaires, si la réaction de Weisz apparaissait dans les urines au moment des poussées évolutives; sur cinq malades, un seul eut, pendant quelques jours, une réaction positive qui devint négative alors que l'état clinique s'améliorait.

Tout ceci montrant que les variations de la réaction de Weisz accompagnent les variations de l'état clinique, Tecon et Aimard ont utilisé cette réaction pour juger des effets du pneumothorax artificiel chez les tuberculeux. Chez sept malades déjà porteurs d'un pneumothorax au moment où l'on commença à examiner leurs urines, la réaction était cinq fois continuellement négative; les deux autres avaient une réaction positive. Trois malades à réaction de Weisz positive ayant été traités par la méthode de Forlanini, on vit, chez deux d'entre eux, la réaction diminuer d'intensité pour disparaître alors que l'état clinique allait aussi en s'améliorant; pour le troisième, la réaction au permanganate s'atténua beaucoup.

Tecon et Aimard ont encore pu comparer la réaction de Moriz Weisz et la diazo-réaction d'Ehrlich en les recherchant simultanément dans les urines de leurs tuberculeux. La réaction d'Ehrlich n'a jamais été positive dans la tuberculose au premier degré; les tuberculeux au deuxième et troisième degré ont plus rarement la diazo-réaction d'Ehrlich que la réaction de Weisz. La diazo-réaction positive est toujours associée à la réaction de Weisz; elle ne se rencontre jamais seule.

De toutes ces observations, Tecon et Aimard arrivent aux conclusions suivantes. La réaction de Weisz est simple et sensible, mais inégale dans ses résultats. Elle n'est jamais positive au premier degré de la tuberculose; chez les malades plus avancés, elle peut donner des renseignements assez importants, mais cependant elle n'est pas toujours en rapport avec la gravité du cas et n'implique pas toujours un pronostic sévère; seules les réactions positives fréquemment répétées paraissent avoir une certaine valeur.

Les conclusions de Courmont, basées sur l'examen de 107 malades dont 67 tuberculeux, accordent plus d'intérêt à la réaction de Weisz, car, d'après cet auteur, si la réaction peut manquer chez certains phtisiques à la dernière période, elle s'observe surtout en somme dans les cas de phtisie dont le pronostic est fatal à bref délai (quelques jours à quelques mois); elle apparaît quelquefois très rapidement lorsque l'état général s'aggrave. Pour Dorge, la réaction de M. Weisz est un indice de mort rapide et bien souvent, quand on en constate l'apparition chez un tuberculeux, celui-ci ne vit guère plus d'un mois.

Quelle est la signification physio-pathologique de la réaction de Weisz et dans quelles conditions chimiques celle-ci apparaît-elle dans les urines? Pour Weisz, Mladenoff, la réaction repose sur l'augmentation des acides protéiques de l'urine; elle met en évidence un des acides, l'urochrome, qui existe dans l'urine sous forme d'un urochromogène; le permanganate de potasse oxyde l'urochromogène et le transforme en urochrome; d'autre part, la diazo-réaction d'Ehrlich et la réaction du permanganate varient proportionnellement avec l'excrétion urinaire du soufre neutre, soufre des acides protéiques, le soufre neutre urinaire étant un déchet de l'albumine du protoplasma.

Pierret et Bardou, Dorge expliquent la réaction de Weisz par la présence dans l'urine d'une certaine quantité d'allantoïne qui proviendrait de la destruction des nucléo-protéides d'origine leucocytaire. Pierret et Bardou ont mélangé à de l'urine des solutions aqueuses de divers albuminoïdes; ils ont obtenu avec l'allantoïne la coloration jaune d'or qui caractérise la réaction de Weisz; ils ont aussi retrouvé l'allantoïne dans l'urine de tuberculeux à réaction positive.

La réaction de Moriz Weisz ne peut donc être encore définitivement classée et sa chimie biologique ne paraît pas bien élucidée. Au point de vue clinique même, il y a, sur plus d'un point, divergence d'opinion entre les auteurs qui l'ont étudiée; de nouvelles recherches pourront seules nous fixer sur son intérêt pratique.

M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 1er MAI 1914)

Constatations oscillométriques dans un cas d'artérite humérale. — M. Ph. PAGNIEZ relate l'observation d'un homme de soixante-deux ans venu à la consultation de Broussais pour un certain degré d'impotence du bras gauche avec douleur dans la région du pli du coude. Il n'existait aucune modification de la circulation superficielle ni de la température du membre. Le pouls radial était totalement aboli. A

l'oscillomètre de Pachon on constatait au poignet droit une tension maxima de 19 et minima de 9 avec une amplitude maxima des oscillations de sept divisions du cadran. Du côté gauche la prise de la tension était impossible, aux environs de dix des oscillations tout à fait minimes apparaissaient et ne dépassaient pas une division du cadran.

Deux jours après la situation persistait sans changement, mais huit jours plus tard les battements artériels avaient reparu à la radiale, l'oscillomètre indiquait une tension maxima de 15, minima de 8 et l'amplitude des oscillations était de quatre divisions. Un mois après le début des accidents elle atteignait cinq divisions, l'amplitude était de sept pour le côté sain.

La durée des accidents empêche d'admettre l'hypothèse de spasme artériel, il est probable qu'en pareil cas on a affaire à une pustule athéromateuse qui, par sa rupture, dégage le centre de l'artère et permet le rétablissement d'une circulation dont l'oscillomètre permet admirablement de mesurer les modifications et les étapes.

Le pouls laryngé présystolique du rétrécissement mitral. — M. Ch. Laubry. Il s'agit d'un malade qui fut autrefois présenté à la Société comme un anévrisme de l'aorte avec signe inversé de la trachée consistant en secousses laryngo-trachéales ascendantes, contrairement à ce qu'on observe ordinairement dans le signe d'Oliver où les secousses dues à une ectasie de la concavité se font de haut en bas.

En s'appuyant sur une série d'arguments cliniques, radiologiques, graphiques ou électrocardiographiques, M. Laubry établit que le malade n'a pas d'anévrisme, qu'il est porteur d'une double lésion valvulaire d'origine rhumatismale, insuffisance aortique et rétrécissement mitral, que notamment son oreillette gauche est particulièrement volumineuse, qu'enfin son pouls laryngé est présystolique, synchrone au pouls auriculaire et non au pouls radial.

La conclusion s'impose donc que le pouls laryngé est dû aux contractures d'une oreillette gauche notablement hypertrophiée, gênée par un ventricule également énorme à l'étroit dans un thorax et un médiastin probablement envahi par des ganglions bronchiques.

Cette observation montre la prudence qu'on doit apporter à l'interprétation des examens radioscopiques et la nécessité de contrôler leurs données par d'autres méthodes de précision et par la clinique.

Rhumatisme cérébral et salicylate de soude. — M. Josué, à l'occasion du procès-verbal et de la récente communication de MM. Albert Robin et Lyon-Caen, s'élève contre cette opinion des auteurs que le salicylate de soude est un médicament dangereux et susceptible de provoquer des accidents délirants. Cet agent thérapeutique merveilleux doit au contraire être employé au cas de rhumatisme cérébral.

Traitement de la vulvo-vaginite des petites filles par le vaccin antigonococcique. — M. Comby et Mlle Condat ont traité, par le vaccin antigonoccique de Ch. Nicolle, 15 fillettes atteintes de vulvo-vaginite aiguë, à gonocoques, avec un succès presque constant. A ces cas de vulvo-vaginite il faut ajouter un cas de péritonite gonococcique, un cas d'ophtalmie purulente, un cas d'urétrite chez un petit garçon.

Dans ces trois derniers cas, le vaccin de Nicolle a également agi favorablement. On connaissait bien l'efficacité du vaccin antigonococcique contre les complications de la blennorragie, c'est-à-dire contre la gonococcémie. Leurs observations tendent à prouver que le vaccin pouvait agir aussi contre les écoulements aigus du vagin et de l'urètre. Après un total de 5 à 10 injections en moyenne répétées 2 ou 3 fois par semaine, ils ont obtenu la guérison apparente de vulvo-vaginites aiguës. Les auteurs injectaient à chaque fois dans le muscle de la cuisse 1 centimètre cube ou 1 centimètre cube et demi de vaccin dilué dans 2 centimètres cubes de sérum artificiel. Tolérance presque parfaite, peu ou pas de douleur locale, parfois légère réaction fébrile passagère, exceptionnellement hyperhémie éphémère.

L'innocuité de la méthode les engage à continuer leurs essais qui par ailleurs sont des plus encourageants.

M. Chantemesse a essayé, dans son service, le sérum antigonococcique. Il a été satisfait des résultats obtenus surtout dans le rhumatisme blennorragique.

M. Siredey, tout en reconnaissant l'action habituellement favorable du vaccin de Nicolle, émet quelques réserves sur son efficacité dans les écoulements.

Vitiligo d'origine hérédo-syphilitique. — MM. Crouzon et Foix. Une jeune fille de dix-neuf ans présente, depuis l'âge de dix ans, un vitiligo extrêmement marqué, avec stigmates dentaires d'hérédo-syphilis. Sa mère présente un tabes incipiens avec Wassermann positif.

Il est logique d'admettre l'origine hérédo-syphilitique du vitiligo, et par conséquent d'entreprendre un traitement spécifique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 29 avril 1914)

Rupture totale de l'urètre, suture circulaire, guérison sans rétrécissement. — M. Marion résume une observation de M. Veau. Un enfant de onze ans tombe à califourchon; il perd du sang par l'urètre et ne peut plus uriner. M. Veau fait une incision périnéale, recherche les deux bouts de l'urètre qu'il avive et suture circulairement, puis il fait la cystostomie sus-pubienne, met une sonde dans la vessie qu'il laisse quinze jours. Il la retire et la vessie reste ouverte et fistuleuse pendant six à sept mois. Le résultat de la suture urétrale faite dans ces conditions est parfaite, en raison même de l'absence de la sonde dans l'urètre qui était toujours une cause d'infection de la suture. Il en résulte également qu'il n'y a pas de rétrécissement consécutif de l'urètre. Le petit malade a été revu seize mois après l'intervention, le résultat est resté parfait.

M. Marion, après avoir rappelé les auteurs qui, les premiers, ont eu l'idée de la dérivation des urines pour la suture de l'urètre rompu, a pensé à recourir à cette méthode comme traitement des rétrécissements graves. Dans un premier temps, il fait la cystostomie sus-pubienne pour obtenir la dérivation de l'urine. Il fait ensuite le cathétérisme rétrograde, incise longitudinalement la partie rétrécie, recherche les deux bouts, les suture après un léger avivement, décolle l'urètre antérieur sur 2 à 3 centimètres, met des fils d'appui latéraux, suture l'urètre autour d'une sonde aussi volumineuse que possible, qui sera retirée aussitôt la suture faite, telles sont les différents temps de l'opération. M. Marion ajoute qu'il ne faut pas fermer la plaie périnéale et qu'il faut la laisser, au contraire, largement ouverte. Il ne faut pas toucher à l'urètre. La réunion complète et parfaite peut être obtenue après quinze jours; on peut alors retirer la sonde sus-pubienne.

M. Marion est intervenu chez neuf malades dans ces conditions. Les opérations les plus anciennes datent déjà de plusieurs mois. Chez tous ces malades on a toujours pu passer des sondes de 19 à 25. On n'a jamais constaté aucune trace de rétrécissements.

Cette opération qui consiste, en somme, dans la réfection de l'urètre après cystostomie sus-pubienne donne d'excellents résultats, non seulement dans les ruptures traumatiques de l'urètre, mais aussi dans les rétrécissements graves.

M. Bazy rappelle que l'idée de la déviation des urines dans les cas où l'on doit intervenir chirurgicalement sur l'urètre

a été émise déjà par Tillaux à propos d'une observation de Robert. Dans le même ordre d'idées M. Labbé, dans un cas de ce genre, a eu recours, pour dévier les urines, à la ponction quotidienne de la vessie avec le troquart aspirateur de Dieulafoy.

M. Legueu confirme l'opinion émise par M. Marion et reconnaît avec lui que cette opération est celle qui assure le mieux la réunion par première intention des sutures de l'urètre et met le plus sûrement à l'abri de la suppuration. Cette opération constitue donc un réel progrès. Elle n'a qu'une contre-indication, c'est l'étendue par trop considérable de la perte de substance dans les cas de rupture de l'urètre. Il faut alors avoir recours aux méthodes autoplastiques.

M. Monod demande à M. Marion pourquoi il n'a pas parlé aussi de l'urétrostomie.

M. Marion préfère de beaucoup la cystostomie qui a l'avantage, en outre, de permettre le cathétérisme rétrograde et la recherche du bout postérieur dans les cas de rupture.

Ulcère double et sténosant du duodénum et de l'estomac (sablier). Double anastomose. Réapparition des accidents dix-huit mois plus tard. Gastrectomie. Guérison. — M. Pauchet (d'Amiens). Des centaines d'opérations pour ulcères gastriques ont prouvé que la gastro-entérostomie appliquée au traitement de l'ulcère gastrique donne des résultats souvent insuffisants ou nuls.

Voilà un cas, où les lésions étaient très étendues et où la résection, après échec de la gastro-entérostomie, a donné un bon résultat.

Femme de trente et un ans, soignée par le docteur Béhague (d'Arras), présenta de quatorze à vingt ans les symptômes d'ulcère duodénal : faim douloureuse, mélæna sans hématémèse, douleur à droite, trois ou quatre heures après les repas, alternatives de mieux et d'aggravation, hyperchlorhydrie chronique; diagnostic de neurasthénie et d'hystérie posé par les médecins, etc.; puis de vingt à vingt-huit ans, des signes d'ulcère gastrique : douleurs épigastriques, vomissements, douleurs immédiates après les repas, intolérance gastrique absolue.

Depuis trois ans, signe de sténose avec stase alimentaire et gros vomissements.

Le diagnostic de double sténose mésogastrique et duodénale est posé par le docteur Degouy (d'Amiens), radiologue.

Première opération. Anastomose entre les deux poches de l'estomac en sablier; anastomose de la poche inférieure avec le jéjunum. Bon résultat pendant dix-huit mois, la malade engraisse de 15 kilos.

L'ulcère poursuit son évolution, attaque la paroi abdominale et la corrode; un ulcère peptique se produit au niveau de chaque anastomose et la rétrécit; de sorte que, au bout de deux ans après l'opération, la malade souffre et vomit tout; cachexie extrême.

Deuxième opération. Gastrectomie large, consiste à réséquer l'estomac et l'ulcère, la poche inférieure, sauf une partie de la poche supérieure; puis à anastomoser le jéjunum avec ce qui reste de la poche supérieure.

Après l'opération, lavage du péritoine à l'éther; celui-ci cause des accidents toxiques graves, pendant trois ou quatre heures, et auxquels la malade faillit succomber.

Cette observation est intéressante aux points de vue suivants :

1° Histoire clinique d'un ulcère duodénal d'abord, puis d'un ulcère gastrique.

2° Preuve radiologique qui démontre avant la première opération le diagnostic d'estomac en sablier et de sténose du pylore, et avant la deuxième opération le diagnostic d'ulcère corrodant la paroi abdominale antérieure avec sténose par ulcère peptique et deux anastomoses faites antérieurement.

3° Le bon résultat de la résection apres échec de l'anastomose (la gastrectomie est le traitement de choix de l'ulcère gastrique).

4° Dangers des lavages du péritoine à l'éther. Le chirurgien peut, toutefois, laver le péritoine à l'éther sur une étendue limitée.

M. Cunéo est de l'avis de M. Pauchet, la gastro-entérostomie ne donne pas toujours de bons résultats dans les ulcères de la petite courbure. Il a préféré jusqu'ici la pylorectomie et adopterait volontiers d'étendre davantage la résection comme le fait M. Pauchet. Quand l'ulcère est adhérent, il faut se contenter de laisser le fond, de le gratter et de recouvrir d'un bouchon épiploïque.

M. Quénu trouve très intéressante et très logique la proposition de M. Pauchet; comme lui il pense qu'il ne faut pas craindre de laisser en place une partie de la muqueuse ulcérée, quitte à la recouvrir d'un morceau d'épiploon. Quant au lavage du péritoine à l'éther, M. Quénu estime qu'il faut le faire prudemment, n'en pas laisser dans le ventre et ne pas refermer le ventre après ce lavage.

M. Souligoux rappelle qu'il ne laisse pas l'éther dans le ventre. Il l'éponge et draine.

M. Bazy, dans un cas, a vu le malade cesser de respirer au moment où l'on a introduit l'éther dans la cavité abdominale. Il a fallu recourir à la respiration artificielle.

M. Mauclaire cite un cas de mort consécutive à l'emploi de l'éther dans ces conditions.

M. Ricard rappelle que son assistant, M. Labey, a vu une malade s'asphyxier et succomber après un lavage péritonéal à l'éther. Il faut l'employer avec beaucoup de prudence, n'en pas laisser dans le ventre et drainer.

M. Ombrédanne a obtenu de très bons résultats de cette méthode dans les opérations pour péritonites chez les enfants. Mais il n'a jamais employé de fortes doses, a toujours épongé et a attendu avant de refermer le ventre. Il a soin, en outre, de faire suspendre l'anesthésie à l'éther pendant qu'on en arrose le péritoine.

M. Potherat emploie l'anesthésie à l'éther et le lavage à l'éther de la cavité péritonéale. Il a remarqué que chez les malades endormis par l'éther l'anesthésie se modifie au moment où l'on introduit de l'éther dans la cavité abdominale. Depuis ce temps, il cesse momentanément l'administration de l'éther, ne laisse jamais d'éther dans le ventre, sans l'éponger. Grâce à ces précautions, il n'a jamais eu d'accidents graves.

M. Tuffier pense avec M. Pauchet qu'il ne faut pas chercher à enlever les ulcères gastriques adhérents. Il faut se contenter de les gratter et de les recouvrir. Quant à l'éther, pour laver le péritoine, M. Tuffier l'emploie systématiquement, mais il ne laisse pas l'éther dans la cavité abdominale.

Fistule congénitale du cou. — M. Broca présente un jeune garçon qui était atteint d'une fistule latérale congénitale totale du cou, qu'il a opéré avec un résultat thérapeutique et esthétique parfait.

Élection. — M. Baudet est élu membre titulaire de la Société de chirurgie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 53. — JEUDI 7 MAI 1914. 87e ANNÉE JEUDI 7 MAI 1914. — N° 53.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 10 francs par an. Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE......., 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE., 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 5 mai. — MM. Paillard, 18; Baudouin, 20; Goltrain, 19.

Prochaine séance, jeudi 7 mai, à seize heures trente, à l'Hôpital Necker.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve orale.* — « Ruptures traumatiques du rein. »

Séance du 4 mai. — MM. Mercadé, 18; Berger, 16; Cauchoix et Bréchot, 19; Gernez, 18.

— Concours des prix de l'internat en pharmacie. — Le jury est provisoirement composé de MM. Léger, Guerbet et Soueges qui acceptent; Portes et François qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Fondation Hervieux. — Par décret en date du 1er mai 1914, le doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, aux clauses et conditions énoncées dans ses testament et codicilles, le legs d'une somme de 100000 francs fait à ladite Faculté par Mme veuve Hervieux et dont le revenu annuel sera remis chaque année à deux étudiants pauvres dans le but de les aider à faire leurs études de méuecine. Ce legs prendra le nom de fondation Hervieux.

La somme de 100000 francs provenant de cette libéralité sera affectée à l'achat d'un titre de rente 3 p. 100 sur l'Etat français, qui sera immatriculé au nom de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, avec mention, sur l'inscription, de la destination des arrérages.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lille. — Des concours pour deux emplois d'aides d'anatomie et pour un emploi de prosecteur s'ouvriront le 22 mai et le 27 juillet.

Les candidats aux emplois d'aides d'anatomie devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, avant le samedi 16 mai 1914, au soir.

Sont admis à concourir tous les étudiants en médecine pourvus de huit inscriptions au moins.

Les candidats aux fonctions de prosecteur devront faire parvenir au secrétariat de la Faculté, avant le mercredi 15 juillet 1914 au soir :

1° Une expédition, dûment légalisée, de leur acte de naissance;

2° Leur diplôme de docteur en médecine;

3° Un exemplaire de leur thèse et de chacun de leurs mémoires et travaux scientifiques.

ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — Le jury est composé de MM. Dauphin, Laurent (Emile), Sebillotte, Friedel, Planès.

MÉDECIN INSPECTEUR DES ÉCOLES. — M. Lebar est désigné pour exercer les fonctions de médecin inspecteur des écoles de la deuxième circonscription du 12e arrondissement pour une période de trois années.

GUERRE. — Par décision ministérielle du 29 avril 1914, les officiers de réserve du service de santé dont les noms suivent sont passés, avec leur grade, dans l'armée territoriale :

Médecin-major de première classe. — M. Lanel.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Fouineau et Mourier.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Boyer, Cœurderoy, Daverne, Garnier, Giulani, Harscouet de Keravel, Lorcin, Le Roy des Barres, Parazols, Perretierre, Prost et Royet.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — École d'instruction annexe du service de santé. — La prochaine réunion de la Société aura lieu le mercredi 13 mai 1914, à neuf heures du soir, au cercle militaire. La conférence sera faite par M. Walther, agrégé, chirurgien de la Pitié, président de l'Union, sur l'*Antisepsie de la peau en chirurgie de guerre.*

CONGRÈS NATIONAL D'ASSISTANCE PUBLIQUE ET PRIVÉE. — Le prochain Congrès national d'assistance publique et privée s'ouvrira à Montpellier le lundi de Pentecôte (1er juin prochain) et durera la semaine entière.

On y traitera notamment des questions suivantes :

1° Régime des associations de bienfaisance; rapporteur

général : M. Hébrard de Villeneuve, président de section au conseil d Etat.

2° Réforme de l'article premier de la loi du 7 août 1851 (admission des malades dans les hôpitaux); rapporteur général : M. Gignoux, vice-président des hospices de Nîmes.

3° L'assistance aux familles nombreuses; rapporteur général : M. Jean Monod, inspecteur général adjoint au ministère de l'intérieur.

4° L'assistance préventive aux enfants anormaux; rapporteur général : M. Régis, professeur à la Faculté de Bordeaux.

Le secrétaire général du Congrès est M. le professeur Truc, de la Faculté de Montpellier. On peut lui envoyer les cotisations à son domicile, 3, rue Carré-du-Roi. On peut aussi les envoyer au trésorier du comité national, 49, rue Miromesnil. La cotisation est de 20 francs. Elle donne droit aux recueils complets des travaux du Congrès.

TROIS EMPLOIS DE PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE QUITO (ÉQUATEUR). — Le gouvernement de la République de l'Equateur se propose de pourvoir à trois emplois de professeur à la Faculté de médecine de l'université de Quito, savoir :

Un pour l'histologie et l'anatomie pathologique;

Un pour la chimie biologique, avec direction d'un laboratoire de clinique;

Un pour la physiologie expérimentale.

Les conditions d'engagement sont les suivantes : Durée du contrat, deux ans. — Voyage aller et retour en première classe payé, avec exemption des droits de douane pour meubles et effets personnels. — Droit d'exercer la médecine sur tout le territoire de la République. — Traitement : 400 à 500 sucres par mois (500 est un maximum), soit 1000 à 1250 francs, le sucre valant en monnaie française 2 fr. 50. Il est à prévoir que la clientèle pourra en rapporter autant. — Service : huit à dix heures de cours au minimum par semaine.

Sauf pour le laboratoire de clinique, le professeur désigné devra apporter avec lui le matériel nécessaire à son laboratoire. Les frais d'acquisition et de transport seront à la charge du gouvernement équatorien. Le consulat de l'Equateur recevra des instructions en vue du paiement.

Il y aurait intérêt à ce que les candidats eussent une certaine connaissance de la langue espagnole, ou que tout au moins ils fussent aptes à l'apprendre rapidement.

D'autre part, il résulte de renseignements très sûrs qu'a reçus la *Gazette des Sciences médicales de Bordeaux*, à qui nous empruntons ces détails, que le coût de la vie à Quito pour un célibataire est de 150 sucres *environ par mois*, soit 375 francs par mois.

Les candidats à ces emplois devront faire parvenir leur demande à M. le recteur de l'Académie de Bordeaux, 29, cours d'Albret.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Charon (de Saint-André-de-Cubzac).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Les publications artistiques P.-L.-M.* — Poursuivant la série de ses publications artistiques, la Compagnie P.-L.-M. vient de faire paraître le premier numéro d'une revue trimestrielle, intitulée *Le P.-L.-M. illustré*, éditée d'une façon particulièrement luxueuse, ornée de nombreuses photogravures, dessins à la plume, etc.

Paraissant en janvier, avril, juillet et octobre, *Le P.-L.-M. illustré* contiendra toutes les indications propres à renseigner le voyageur sur les meilleures combinaisons de billets à utiliser, les excursions à faire, les centres de séjour à choisir, suivant la saison et au moment précis où il en aura besoin.

Le P.-L.-M. illustré est en vente, au prix de 0 fr. 30 à la gare de Paris-Lyon (bureau de renseignements et bibliothèques) et dans les bureaux succursales et bibliothèques des gares du réseau P. L.-M.

Pour les abonnements, France : 1 fr. 25 par an pour les quatre numéros; Etranger : 1 fr. 50; ou pour recevoir un numéro à domicile, 0 fr. 40 (en timbres-poste) pour la France et 0 fr. 45 (mandat-poste international) pour l'Etranger; adresser les demandes au service central de l'exploitation P.-L.-M. (publicité), 20, boulevard Diderot, à Paris.

FORMULAIRE

INFECTION INTESTINALE CHRONIQUE

Lutter contre la pullulation des germes microbiens par l'usage des ferments lactiques, notamment sous forme de comprimés à la lacto-antisepsine, ou même, si l'infection est intense, de pâte du même produit, à la dose d'un demi-tube par jour.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale, expérimentales et cliniques. — (N° 379, 10 avril 1914.) DE BROGLIE : Le spectre des rayons de Röntgen. — LEDOUX-LEBARD : Radiodiagnostic, radiothérapie et radiumthérapie des ankyloses. — CHAPERON : L'électrothérapie dans le traitement du lupus vulgaire. — BELOT et NAHAN : Radiothérapie et radiumthérapie dans le traitement du lupus vulgaire.

Bulletin médical. — (N° 29, 11 avril 1914.) A. et P. BÉHAGUE : Des kystes séreux du pancréas (à propos d'une observation personnelle). — (N° 30, 15 avril.) PECH : Essai d'explication physiologique de l'action de certaines causes météoriques sur la genèse de quelques maladies. Le rôle de l'oxygène.

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 6, 24 mars 1914.) FAGE : Séquelles de l'impétigo et de l'ecthyma : papillomatoses postimpétigineuses.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 13, 8 avril 1914.) René BÉNARD : Etude clinique et thérapeutique des chorées (*fin*).

Presse médicale. — (N° 29, 11 avril 1914.) DE LAPERSONNE : Thrombose de la vessie centrale de la rétine. — MARTINET : Quand et pourquoi il faut administrer la digitale? Indications et contre-indications tirées de l'action de la digitale sur le rythme cardiaque. — LAPEYRE : Tuberculose et cancer du dos de la main. — (N° 30, 15 avril.) LE DAMANY : Compressions de la moelle et de la queue de cheval par exostoses vertébrales. Leur traitement chirurgical. — BURNIER : Notes de dermatologie pratique. Diagnostic clinique des alopécies chez l'enfant. — SCHAAB : Une chaise-lit obstétricale.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 14, 2 avril 1914.) FREUND et KAMINER : Rapports du groupement stérique des atomes avec le carcinome. — HATIEGAN : Emploi clinique de la galactosurie alimentaire dans les maladies du foie. — POPPER : Emploi de la papavérine en pédiatrie. — FINZI : Un cas d'aphasie motrice transcorticale avec paralysie et troubles de la lecture. — KAHANE : Les obsessions et leur traitement psychique. — RIEHL : Balnéothérapie et affections cutanées.

QUELQUES CAS DE MASTOIDITES LATENTES

Par M. J. FOURNIÉ,
Oto-laryngologiste de l'hôpital Péan.

Les mastoïdites qui accompagnent ou qui suivent l'infection aiguë ou subaiguë de l'appareil auriculaire ne se manifestent pas toujours par une symptomatologie à grand fracas. Il arrive qu'elles soient pour ainsi dire chroniques d'emblée, nous leur donnons alors le nom de mastoïdites latentes. De cette évolution même vient leur danger ; nous n'avons pour les déceler que quelques signes en apparence plutôt otitiques que mastoïdiens.

Je n'ai pas à en faire ici la bibliographie, mais je m'en voudrais de ne pas citer le nom de mon maître, Luc, qui a depuis longtemps attiré l'attention sur la gravité de cette affection souvent méconnue. Plusieurs confrères, et moi-même, il y a déjà plusieurs années, nous avons eu l'occasion de publier des observations et des commentaires analogues.

Mais si les auristes sont bien placés pour édifier leur conviction opératoire, il n'en est pas de même du grand public médical. Ces observations, sans être rares, ne sont pas très fréquentes. Disséminées dans chacune des très nombreuses clientèles, elles ne frappent pas tant le médecin que le spécialiste ; aussi voyons-nous parfois une temporisation regrettable, parce que trop prolongée, en être la conséquence. J'ai donc cru utile d'en publier quelques nouveaux exemples.

Les formes les plus communes de mastoïdites latentes sont de deux sortes. Ou bien c'est une otite moyenne aiguë dont le flux reste très abondant au bout de quatre semaines, ou se prolonge, quoique atténué, au delà de six à sept semaines ; les caractères de l'otorrhée stigmatisent seuls l'origine mastoïdienne, l'os est rempli de pus sous tension. Ou bien l'otite est légère ou même tarie, mais le malade présente quelques vagues douleurs mastoïdiennes, une légère pesanteur de tête, occupant spécialement le côté atteint et survenant de préférence le soir. Ces phénomènes relèvent des mastoïdites décrites sous le nom de mastoïdites congestives : infiltration séreuse de l'os, nécrose plus ou moins étendue des travées osseuses par des fongosités, sans qu'il y ait le plus souvent de suppuration intra-osseuse.

Les cas suivants, sans se ranger nettement dans ces deux catégories, se rapprochent de l'une ou de l'autre tout en gardant une physionomie très spéciale.

Observation I. — Mlle Ve..., quinze ans. Je la vois le 19 décembre 1913. Otite moyenne aiguë droite depuis dix jours. Perforation inférieure largement suffisante. Quelques douleurs mastoïdiennes à la pression. Il y avait eu une première otite en novembre 1912 et, depuis, l'oreille coulait légèrement de temps à autre pendant un ou deux jours, mais je ne pus avoir là-dessus plus de précision.

A défaut de l'évidement pétro-mastoïdien, je proposai la trépanation simple qui ne fut acceptée que le 10 janvier 1914, les douleurs ayant augmenté et la région rétro-auriculaire commençant à s'empâter.

Opération sous anesthésie locale. Nous trouvons un point de nécrose au tiers inférieur, près du conduit osseux, qui conduit dans une cavité mastoïdienne évidée, pleine de pus. La région sinusale est dénudée sur un bon centimètre et demi ; la dure-mère est très épaissie, blanchâtre, avec quelques fongosités. La communication avec l'antre, où se trouvent un amas de fongosités et un peu de pus, est très étroite et reportée en arrière, assez loin du conduit.

On pourrait de prime abord penser à une mastoïdite aiguë normale, consécutive à l'otite aiguë récente, se greffant sur une otite chronique. Rétention purulente, nécrose osseuse à la fois vers la corticale externe et dans la profondeur au niveau du sinus latéral, peuvent, en effet, lui être attribuées. Mais il y a une lésion qui n'est pas de son fait et le placard de pachyméningite dans la région sinusale ne peut s'être constitué dans l'espace de trois à quatre semaines. Encore faudrait-il admettre que la mastoïdite ait été, pour ce laps de temps, tout à fait contemporaine du début de l'otite récente.

C'est donc une lésion chronique, déjà ancienne, qui ne peut être en rapport qu'avec une mastoïdite latente ayant suivi la première otite apparue un an auparavant. L'étranglement postérieur, cellulo-antral, explique les intermittences d'une faible otorrhée ; le foyer cellulaire, d'une virulence atténuée, se vide de temps à autre par la caisse, tandis qu'une nécrose lente évide la pointe mastoïdienne et dénude le sinus latéral. Aucun signe, douloureux ou fébrile, n'avait pu éveiller l'attention de la malade. La seconde poussée inflammatoire otitique réchauffe la mastoïdite latente et, heureusement pour cette jeune fille, ce sont des phénomènes extérieurs qu'elle provoque : leur apparition décide l'opération.

Obs. II. — Cette observation est presque calquée sur la précédente. Mais elle est d'autant plus nette et plus intéressante que j'ai suivi le malade depuis le début de l'infection auriculaire.

Elle concerne M. Ro..., cinquante-quatre ans. Le 7 mars 1912, au décours d'une grippe, il fait une otite moyenne aiguë fébrile du côté droit. Il ressent bientôt des douleurs dans le côté droit de la tête, douleurs qui paraissent augmenter au bout de trois semaines. C'est à cette époque qu'il vient me voir.

Le 15 avril j'agrandis la perforation. Pansements secs.

Du 1er au 4 mai, l'oreille est guérie, le tympan est normal, aucune douleur.

Le 4 mai, nouvelle otorrhée, nouvelle paracentèse. Quelques élancements dans la mastoïde à intervalles très éloignés ; une pression forte réveille un peu de douleur sur le bord postérieur de la mastoïde. Léger malaise du côté droit de la tête. Pas de température. Retour à la normale.

Du 27 mai au 11 juillet nous voyons l'otorrhée se tarir à deux reprises, une première fois pendant dix jours, puis pendant trois jours. Il n'y a, pendant ces arrêts, aucune douleur de rétention ; le tympan se ferme, l'audition redevient bonne. On croirait la guérison obtenue, quand la membrane tympanique se rouvre avec écoulement modéré de liquide séro-purulent.

Je n'avais pas attendu cette date pour conseiller au malade l'ouverture de sa mastoïde. Il finit par consentir à l'opération qui est faite avec l'anesthésie locale.

Nous trouvâmes, sous une corticale épaisse, un tissu osseux rappelant par sa consistance et son aspect le tissu médullaire

spongieux de l'enfance et se laissant effondrer facilement par la curette. Nous le poursuivîmes dans la pointe, où il laisse sourdre quelques gouttelettes de pus bien collecté : en arrière, tout autour du sinus latéral qui n'est plus protégé que par une très mince lamelle osseuse ; en haut, jusque dans l'épaisseur du zygoma. L'antre était plutôt petit, renfermant du pus et des fongosités.

Ainsi voilà une mastoïdite qui évoluait depuis plus de trois mois et qui s'acheminait vers la fonte purulente de toute la trame osseuse sans se manifester autrement, si nous mettons à part les phénomènes douloureux du début, que par l'*intermittence* d'une otorrhée légère, pouvant être rattachée aux restes d'une infection de la caisse mal éteinte et susceptible, en apparence, d'un pronostic tout à fait favorable.

Les deux cas suivants vont, ceux-là, se rapprocher des mastoïdites congestives. Dans ces deux cas, nous constatons une poussée tympanique légère sans suppuration. Des phénomènes mastoïdiens et cervicaux apparaissent, de plus ou moins longue durée, et la résolution semble devoir se produire spontanément malgré l'existence de lésions intra-osseuses.

Obs. III. — Mme G..., trente-sept ans, vient me trouver le 6 avril 1912. J'avais soigné son mari en fin décembre 1911 pour une otite aiguë qui avait guéri assez rapidement. A cette époque, elle ressentit quelques douleurs dans l'oreille droite, mais ce fut tout.

Actuellement elle me donne les renseignements suivants. Au commencement du mois, après un fort rhume de cerveau, elle ressent, la nuit, des douleurs d'oreille assez vives, puis sourdes, s'accompagnant de douleurs vagues dans la tête. Le premier soir, puis de temps à autre, mais plutôt le soir et la nuit, surviennent quelques douleurs mastoïdiennes spontanées. La malade perçoit un point très sensible à la pression, *au-dessous de l'os*. Enfin depuis deux jours elle constate un gonflement de la région rétro-auriculaire et de la partie supérieure du cou.

A l'examen, le tympan droit est normal. La mastoïde semble légèrement augmentée de volume ; la pointe est nettement plus volumineuse et assez douloureuse à la pression, spécialement en arrière, et, en avant, dans la profondeur. Il y a de la périostite légère avec infiltration des insertions du sterno-mastoïdien qui est gonflé à sa partie supérieure. Les mouvements latéraux de la tête ne sont pas très douloureux.

Je surveille la malade pendant une dizaine de jours. La température, qui oscillait entre 37 et 38 degrés, tombe ; les phénomènes locaux s'atténuent et disparaissent, sauf un peu de douleur apexienne à la pression. Cette persistance légère de la douleur, le passé otique, et le séjour éloigné de Paris de Mme G..., me font lui conseiller l'ouverture mastoïdienne, tout en la prévenant de son inutilité possible. Elle accepte et l'opération a lieu le 15 avril 1912 sous anesthésie locale.

La corticale, trépanée au tiers moyen, est dure et épaisse. On tombe dans une grande cellule de pointe tapissée par une membrane grisâtre de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, chose rare dans la mastoïde ; notre aide, le docteur Gérard, la compare très justement à la muqueuse sinusale de certaines sinusites maxillaires chroniques. La paroi profonde antéro-inférieure de cette cellule avait la minceur d'une coquille d'œuf et fut effondrée par la curette. De cette cavité une traînée de petites cellules remontent à l'antre. Celles-ci sont remplies de fongosités grisâtres sous pression qui laissent sourdre un liquide séreux. Les travées sont friables et cèdent facilement à la curette.

Les phénomènes mastoïdéo-cervicaux, qu'on aurait pu rattacher à une cause externe ou générale, s'expliquent ici par l'infection auriculaire. Le passé otique est d'ailleurs là. La minceur de la paroi qui sépare la cavité mastoïdienne de la région cervicale profonde explique bien le point douloureux principal, signalé par la malade. C'est à ce niveau que l'infection mastoïdienne a franchi la barrière osseuse, d'où périostite et inflammation des insertions sterno-mastoïdiennes.

Reste une autre question, l'opération était-elle nécessaire ? L'examen de la muqueuse de revêtement interne laisserait planer un doute. Voici, en effet, la réponse de l'histologiste : « Tissu conjonctif adulte ressemblant à du fibromyxome. Interprétation : bourgeons charnus en voie d'organisation. » Ce résultat corrobore évidemment la rétrocession dss phénomènes inflammatoires, mais je doute fort que nous ayons eu par la suite une résolution complète.

Cette fibro-muqueuse apexienne, déjà anormale, avait sans doute été affectée trois mois auparavant ; l'inflammation avait été assez légère pour ne pas s'extérioriser cliniquement. L'infection auriculaire récente a été plus manifeste. Or, il ne s'agit plus ici de ces phénomènes mastoïdiens purement congestifs qui peuvent accompagner l'otite aiguë purulente et disparaître avec elle. L'oreille a été à peine effleurée, il y a eu *transport* d'éléments septiques dans la mastoïde. Ceux-ci, cheminant de proche en proche, sont bien la cause directe des phénomènes locaux. Nous savons par expérience que ces germes, de virulence atténuée, enfermés dans ces cavités osseuses, peuvent continuer sournoisement leur travail destructeur ou se réveiller de leur inaction à l'occasion d'une nouvelle inflammation auriculaire ; ils ne meurent pas.

Obs. IV. — Mlle Ja..., dix ans. Anémie. Entérite. Appendicite opérée il y a un an. Grande nervosité. Mère bacillaire, décédée. Je la vois le 17 janvier 1914. Elle a eu quelques jours auparavant un peu de douleurs dans l'oreille droite à la suite d'un rhume assez violent et présente actuellement de vives douleurs au niveau de la mastoïde et des attaches du sterno-mastoïdien, avec une température rectale de 39 degrés.

Le tympan est normal. L'exagération notable des douleurs superficielles d'une part, et de l'autre la possibilité de rattacher la température à l'état défectueux de l'appareil gastro-intestinal me font conseiller la temporisation, sans repousser l'idée d'une intervention à laquelle le père de l'enfant était plutôt favorable. Tout s'amende rapidement, douleur et température, quand, le 20 janvier, réapparaissent quelques douleurs auriculaires et je constate une légère hyperhémie au niveau du shrappnel. Il y a certainement une infection mastoïdienne malgré la chute des phénomènes inflammatoires et j'opère le lendemain, 21 janvier, sans faire de paracentèse.

Toute la corticale est formée de petites cellules infiltrées de sérosité sous pression, que je poursuis très en arrière, tout autour du sinus latéral. Cette tension séreuse, survenue assez brusquement, donne l'explication des vives douleurs du début. Puis j'ouvre une grande cellule qui descend dans la pointe et qui renferme des fongosités avec quelques gouttelettes de pus. Cette cellule communique en haut par un canal très étroit avec une autre cavité située très au-dessus du plan de l'aditus ; elle est bourrée de fongosités purulentes et répond probablement à l'antre. La communication aditale

avec la caisse semblait, au moins macroscopiquement, inexistante et je n'ai pas cherché à la reformer, étant donnée l'intégrité de la chambre tympanique.

Rien de particulier dans les suites opératoires, sauf le peu de tendance au bourgeonnement. Trois semaines après, l'enfant qui n'habite pas Paris, est pansée par son médecin.

Ici, comme dans l'observation précédente, nous voyons, à un degré variable, une infection mastoïdienne, sans otite suppurée, avec une réaction inflammatoire assez nette. Mais les symptômes aigus disparaissent rapidement, la chronicité va s'établir. Dans le second cas, plus grave, on voit se surajouter un élément suppuratif qui lui donne, au point de vue anatomo-pathologique, une place intermédiaire entre les formes de mastoïdites latentes purement fongueuses et celles qui révèlent seulement une nécrose purulente de l'os.

La *conclusion* à tirer de ces observations est qu'il faut regarder comme très important le moindre symptôme mastoïdien au cours de l'infection de l'appareil auriculaire, afin d'éviter les surprises désagréables d'une mastoïdite latente. L'optimisme conservateur en pareil cas est presque toujours le sentiment du malade, souvent celui du médecin traitant, et parfois même celui de l'auriste. Devant une suppuration auriculaire aiguë, rappelons-nous les caractères « mastoïdiens » de cette suppuration, son abondance après quatre semaines, ou sa prolongation exagérée. Un bon signe également, sur lequel insiste Luc dans ses leçons, c'est la gouttelette de pus qu'on voit sourdre de la perforation après plusieurs assèchements du conduit. J'y ajouterai la *succession des rechutes athermiques de l'otite moyenne suppurée*, malgré l'intermittence du retour intégral de la topographie tympanique et de la fonction auditive, malgré l'absence concomitante des phénomènes de rétention septique. C'est le tableau des deux premières observations que je viens de vous rapporter.

Dans d'autres circonstances, défiez-vous d'une douleur d'oreille, suivie à plus ou moins brève échéance de phénomènes mastoïdiens ou périmastoïdiens, qu'ils soient ou non inflammatoires, même si vous assistez à l'amendement de cette symptomatologie fugace. On s'endort facilement sur une adénite cervicale, sur une périostite traumatique ou a frigore, sur un torticolis rhumatismal ; il semble qu'on veuille éviter de voir le mal où il est. Ouvrez la mastoïde, vous y trouverez, le plus souvent, des fongosités seules, parfois des fongosités et du pus, et vous vous estimerez heureux si votre intervention a lieu avant que le processus infectieux et destructeur ait franchi les limites mastoïdiennes.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

CONGRÈS DE THALASSOTHÉRAPIE

ET D'HÉLIOTHÉRAPIE MARINE

[CANNES, AVRIL 1914 (1)]

Là où n'entre pas le soleil, entre le médecin.

(DICTON POPULAIRE LATIN.)

L'ensemble des travaux du Congrès peut être divisé en trois parties, comprenant respectivement :

La première, les études sur les radiations solaires, la climatologie marine, leurs mesures et leurs effets biologiques;

La seconde, les études sur l'héliothérapie appliquée aux affections chirurgicales;

La troisième, les études sur l'héliothérapie appliquée aux affections médicales.

Dans la première partie se rangent les rapports de MM. Daniel BERTHELOT (de Paris) sur la nature des radiations solaires au niveau de la mer et les moyens de les mesurer; — J. VALLOT (de Nice), sur l'actinométrie dans ses rapports avec l'héliothérapie et la climatologie marine; — DUPAIGNE (de Cannes), sur la climatologie du littoral méditerranéen français; — Albert ROBIN et BITH (de Paris), sur les effets biologiques de l'héliothérapie marine; — CASSE (de Bruxelles) et D'ŒLSNITZ (de Nice) sur la posologie de l'héliothérapie marine; — la communication de la Société de médecine du littoral présentée par Maurice FAURE (de Nice), sur l'héliothérapie sur le littoral méditerranéen; — celles de MM. NOGIER (de Lyon), sur la mesure des radiations solaires; — JOUFFRAY (de Cannes), sur l'action physiologique de la lumière solaire; — CORRE (de Nice), sur l'action des rayons solaires sur les poussières des routes; — JAUBERT (d'Hyères), sur les indications respectives ou associées du bain de mer et du bain de soleil dans la cure hélio-marine; — VALLOT et MALGAT (de Nice), sur la question : « Que faut-il entendre par bain chaud ou bain froid de soleil? »; — D'ŒLSNITZ et PRADAL (de Nice), sur les réactions organiques provoquées par l'héliothérapie; — CHRÉTIEN (de Nice) et D'ŒLSNITZ, sur l'étude comparative de la lumière solaire directe et de la lumière diffuse; — CHRÉTIEN, sur la présentation d'un spectro-actinomètre photographique; — D'ŒLSNITZ, sur la recherche d'une substance isolante perméable aux rayons chimiques et applicable à la pratique de l'héliothérapie; — VON SCHRÖTTER (de Vienne), sur une méthode simple pour déterminer l'intensité relative de l'ultraviolet dans la lumière diffuse, et sur l'intensité de la lumière sur le littoral de l'Adriatique; — SCHMIDT (de Vienne) et VON SCHRÖTTER, sur les notations concernant la mesure simultanée de la radiation solaire au niveau de la mer, d'après différentes méthodes; — DU PAIGNE (de Cannes), sur les plages au sud de la Bretagne, au point de vue de l'héliothérapie marine en été.

Dans la deuxième partie, nous placerons les rapports de MM. ANDRIEU (de Berck) et PASCAL (de Cannes), sur l'héliothérapie marine dans les tuberculoses chirurgicales; — CLAISSE (de Biarritz), sur l'héliothérapie marine dans les affections chirurgicales non tuberculeuses; — les communications de MM. AUDION (de Berck), sur l'héliothérapie marine dans les tuberculoses chirurgicales à l'hôpital Bouville de Berck; — GRINDA et STEFANI (de Nice), sur les indications d'héliothérapie marine dans les tuberculoses chirurgicales ; — VIGNARD (de Lyon), sur les résultats de l'intervention chirurgicale et de l'héliothérapie marine associées dans la cure des

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 52, p. 853.

tuberculoses externes; — JAUBERT (d'Hyères), sur les procédés d'immobilisation dans la cure solaire des ostéo-arthrites; — REDARD (de Paris), sur le rôle des appareils orthopédiques dans la cure solaire des tuberculoses chirurgicales; — RŒDERER (de Paris), sur un appareil conciliant l'immobilisation et la cure héliothérapique; — GUILLAUME et CHAVAILLON (de Tours), sur de nouveaux appareils amovo-inamovibles facilitant la cure hélio-marine des tuberculoses chirurgicales; — CALVÉ (de Berck), sur l'alternance dans la cure hélio-marine des tuberculoses chirurgicales; — D'ŒLSNITZ et DUPLAY (de Nice), sur le mode d'application et les résultats de la cure solaire dans le service des enfants de l'hôpital Saint-Roch de Nice.

Dans le troisième groupe se placent les rapports de MM. REVILLET (de Cannes), sur l héliothérapie marine dans les tuberculoses abdominales et génito-urinaires; — ARMAND-DELILLE (de Paris), sur la cure hélio-marine de la tuberculose péritonéale; — FESTAL (d'Arcachon), sur l'héliothérapie marine dans la tuberculose adéno-médiastine; — MALGAT (de Nice), sur la cure solaire dans les tuberculoses pleuro-pulmonaires; — VIDAL (d'Hyères), sur l'action de l'héliothérapie dans le traitement des tuberculoses cutanées; — MONTEUUIS (de Nice), sur l'héliothérapie marine dans les affections non tuberculeuses; — et les communications de MM. G. LÉO (de Paris), sur la péritonite tuberculeuse et l'héliothérapie marine; — LAFFERERE (de Cannes), sur le rhino-pharynx de l'enfant et le climat hélio-marin; — PETIT, sur l'héliothérapie laryngée avec l'auto-insolateur; — SARI (de Nice), sur la valeur de l'héliothérapie locale comme traitement de la tuberculose du larynx; — MALLET (de Paris), sur l'action comparée de l'héliothérapie marine et de la radiothérapie dans les tuberculoses sous-cutanées; — ROSSI (de Voltri), sulla elioterapia nella scrofulosa cutanea dell'infanzia; — Italo TONTA (de Milan), sulla elioterapia marina e l'applicazione contemporanea d'opportune medicazioni nelle diverse forme morbose; — REYNES (de Marseille), sur l'action solaire et hydro-marine dans le traitement de certaines affections chroniques ou tuberculeuses; — Paul THAON (de Nice), sur les dangers de l'héliothérapie dans le traitement de la tuberculose.

Aux groupes 2 et 3 se rattachent encore des communications de MM. AYMES (de Montpellier), sur la cure héliomarine dans la région montpelliéraine; — GIMBERT (de Balaruc), sur la cure hélio-marine adjuvant de la cure par les boues et les eaux salées chaudes de Balaruc; — VLAVIANOS (d'Athènes), sur la thalassothérapie dans la Grèce ancienne et moderne; — LITINSKI (de Menton), sur les aéro-salaria et les thalasso-aéro-solaria; — G. LÉO (de Paris), sur l'héliothérapie et plages marines; — MISSBACH (de Constanza), sur les effets de la cure hélio-marine à Tekirghiol (Roumanie); — WETTENDORFF (de Middelkerke), sur la cure hélio-marine sur le littoral de la mer du Nord (Belgique); — ROTTENSTEIN (de Zuydcoote), sur l'héliothérapie marine au sanatorium de Zuydcoote (Nord); — et enfin la communication de M. Ambroise RENDU, délégué du Conseil municipal de Paris, sur le rôle des municipalités en ce qui concerne le traitement à la mer des enfants débiles, et l'action de la bienfaisance privée.

Il y a lieu de mentionner aussi l'important travail de G. SARDOU, sur *Nice station d'hiver*, édité pour le Congrès, et distribué aux congressistes. Cet ouvrage est, certainement, la meilleure étude qui ait été faite sur la station climatique de Nice, son enceinte abritée, sa météorologie, son hygiène et sa clinique.

Au lieu de publier des résumés forcément trop succints des communications et des rapports, nous croyons préférable d'exposer ici, dans leur ensemble, les notions qui se dégagent de ces importants documents et des discussions qui ont suivi leur exposé au Congrès.

*
* *

I. **Les radiations solaires et la climatologie marine. Leurs mesures et leurs effets biologiques.** — Le rayon solaire n'est pas « un ». Il est composé d'un grand nombre de radiations. Toutes ces radiations sont des forces (comme les radiations électriques, les ondes sonores), se transmettant de proche en proche, jusqu'à ce qu'un objet matériel les arrête, les réfléchisse, les absorbe, ou les transforme. Ces radiations sont donc identiques par leur nature, mais elles se différencient par la longueur et le nombre de leurs ondes ou vibrations. Plus l'onde est courte, plus le nombre des ondes est grand en un temps donné et, par conséquent, plus la vitesse de ces ondes ou vibrations est grande.

De ces différences de longueur d'ondes ou de vitesse de vibrations, résultent des différences correspondantes dans la force de pénétration, dans la réfraction, et dans les effets produits par la radiation. Par exemple, les radiations, dont les longueurs d'ondes vont de 0 µ 40 à 0 µ 80 (soit du simple au double), donnent à notre œil l'impression de lumière, alors que les radiations d'une longueur d'onde inférieure ou supérieure ne la donnent pas. Cette propriété spéciale n'est, d'ailleurs, perçue que par l'œil, et les autres effets des radiations dites « lumineuses » ne se différencient pas des effets des radiations obscures sur tous les autres corps.

Le rayon solaire renferme toutes les radiations lumineuses de 0 µ 40 (violet) à 0 µ 80 (rouge), mais il renferme aussi beaucoup d'autres radiations que notre œil ne perçoit pas. Ces radiations s'étendent de la longueur d'onde 0 µ 30 (ultraviolet), à la longueur d'onde 20 µ (infrarouge). Encore ces deux limites sont-elles imputables à l'action de l'atmosphère terrestre, qui arrête un grand nombre de radiations solaires, surtout aux deux extrémités du spectre. On admet donc que le spectre solaire, dans son entier (c'est-à-dire l'ensemble des radiations qui le composent, considérées comme si elles étaient placées les unes à côté des autres, ainsi qu'elles le sont après leur réfraction par le prisme), comprend : dans 86 p. 100 de son étendue, des radiations infrarouges; dans 13 p. 100 de son étendue, des radiations lumineuses; et dans 1 p. 100 seulement, des radiations ultraviolettes. Les radiations infrarouges et une partie des radiations lumineuses (soit de 20 µ à 0 µ 50) produisent la chaleur. Les radiations lumineuses et obscures, qui s'étendent de 0 µ 50 à 0 µ 30, produisent les effets chimiques, la dégradation et la transformation de ces énergies se faisant d'ailleurs insensiblement, et sans qu'il y ait de limite précise entre elles.

Malgré le développement des radiations calorifiques, qui sont de beaucoup les plus nombreuses dans le spectre solaire, ce sont, cependant, les radiations chimiques qui exercent l'action principale sur les phénomènes de la vie. Ce sont elles qui provoquent la synthèse et la décomposition des corps fabriqués par la matière vivante, — ce sont elles qui stérilisent ou exaltent les cultures microbiennes, — ce sont elles qui provoquent la respiration chlorophyllienne, — qui sont la cause des lésions dites « coup de soleil », — ce sont elles enfin qui, pour une grande part, exercent l'action thérapeutique que l'on reconnaît à la lumière solaire.

Il y a donc un intérêt particulier à savoir comment ces radiations chimiques sont distribuées dans les différents climats : notamment, on a supposé qu'elles étaient plus abondantes dans les climats d'altitude, parce que la couche d'air y est moins épaisse.

Nous avons dit, en effet, plus haut, que l'atmosphère arrêtait les radiations extrêmes du spectre solaire (infrarouge et ultraviolet). Cette déperdition est surtout apparente du côté de l'infrarouge (rayons calorifiques), mais elle existe aussi du côté de l'ultraviolet (rayons chimiques). Il est, d'ailleurs, heureux qu'elle existe dans l'un et l'autre sens, car, s'il en était autrement, nous serions rapidement brûlés par la cha-

leur solaire totale, qui nous arriverait durant le jour, et glacés pendant la nuit par le rayonnement terrestre complet, auquel rien ne s'opposerait. La température à la surface de la terre oscillerait donc, en vingt-quatre heures, de l'eau bouillante à l'air liquide. Quant aux radiations ultraviolettes totales, leur action stérilisante aurait vite fait de supprimer la vie humaine de la surface de la terre. L'atmosphère n'est donc pas un obstacle à la cure solaire, pas plus qu'elle n'est un obstacle à la vie, elle en est la condition indispensable, et c'est un contresens que d'essayer d'en supprimer ou d'en réduire les effets.

D'autre part, les expériences des physiciens montrent que l'absorption des rayons solaires par l'atmosphère ne prend des proportions exceptionnelles que par le fait de vapeurs d'eaux condensées, fumées, brouillards, poussières, bref, tout ce qui s'accumule dans les bas-fonds et que l'on a justement nommé « vase atmosphérique ». Ces mêmes expériences montrent encore que, dans une atmosphère pure, une différence d'altitude de 1 000 à 2 000 mètres, ne se traduit que par des différences d'absorption globale de 5 à 10 p. 100, pratiquement nulles, par conséquent. Aucune expérience n'a, jusqu'ici, démontré que les rayons chimiques étaient absorbés ou détruits d'une manière spéciale et dans de plus larges proportions que les autres, par l'épaisseur de l'atmosphère : les expériences de M. et Mme Vallot, au mont Blanc, ont même démontré le contraire (1).

On admet donc que les radiations solaires ont toute l'énergie possible et souhaitable dans une atmosphère pure, quelle que soit l'altitude, et que l'héliothérapeute doit simplement éviter les fonds de vallée, les climats brumeux, les ciels ouverts, les grandes villes avec leurs fumées et leurs poussières.

Pratiquement, cette pureté atmosphérique est, le plus souvent, réalisée sur les bords de la mer et sur les sommets des montagnes. Mais la comparaison du nombre des heures et des jours d'insolation, dans ces deux régions, est à l'avantage du climat maritime : en effet, les sommets ou les flancs des montagnes, où les stations d'altitude se sont installées ont, nécessairement, un horizon restreint par le profil des montagnes environnantes. C'est ainsi, par exemple, qu'au mois de décembre le nombre des heures d'insolation est de 155 sur le littoral et de 87 seulement à Davos. Pour le total de l'année, le nombre des heures est de 2625 sur le littoral et de 1786 à Davos. Cette restriction de l'horizon n'agit pas seulement sur le nombre d'heures d'insolation. Pendant ces heures, elle s'oppose aussi à l'action réfléchissante de toute une partie de la voûte céleste. Or, cette action est loin d'être négligeable, puisqu'elle peut représenter jusqu'à un tiers de la radiation totale, pendant une journée de ciel clair.

La comparaison des températures est plus désavantageuse encore pour la montagne. En effet, le rayon de soleil n'a pas de température propre, car la température est une propriété de la matière, et le rayon de soleil est une force. Cete force produit, nous l'avons dit, dans les corps qu'elle rencontre, de la chaleur, de l'énergie chimique, et, dans notre œil, la sensation de lumière. Cette chaleur, que le rayon de soleil apporte, croît avec la durée de son action sur le corps à insoler, et diminue avec le refroidissement de ce corps dans l'air ambiant. Plus cet air ambiant est froid, et moins l'échauffement du corps insolé sera sensible. Or, l'expérience montre que l'apport en calories fourni par le rayon solaire ne varie pas de plus d'un à deux dixièmes, entre le niveau de la Méditerranée et celui du mont Blanc, tandis que la température moyenne de l'air ambiant, pendant l'hiver, varie de — 13 degrés à + 16 degrés, entre Davos et le littoral, pris comme points de comparaison. Avec un rayon de soleil à peu près égal, et une température ambiante très différente, l'effet calorifique obtenu ne sera évidemment pas le même.

Enfin, les expériences déjà citées de M. et Mme Vallot ont montré que, pour une élévation de température minime du corps insolé (2 degrés), l'action chimique du rayon solaire double, toutes autres conditions restant égales. L'action thérapeutique est donc puissamment modifiée par l'échauffement, qui agit non seulement par lui-même, mais en multipliant l'effet chimique concomitant. Il n'est alors pas douteux que, si le séjour de la montagne présente des avantages certains sur celui de la plaine ou du fonds de la vallée, relativement à la pureté de l'air et à la puissance d'action solaire, il reste très inférieur au séjour à la mer, dans un climat comme celui de la Riviera (qui possède, d'ailleurs, dans un rayon de 30 kilomètres, toutes les altitudes de 0 à 3000 mètres). Les sportsmen, les sujets vigoureux, à réactions biologiques actives, pourront donc préférer la montagne ; mais les malades et les valétudinaires devront évidemment préférer la mer et le rivage ensoleillé de faible altitude, au point de vue héliothérapique.

(*A suivre.*) MAURICE FAURE.

(1) Voyez J. Vallot et M. Faure. Les règles physiques de l'héliothérapie, *Presse méd.*, n° 28, 8 avril 1914.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 27 AVRIL 1914)

Accidents nerveux produits à distance par les projectiles de guerre. — M. O. Laurent. A côté des lésions nerveuses localisées et nettement marquées, il existe toute une série de cas que l'auteur range sous la désignation de *commotion cérébro-spinale* ou mieux d'*accidents nerveux produits à distance par les projectiles de guerre*.

En l'absence de blessure directe ou de contusion d'un degré qui serait adéquat à la lésion, on peut observer toute la gamme de la neuropathologie, depuis le simple étourdissement jusqu'à la paralysie définitive et la mort. Cependant, il est souvent impossible de déterminer la part de chacun des facteurs morbides du combat : trépidation de la balle traversante à grande vitesse, projection ou soulèvement du corps dans l'explosion, vacarme, détonation, souffle de l'obus, ébranlement de l'air par les gaz de l'explosion, contusion par les mottes de terre, prédisposition acquise ou héréditaire, terreur, excitation, fatigue et privation.

Donc, dans le combat, on n'a pas seulement à distinguer le choc psychique et le choc physique, mais on peut déterminer dans celui-ci deux modalités : le choc externe dans l'explosion d'obus et le choc interne dans la balle traversante à grandes vibrations.

Influence du climat et des saisons sur les besoins alimentaires. — M. E. Maurel.

Recherches sur la télégonie. — M. Et. Rabaud.

Remarques sur la structure spectrale des corps de la famille des hémoglobines. — M. Fred. Vlès.

La région auditive interne de l'organe de Corti. — M. Vasticar.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 5 MAI 1914)

Nævi et nævo-carcinoses. — M. Borrel lit un travail dans lequel il étudie l'anatomie pathologique et l'histologie des nævi et des nævo-carcinoses. Il pense que la transformation des nævi en cancer est due à un virus spécial qui se développerait dans les cellules pigmentaires considérées comme

cellules réceptrices spécifiques. Malgré la fréquence des nævi, le nævo-carcinome reste une rareté.

Guérison de la fracture de la clavicule en dix jours. — M. Couteaud a modifié le traitement des fractures de la clavicule tel qu'il l'a exposé dans la *Gazette des hôpitaux* (1906, n° 100, p. 1191).

Actuellement, il met le membre dans la position étendue, le corps légèrement incliné du côté lésé, seulement pendant une heure ou deux. L'extension continue ainsi obtenue suffit pour assurer la coaptation des fragments. Ensuite, le membre est placé de telle sorte que l'avant-bras soit en flexion presque à angle droit sur le bras, le coude et l'avant-bras étant appuyés sur un tabouret placé un peu plus bas que le plan sur lequel est couché le blessé. Après sept à huit jours de cette position, la consolidation est obtenue et on peut commencer à faire de la mobilisation. M. Couteaud a pu guérir ainsi des fractures de la clavicule datant de près de six et huit jours. Mais le résultat est plus facilement obtenu quand le traitement est institué immédiatement après l'accident.

Elections. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie externe en remplacement de Lucas-Championnière. La liste de présentation portait : en première ligne, M. Routier ; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Hartmann, de Lapersonne, Picqué, Tuffier et Walther.

Au premier tour, sur 65 votants, la majorité étant de 33, M. Routier obtient 44 suffrages ; M. Walther, 7 ; M. Hartmann, 4 ; M. Tuffier, 3 ; M. de Lapersonne, 2 ; M. Picqué, 1 ; M. Delbet, 2 ; et 2 bulletins blancs.

M. Routier, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé élu.

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES SCIENTIFIQUES SUR LA TUBERCULOSE

(SÉANCE DU 12 MARS 1914)

Recherches sur la bacillémie (troisième note). Lésions cutanées observées chez des cobayes ayant reçu par une injection intraveineuse, une quantité abondante de bacilles de Koch (présentation des pièces) — MM. Léon Bernard, Robert Debré et Baron. Un lot de cobayes a été inoculé dans la veine jugulaire. Chaque animal a reçu un demi centigramme de bacilles humains cultivés sur pomme de terre. Chez les cinq animaux qui ont été sacrifiés entre le quinzième et le trentième jour, les auteurs ont observé de multiples lésions cutanées. Ces lésions cutanées sont de deux ordres, les unes ont l'aspect typique de « chancres tuberculeux » d'inoculation et contiennent des bacilles tuberculeux. Les autres lésions cutanées (ulcérations minimes recouvertes d'une petite croûtelle) n'ont aucun caractère spécifique.

Signes d'une méningite tuberculeuse secondaire à une tuberculose pulmonaire. — MM. F. Bezançon et René Moreau rapportent l'observation d'une malade qui présentait en apparence tous les signes d'une méningite tuberculeuse secondaire à une tuberculose pulmonaire. La ponction lombaire ramena un liquide franchement hémorragique contenant 98 p. 100 de leucocytes polynucléaires. La malade présentait en outre les signes d'une insuffisance urétrale.

L'autopsie montra qu'il s'agissait en réalité d'une hémorragie cérébro-méningée du lobe occipital non tuberculeuse ayant atteint le ventricule latéral. L'insuffisance urétrale était due à une endocardite végétante qui était localisée non seulement à la valvule, mais à la paroi de l'oreillette gauche. Il n'y avait pas de septicémie tuberculeuse, mais un fragment de valvule inoculé tuberculisa le cobaye.

Recherches sur la résistance globulaire des tuberculeux. — M. E. May. La fragilité globulaire aux solutions hypotoniques ne se rencontre qu'exceptionnellement chez les tuberculeux. Ce qu'on trouve en règle générale chez ces malades, c'est une augmentation de la résistance aux solutions salines, marchant de pair avec une diminution de la résistance vis-à-vis de la saponine. Cette double altération sanguine dépend de modifications dans le taux des lipoïdes globulaires, et notamment de l'abaissement dans les hématies des deux rapports : cholestérine (acide gras) et cholestérine (lécithine).

Etude sur la structure des voiles du bacille tuberculeux (*note préliminaire*). — MM. Fernand Bezançon et André Philibert. La structure du voile du bacille de Koch est encore peu connue. On ne possède que quelques indications très concises de Koch et de Straus. Les auteurs ont étudié cette structure, en appliquant aux voiles, ce qui n'avait pas été fait, la technique usitée en histologie, c'est-à-dire l'inclusion dans le paraffine, puis les coupes minces (1/300 de millimètre) au microtome. Grâce à cette méthode qui laisse intacts les rapports des éléments entre eux, et à l'application de la méthode colorante de Foutès (fuchsine, violet de gentiane (Gram), bleu de méthylène), qui colore électivement les différents éléments, les auteurs ont pu reconnaître que le voile est constitué par trois éléments différents, quant à la morphologie et à l'affinité colorante : une substance cyanophile, qui prend le bleu, une substance fuchsinophile, les corps bacillaires, et une substance gentianophile, qui représente les corpuscules chromophiles du bacille.

La substance cyanophile forme le squelette du voile ; elle se dispose en colonnes, en travées qui se rejoignent en dessinant des aréoles clairs. Elle semble constituée, soit par une membrane finement striée longitudinalement, dans le sens de l'axe des colonnes, soit par de minces filaments juxtaposés côte à côte. De fait, on voit des filaments aberrants, isolés, plus ou moins longs, quelquefois divergents. Les bacilles, disposés dans les travées de substance cyanophile, ou le long d'un filament aberrant, sont parallèles à l'axe des colonnes et à la striation. Les corpuscules chromophiles sont constants et nombreux ; disposés à l'intérieur des bacilles, ou libres dans la substance cyanophile et le long des filaments.

Dans un voile adulte de seize à vingt-cinq jours, on distingue quatre zones ; une bande plate de substance cyanophile à striation parallèle à la surface du milieu, une zone de colonnes remplies de bacilles fuchsinophiles, une zone de colonnes cyanophiles, avec de rares bacilles, puis une bande cyanophile, surmontant le tout, analogue à celle de la base. Dans les parties minces de ce voile et sur les bords de celui-ci, c'est surtout la substance cyanophile qui prédomine, les bacilles y sont plus rares. D'où l'hypothèse émise par les auteurs que la colonne s'accroît en son centre à la surface du milieu, et repousse excentriquement et vers le haut les parties plus âgées.

Dans les très vieux voiles, de cent à deux cents jours, la substance cyanophile prend un aspect ponctué et segmenté ; les bacilles font presque complètement défaut ; en revanche, les corpuscules chromophiles, innombrables, criblent les travées bleues.

La forme bacillaire fuchsinophile est donc relativement éphémère, tandis que les corpuscules représentent un élément durable. Quant à la substance cyanophile, les auteurs émettent plusieurs hypothèses sur son interprétation : substance interbacillaire, bacilles morts, filaments jeunes de formation ; peut-être même représente-t-elle plusieurs choses. En tout cas, ils ont retrouvé une disposition analogue du voile, non seulement chez les diverses variétés de bacille tuberculeux (humain, bovin, aviaire), mais encore chez les tuberculoïdes (B. de la Fléole) et fait plus curieux chez l'acti-

nomyces Bovis, et surtout chez l'actinomyces Essinger. Toutes ces espèces semblent donc très voisines ; elles sont peut-être à comparer, sinon à rapprocher des myxobactéries.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 2 MAI 1914)

Concrétions intestinales en imposant pour des calculs biliaires chez un malade atteint de coliques hépatiques. — MM. Roger GLÉNARD et A. GRIGAUT présentent un spécimen peu connu d'entérolithes, ayant été rejetées, quelques semaines avant sa cure, par un malade adressé à Vichy, pour des crises très nettes de coliques hépatiques.

L'échantillon qu'ils montrent faisait partie d'une série d'une dizaine d'éléments semblables, allant de la grosseur d'un noyau de cerise à celle d'une petite noix.

La forme de ces concrétions est irrégulière, avec des angles arrondis et comme encaissés, la couleur de leur mince coque extérieure brun foncé, leur odeur fortement stercorale.

A la coupe, elles apparaissent presque entièrement constituées par une agglomération homogène de granulations fines plus ou moins blanches, et de consistance friable.

A première vue, la coexistence de coliques hépatiques, la légèreté de ces calculs, le fait qu'ils brûlent facilement avec une flamme éclairante, ont pu leur faire attribuer une origine biliaire.

Mais à un examen plus approfondi, la présence dans ces concrétions d'éléments végétaux, d'œufs de parasite, de coprosternie, et surtout l'existence d'une abondante quantité d'urobiline prouvent surabondamment qu'elles se sont formées dans le milieu intestinal.

Contribution à l'étude de l'influence de la natation sur le pouls et la température axillaire. — D'après les observations relevées, dans une course de vitesse de 100 mètres, dans un exercice de natation de quarante minutes fait dans les conditions habituelles de ce sport et dans une course de plus de 4 kilomètres, toujours dans une eau à 22 degrés, M. MAUREL a constaté que la natation élève la fréquence du pouls et qu'au contraire elle abaisse la température axillaire. Cet abaissement de la température indique la dépense considérable de calories faites pendant le sport.

Recherches graphiques sur le bruit de galop. — M. C. PEZZI. Les facteurs suivants interviennent surtout dans la production du bruit de galop : le raccourcissement de la diastole (tachycardie), l'activité exagérée de l'oreillette et souvent l'allongement de l'intervalle A_s—V_s. Le bruit de galop présente sa plus grande netteté quand le remplissage protodiastolique du ventricule est renforcé par une ondée sanguine puissante, lancée en même temps par l'oreillette. Exceptionnellement le bruit de galop paraît tenir au remplissage protodiastolique exclusif.

— Autres communications :

Distinction du soufre colloïdal et du soufre coagulé. — M. MAILLARD.

Interprétation de la réaction d'Abderhalden. Les produits dialysables dérivent de l'action de l'antithrombine sur les globulines sériques. — M. DE WÆLE.

Quelques observations sur la droiterie. — M. REGNAULT.

Compression oculaire après l'administration de morphine, de chloroforme, d'atropine, de pilocarpine et d'adrénaline. — M. DELAVA.

Pouvoir hémolytique propre sur sérum chez les cobayes tuberculeux. — MM. BESREDKA et JUPILLE.

Cultures des microbes dans les solutions de caséine. — M. SELIBER.

Localisation du brome après son administration thérapeutique. — MM. CARNOT et COIRRE.

Action de l'adrénaline sur les microorganismes. — MM. MARIE et PONSELLE.

Coagulation du lait en présence du chloroforme. — M. POZERSKI.

Greffe hydatique et néosalvarsan. — MM. DEVÉ et PAYENNEVILLE.

Précipité alcoolique des urines. — MM. LOEPER et TONNET.

Constitution spectrale des matières colorantes de la famille des hémoglobines. — M. VEES.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 25 AVRIL 1914)

Sur le projet de modification de la loi Roussel. — M. MARGAIN précise le sens et la portée des modifications proposées à la loi Roussel et indique dans quelle mesure il serait possible d'unir les avantages de l'ancien article VIII à ceux du nouveau projet.

M. DEPASSE insiste sur les difficultés que l'on rencontre dans l'application des articles de la loi Roussel, aussi bien à Paris qu'à la campagne.

Grossesses après castrations annexielles unilatérales. — M. DARTIGUES montre l'orientation nouvelle de la chirurgie dans le sens de la conservation anatomique et physiologique. Plus que les raisons pathologiques qui intéressent surtout le thérapeute qui désire soulager et guérir, il y a une raison physiologique plus élevée qui doit guider la science chirurgicale, « c'est la conservation de la vie dans des organes qui en sont précisément le creuset et qui la créent ». L'auteur apporte des exemples très intéressants de grossesses survenues chez des femmes pour lesquelles on avait pratiqué des annexectomies unilatérales pour ovaro-salpingite, fibromes, kystes de l'ovaire, grossesses ectopiques et où même l'ovaire restant avait été en partie réséqué.

M. LAPOINTE. On ne saurait trop appuyer ces arguments en faveur des opérations conservatrices dans le traitement des maladies de l'utérus et de ses annexes. On a pratiqué trop facilement jadis, surtout à l'époque de l'hystérectomie vaginale, des castrations bilatérales ; un des grands avantages de la laparotomie, c'est de pouvoir conserver assez souvent, avec l'utérus, des annexes encore capables de fonctionner.

M. OZENNE. Un grand nombre de chirurgiens actuels n'ont pas abandonné cette chirurgie conservatrice ; ce sont ceux qui ont été élevés à l'école des Verneuil, Berger, Gosselin, Trélat, etc., de ces maîtres qui ont appris à ne recourir aux opérations radicales que lorsque les indications en étaient formelles et que la chirurgie conservatrice était impuissante à remédier au mal.

Réaction de Wassermann et de Jacobsthal dans le diagnostic et le traitement de la syphilis. — MM. LEREDDE et RUBINSTEIN. Tous les procédés de sérodiagnostic de la syphilis qui permettent de mettre celle-ci en évidence, plus souvent que la méthode originelle de Wassermann, méritent une étude approfondie, à la condition expresse que les résultats aient une valeur spécifique indiscutable.

La méthode de Jacobsthal, qui consiste simplement à laisser à la glacière et non à l'étuve le mélange sérum-antigène-alexine, donne des réactions positives dans un nombre de cas supérieur de 6 p. 100 à la méthode de Wassermann. Les deux méthodes doivent du reste être employées simultanément, car il existe des cas rares ou la méthode de Wassermann donne seule des résultats positifs.

Dès la période primaire, le nombre des réactions positives par la méthode de Jacobsthal est supérieur au nombre des réactions positives par la méthode de Wassermann. Mais ce pourcentage augmente avec la durée de la maladie; il dépend aussi des traitements qui ont été faits; il semble que les substances d'origine syphilitique réparties dans le sérum varient non seulement au point de vue quantitatif, mais aussi au point de vue qualitatif.

La gymnastique gastro-intestinale. — M. Roger Glénard, développant des recherches qu'il a poursuivies avec M. Paul Carnot sur la gymnastique viscérale, montre l'intérêt que présente l'étude d'un certain nombre d'exercices physiques au point de vue de leur retentissement sur les viscères abdominaux.

La gymnastique gastro-intestinale comporte une série de mouvements destinés à fortifier les muscles de la paroi abdominale et une série d'attitudes dont le but est de chercher à redresser les ptoses viscérales et à corriger les déformations pathologiques. La radiographie, à ce sujet, donne des renseignements remarquables en ce qui concerne les organes internes dans le décubitus renversé, tête en bas, le décubitus latéral droit, latéral gauche et ventral.

On peut aussi suivre exactement, à l'aide d'un spiromètre et d'un manomètre à eau, les variations que subit la tension intragastrique et intra-intestinale, après insufflation d'oxygène. Ces différents procédés permettent d'établir un certain nombre de règles pour la gymnastique viscérale dont l'application pourra être parfois très profitable.

M. Lacaille a déjà eu l'occasion d'étudier la question au point de vue pathologique et de mettre en évidence au moyen de la radiographie, des adhérences vraies ou erronées.

M. Mouchet insiste sur l'importance pratique considérable de la communication de M. Glénard, communication appuyée sur des radiographies démonstratives et qui permet de faire entrevoir une véritable mine de renseignements cliniques et de ressources thérapeutiques très précieuses.

Infection puerpérale à début tardif. — M. Keim relate le cas d'une primipare chez laquelle, après des couches normales, survint le dixième jour, coïncidant avec le lever, une hyperthermie accompagnée de douleurs utérines et de lochies fétides. En curettant l'utérus, on constata une véritable plicature d'un demi supérieur de l'organe sur le tiers moyen, formant cavité close et contenant des fermentations toxiques; peut-être la cause de cette plicature est-elle une inertie partielle du fond de l'utérus? En tout cas, la température tomba après le curettage et la malade guérit sans complications.

ANALYSES

MÉDECINE

Traitement de la dysenterie amibienne par l'émétine. (Dopter. *Paris médical*, 14 mars 1914.) — Depuis de longues années l'ipéca a été employé dans le traitement de la dysenterie; mais en raison de ses effets nauséeux et vomitifs l'ipéca fut abandonné au profit du calomel, des Simaroubées (Simarouba et Kho-Sam). En 1911, Vedder, en additionnant des cultures d'amibes en bouillon d'une faible dose d'émétine, constata son action bactéricide énergique. En 1912, Rogers (de Calcutta) entreprit, sur des sujets atteints de dysenterie amibienne et d'hépatite suppurée, une thérapeutique par des injections sous-cutanées de chlorhydrate d'émétine qui lui donna les meilleurs résultats. En France, ce fut M. Chauffard qui se servit le premier du chlorhydrate d'émétine dans l'abcès du foie. Depuis un an, Dopter a traité systématiquement par la méthode de Rogers 57 malades atteints d'amibiase intestinale et hépatique; dès la première injection on voit déjà les phénomènes s'amender; les douleurs abdominales disparaissent en quelques heures ainsi que le ténesme, les épreintes; les selles changent de caractère, le mucus sanglant est moins abondant; les selles deviennent pâteuses. Dans les matières, les amibes diminuent de nombre, deviennent sphériques, immobiles; très rapidement, au cours du traitement, l'état général s'améliore, l'anémie disparaît.

Les effets de l'émétine sont assurément dus à son pouvoir microbicide énergique dont on peut juger d'ailleurs la puissance en mélangeant, *in vitro*, une dilution d'émétine et d'amibes; on voit en très peu de temps les amibes s'immobiliser, l'ectoplasme se réduire et se transformer en plusieurs corps granuleux, ayant perdu toute activité; il s'agit là d'un pouvoir spécifique analogue à celui de la quinine pour l'hématozoaire.

Il faut signaler cependant quelques insuccès de thérapeutique assez difficiles à interpréter ainsi que la fréquence des rechutes expliquées (Marchoux) par la persistance de formes kystiques de l'amibe qui s'est entourée d'une membrane kystique qui résiste sans doute à l'action des médicaments.

Pour éviter ces insuccès thérapeutiques et ces rechutes, il faut tout d'abord employer l'émétine à doses suffisantes; on doit injecter 4 centigrammes de chlorhydrate d'émétine quotidiennement jusqu'à la terminaison de la crise dysentérique et même quatre à cinq jours après l'apparition de la première selle moulée. On peut, dans certains cas très graves, injecter jusqu'à 10 centigrammes par jour. Contre les rechutes, M. Chauffard propose la méthode des traitements successifs: quinze jours après la guérison de la crise il sera prudent de pratiquer une seconde cure d'émétine, trois semaines plus tard une troisième cure et même une quatrième.

Dans les cas très anciens il sera utile de pratiquer chaque mois, pendant cinq à six jours, une série de nouvelles injections. J. MILHIT.

Diagnostic radiographique de l'appendicite chronique. (H. Lebon. *La Clinique*, 20 fév. 1914.) — On sait combien il est souvent difficile de porter le diagnostic d'appendicite chronique; il était naturel que l'on demandât à la radiographie de fournir un renseignement supplémentaire, si toutefois il était possible d'obtenir des indications utiles par la radiographie de l'appendice; en réalité il est très rare qu'après un repas bismuthé il s'introduise dans l'appendice une quantité suffisante de bismuth pour permettre une vision distincte de cet organe. Le fait s'observe quelquefois, mais c'est plutôt une rareté; aussi faut-il se contenter de demander à la radiographie des indications moins précises, mais qui n'en sont pas moins intéressantes. On commence par marquer tout d'abord sur la peau la localisation très exacte des points douloureux, on pratique ensuite l'examen radioscopique cinq à six heures après un repas bismuthé; cet examen montre si la région douloureuse est voisine du cæcum et si elle s'étend jusqu'à lui; dans la grande majorité des cas, en montrant que la région douloureuse correspond au siège de l'appendice, anormalement situé ou non, l'examen radiologique permet d'étayer un diagnostic certain; il évite ainsi de soigner pour une affection de l'estomac, du foie, du rein droit, des malades souffrant d'une appendicite chronique revêtant le masque d'une autre affection. J. MILHIT.

Nouvelle théorie sur la cause de la paralysie infantile. (Rolando Meissenbach (de Buffalo, Etats-Unis), in *Revue médicale de Normandie*, 25 mars 1914, p. 92.) — Les docteurs Meisenbach (de Buffalo), E.-W. Sanders (de Saint-Louis) et W. E. Wisdom (de Queen Arxansas) ont élaboré une théorie toute nouvelle sur la cause de la paralysie infantile.

Pour ces auteurs, la paralysie aiguë des enfants serait causée par l'inglutition des larves d'une certaine mouche. Le docteur Meisenbach a remarqué qu'en même temps que se

développe une épidémie de paralysie infantile se développe une épidémie sur les animaux, qui présente tous les caractères de la méningite. Sa cause est inconnue.

Cette maladie est nommée en anglais « Limber Neck », ce qui signifie « cou mou ».

Il y a quelques semaines apparut de Queen Arxansas aux limites du Texas une épidémie de paralysie infantile et concurremment une épidémie de « Limber Neck », sur les poules de cette région.

On prit les larves recueillies sur ces poules, on les écrasa dans de la glycérine, et on nourrit ainsi différentes bêtes, singes, cobayes, poules, et les résultats furent notés. Toutes les bêtes montrèrent, à divers degrés, des symptômes de paralysie aiguë.

Chez les singes on observa du catarrhe nasal, du larmoiement, de l'inappétence, de l'élévation de température et de la dyspnée. Les yeux se voilaient rapidement, un écoulement nasal se produisait, abondant, et les singes devenaient aphones. Ensuite apparaissait une paralysie locale. Quelques animaux succombèrent dans le coma.

Cette conception diffère de ce qui a été dit jusqu'à présent au sujet du rôle des mouches dans la paralysie infantile. On les considérait, en effet, comme de simples vecteurs de virus; on ne croyait pas qu'elles fussent la cause même du mal.

STEPHEN CHAUVET.

Traitement de la chorée par la liqueur de Boudin. (L. Bériel. *Lyon méd.*, 1914, n° 2, p. 65.) — L'auteur a appliqué dans son service le traitement de la chorée par la liqueur de Boudin, tel qu'il a été formulé par Comby, et dont on connaît les principales règles : faire absorber au malade, pendant un temps restreint, des quantités assez considérables de liqueur (solution d'acide arsénieux au millième). Ce traitement est ancien, mais a été successivement l'objet de louanges et de critiques; les travaux lyonnais en particulier le représentent comme dangereux et devant être complètement rejeté.

D'autres auteurs, au contraire, trouvent qu'il est actif très maniable, et qu'il ne cause pas d'accident.

Les inconvénients et les accidents que l'on a signalés tiennent, d'après l'auteur, à une exagération des doses employées ou à un oubli des contre-indications; c'est ainsi que le cas de mort relaté par Pilliot concerne une enfant qui a absorbé dans tout le cours du traitement 460 milligrammes d'acide arsénieux, en deux séries, alors que les séries préconisées suivant les règles de Comby ne comprennent pour cet âge que 75 milligrammes. La malade avait en outre été traitée malgré l'apparition d'une néphrite.

L'auteur rapporte les résultats observés sur dix neuf cas; il en conclut que le traitement est simple, efficace, et mérite d'être employé.

Les règles essentielles sont : malade au lit et au lait; donner tous les jours en plusieurs fois des doses croissantes puis décroissantes de liqueur pendant neuf jours suivant les chiffres journaliers suivants (en grammes, milligrammes d'acide arsénieux) : 5, 10, 15, 20, 25, 20, 15, 10, 5; au-dessous de sept ans : 3, 6, 9, 12, 15, 12, 9, 6, 3.

S'abstenir en cas d'albuminurie.

STEPHEN CHAUVET.

Le diagnostic fonctionnel des rhumatismes chroniques. (Finck [de Vittel]. *Paris médical*, 21 fév. 1914.) — Il existe un groupe de rhumatismes chroniques caractérisé par des troubles de l'excrétion urique; il comprend le rhumatisme urique pur et le rhumatisme uro-oxalique; il en existe un autre caractérisé par des troubles de l'excrétion calcique, auquel on peut donner le nom de rhumatisme calcique. Les données de la clinique et de la radiographie, les examens biologiques montrent qu'il s'agit tantôt de rétention de la chaux, tantôt de calciurie; cette dernière forme s'accompagne habituellement de symptômes d'hypothyroïdie; la première au contraire paraît spéciale aux hyperthyroïdiens, basedowiens frustes ou confirmés. Le diagnostic de ces différentes variétés de rhumatisme peut se faire par l'examen de la courbe suivant laquelle l'acide urique ou la chaux s'éliminent par l'urine.

J. MILHIT.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE L'ANGINE DE POITRINE

Si le traitement classique de l'angine de poitrine comporte des variantes que justifient des conceptions pathogéniques nouvelles, il n'en reste pas moins exact dans ses grandes lignes.

C'est ainsi que l'hygiène générale imposée au malade devra toujours avoir pour objet de combattre l'hypertension lorsqu'elle existe et de s'opposer aux diverses intoxications endogènes et exogènes. Le tabac sera interdit. Le malade évitera tout effort, toute fatigue, toute émotion, tout exercice violent. Un régime alimentaire approprié sera institué : suppression de la viande, des chlorures, réduction du repas du soir au strict minimum nécessaire.

Le traitement médicamenteux *en dehors de la crise* sera avant tout une médication hypotensive : la trinitrine, les iodures seront prescrits au malade. Simultanément et de la même façon on donnera de la théobromine ou mieux du diurène (3 à 6 cuillerées à café par jour); on continuera pendant des mois et des années en variant un peu les médicaments employés.

Dans certains cas, surtout lorsque l'angine est liée à la distension du myocarde, on pourra donner des toni-cardiaques. Fiessinger (1) et tout récemment Martinet (2) ont montré que la médication digitalique n'était nullement contre-indiquée dans l'angor pectoris. On pourra donc avoir recours à la digitale et au diurène, à condition de les administrer d'une façon intermittente (dix jours de traitement, avec dix ou vingt jours de repos).

Pour le traitement de la *crise isolée* on aura recours au nitrite d'amyle, à la trinitrine et à la morphine qui en sont les agents calmants par excellence.

Le nitrite d'amyle sera prescrit en inhalations à la dose de v à vi gouttes versées sur un mouchoir. En cas d'insuccès du nitrite d'amyle recourir à la trinitrine qu'on donnera soit par voie buccale soit en injections sous-cutanées.

En même temps qu'on fait usage des nitrites, il est presque toujours nécessaire de recourir à la morphine (un centigramme en injection sous-cutanée). Il faut toutefois se souvenir que, dans les crises peu violentes, il vaut mieux en éviter l'emploi et que, lorsqu'il y a menace de collapsus ou lors d'œdème pulmonaire suraigu, elle est dangereuse. C'est alors que les injections d'éther ou de caféine pourront trouver leurs indications.

Enfin ce traitement immédiat de la crise sera complété par les moyens externes : stypage de la région précordiale, pulvérisations d'éther, applications chaudes.

En cas d'accès à répétition, le malade sera maintenu au repos absolu et soumis au régime lacté. Les applications de pointes de feu sur la région précordiale seront fréquemment répétées et on prescrira soit une solution de trinitrine, soit une potion de nitrite de soude.

Si la tension artérielle est peu élevée on donnera en même temps de la digitale ou du diurène qui seront administrés pendant huit jours et repris après un repos de dix jours.

Il sera bon enfin pendant toute la période des crises rapprochées d'instituer parallèlement à la cure par les nitrites et par le diurène une médication sédative, l'héroïne par exemple.

J. L. CORRÉ.

(1) Fiessinger. *Journal des praticiens*, 11 oct. 1913.
(2) Martinet. *Presse médicale*, 11 avril 1914.

NOTES POUR L'INTERNAT

ŒDÈME DE LA GLOTTE (1)

V. Œdème nerveux. — *Urticaire, accidents anaphylactiques.* — Le système nerveux intervient par son action vasomotrice, trophique, dans la genèse de nombreux œdèmes du larynx, mais le nom d'œdèmes nerveux, d'œdèmes angioneurotiques est réservé à ceux dans lesquels le système nerveux semble avoir la part prépondérante; parmi ces œdèmes, on étudie plus spécialement l'urticaire laryngée, la maladie de Quincke. A vrai dire est-ce bien le système nerveux qui est ici en cause, il serait difficile de l'affirmer et, sans vouloir entrer dans la discussion des hypothèses successivement invoquées pour l'expliquer, rappelons qu'à l'heure actuelle on tend à faire entrer, dans la catégorie des ACCIDENTS ANAPHYLACTIQUES, la maladie de Quincke, l'urticaire laryngée, etc.

La *maladie de Quincke* se présente comme une affection héréditaire et familiale; lorsque l'œdème se localise au larynx, c'est un œdème à grande extension, sus-glottique et glottique; l'œdème apparaît sans prodromes, en quelques minutes, quelques heures; il dure quelques heures, deux ou trois jours au plus. L'accès de suffocation survient très rapidement et parfois en quelques instants l'asphyxie est mortelle. Au moment de l'accès, l'aphonie est complète; dès que l'asphyxie cesse, la voix revient presque normale; ce caractère est important, car il montre qu'il y a intégrité des cordes vocales.

L'*urticaire laryngée* s'observe à la suite d'ingestion de moules, de fraises, de ptomaïnes, parfois à la suite d'intoxication par les œufs, le lait (*anaphylaxie alimentaire*), à la suite d'injection de sérum antitoxique (*maladie du sérum*), etc. Les troubles respiratoires suivent le plus souvent l'éruption cutanée; ils la précèdent quelquefois. L'accès est plus effrayant que grave en général; la dyspnée s'installe très rapidement; en quelques heures, la face, les lèvres se cyanosent; la voix est rauque, voilée; on observe des accès de toux violente, puis assez brusquement les accidents disparaissent. Telles sont les multiples formes que l'œdème de la glotte peut revêtir en clinique; il est aisé de comprendre, grâce à cette énumération, la difficulté d'en poser parfois le diagnostic et d'en reconnaître la nature exacte.

DIAGNOSTIC. — *a.* **Diagnostic laryngoscopique.** — Lorsque l'on constate, au miroir, la présence d'un œdème vrai, gris rosé, translucide, tremblotant, l'erreur est à peu près impossible; tout au plus doit-on discuter l'hypothèse du *myxome du larynx*, localisé aux cordes vocales, ou de l'*infiltration œdémateuse tuberculeuse* dont l'évolution est chronique et qui s'accompagne d'autres lésions tuberculeuses; lorsque l'on constate, au contraire, la présence d'œdèmes rouges, inflammatoires, différents diagnostics devront être discutés avec soin; il peut s'agir d'*infiltrations tuberculeuses* s'accompagnant d'ulcérations, de sécrétions qui ne se voient que chez des phtisiques; il peut s'agir d'*infiltration gommeuse syphilitique* non ulcérée, mais le début de la lésion laryngée est déjà très ancien; le mercure, non l'iodure, sera donné en cas de doute. L'*érysipèle vrai du larynx* n'est qu'un œdème inflammatoire de nature spéciale, individualisé le plus souvent par l'antériorité des lésions cutanées.

C'est encore l'examen laryngoscopique qui permettra de savoir, en présence de l'œdème laryngé survenant au cours de maladies aiguës, s'il s'agit d'un œdème inflammatoire simple, ou s'il complique une localisation laryngée de la maladie.

b. **Diagnostic différentiel** — Avant de signaler les difficultés de ce diagnostic, il convient de discuter à part la LARYNGITE STRIDULEUSE. Pour certains auteurs, elle doit être distraite du syndrome « œdème de la glotte »; pour d'autres, au contraire, elle en fait partie intégrante, puisqu'elle est une inflammation sous-glottique visible sous la forme d'un bourrelet saillant au-dessous des cordes vocales; mais en réalité l'œdème est ici réduit à un minimum et il s'y surajoute un élément nerveux prépondérant qui donne à l'affection une allure tout à fait spéciale qui permet de la distraire des œdèmes laryngés que nous avons décrits sous le nom d'œdème de la glotte.

Le diagnostic différentiel est à faire surtout chez le petit enfant, avec les *spasmes de la glotte*, avec les états tétanoïdes d'Escherich, avec l'abcès rétro ou latéro-pharyngien (cri de canard), avec le croup (angine ou coryza diphtériques antérieurs, toux rauque, voix éteinte), avec l'hypertrophie du thymus (radiographie). Il faudra penser également chez l'enfant et chez l'adulte aux autres causes de dyspnées laryngées, telles que corps étrangers, papillomes laryngés, paralysies récurrentielles dont les causes si nombreuses, etc. On pensera également aux accidents laryngés qui accompagnent parfois l'adénopathie trachéo-bronchique, l'anévrisme de la crosse de l'aorte, le goître plongeant; l'examen radiographique sera souvent indispensable pour permettre ces diagnostics.

En raison des accidents suraigus asphyxiques, mortels, que l'on voit survenir parfois au cours de certains œdèmes laryngés (œdèmes infectieux aigus, œdème iodique, œdème des néphrites aiguës), on sera amené à discuter l'hypothèse de spasme glottique réflexe, d'ictus laryngé du tabes, de la paralysie générale, etc.

c. **Diagnostic étiologique.** — Une fois le diagnostic positif de l'œdème de la glotte affirmé, il faut encore en préciser la nature exacte. Ce que nous avons dit des formes cliniques des œdèmes laryngés nous dispense d'insister longuement sur ce diagnostic; parfois la cause est évidente : œdèmes infectieux secondaires, œdèmes traumatiques, mécaniques, ou même œdème infectieux primitif; parfois le diagnostic n'est pas aussi facile : le clinicien devra toujours penser dans ces cas à l œdème brightique, à l œdème iodique, à la syphilis, à la tuberculose, au cancer. En dernière analyse enfin, suivant les cas, il se ralliera au diagnostic d'une localisation laryngée de la maladie de Quincke, à l'urticaire laryngée, de diagnostic facile en général en raison des manifestations cutanées concomitantes; il pensera enfin à des accidents d'ordre anaphylactique (accidents sériques, anaphylaxie alimentaire, etc.).

TRAITEMENT. — Parmi les *moyens palliatifs* destinés à prévenir l'accroissement de l'œdème, on préconise le repos absolu, l'ingestion de glace, l'application au-devant du larynx de sangsues, de pansements humides chauds; les scarifications sont rejetées par la majorité des auteurs. Le meilleur traitement consiste en des *pulvérisations d'adrénaline* (Périnet, Moure); on pulvérise, sous le miroir, quelques gouttes de cocaïne à 1/10, additionnée d'adrénaline à 1/5000 ou 1/10000.

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — Moure préconise l'ablation à la pince coupante d'un fragment de la muqueuse œdématiée.

TUBAGE ET TRACHÉOTOMIE. — Sargnon a étudié très en détail les arguments en faveur du tubage ou de la trachéotomie. Le tubage demande une surveillance compétente : il est difficile chez l'adulte; il faudra avoir toujours préparé tout ce qu'il faut, en vue d'une trachéotomie dont l'urgence peut s'imposer d'une minute à l'autre. On la fera intercrico-thyroïdienne pour les cas aigus; en dehors de ces cas, on la fera porter sur les premiers anneaux de la trachée.

TRAITEMENT SUIVANT LA CAUSE. — En cas d'œdème brightique, on devra recourir à la saignée, au régime lacté et déchloruré; s'il existe un foyer purulent péri-laryngé, on l'évacuera; on supprimera, s'il s'agit d'iodisme, toute ingestion d'iode ou d'iodure; enfin on traitera la syphilis, la tuberculose. En cas d'accidents d'ordre anaphylactique, on prescrira le chlorure de calcium, l'adrénaline.

BIBLIOGRAPHIE. — H. BOURGEOIS et L. EGGER. Les œdèmes du larynx, *Progrès méd.*, 15 mai 1909. — PÉRINET. Th de Paris, 1908. — Traités classiques : CASTEX, in Brouardel et Gilbert; HUTINEL et PAISSEAU. *Traité des maladies des enfants*, t. IV. — Manuels spéciaux d'oto-rhino laryngologie : MOURE, LUBET-BARBON, etc. — L'anaphylaxie, *Journ. méd. français*, 1913.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 47, p. 781, et n° 50, p. 829.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 10 francs par an.
Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 7 mai. — MM. Armand-Delille, 20; Laederich, 19; Halbron, 20.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 6 mai. — MM. Cauchoix, 20; Gernez, 19; Bréchot et Mercadé, 20.

Le concours se termine par la nomination de MM. Cauchoix et Gernez.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Un congé d'inactivité du 1er mars au 1er septembre 1914 est accordé, sur sa demande, à M. Brumpt, agrégé, chef des travaux pratiques de parasitologie et histoire naturelle.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY. — Un congé d'inactivité du 1er avril au 31 juillet 1914 est accordé sur sa demande à M. Lambert, agrégé.

GUERRE. — Par décision ministérielle du 29 avril 1914, les officiers de réserve du service de santé dont les noms suivent sont passés, avec leur grade, dans l'armée territoriale :

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Bonnigal, Boutin, Marini, Roy et Ruault.

— Par décision du même jour, ont été réintégrés dans la réserve, sur leur demande, les deux médecins de l'armée territoriale dont les noms suivent, et maintenus :

M. le médecin aide-major de première classe Dreyer, à la 21e région.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Pissot, à la 3e région.

ASSISTANCE MÉDICALE EN INDOCHINE. — Un examen pour l'admission à l'emploi de médecin stagiaire de l'assistance médicale en Indochine s'ouvrira à Paris le mardi 30 juin 1914.

Les candidats sont invités à se faire inscrire au ministère des colonies (direction du personnel) en joignant à leur demande d'admission les pièces énumérées aux articles 3 et 4 de l'arrêté du 23 décembre 1909.

La liste d'inscription sera close le samedi 30 mai au soir.

Un avis adressé aux candidats admis à subir les épreuves dans les huit jours qui précèdent la date fixée pour l'examen leur fera connaître le lieu où ils doivent se réunir et l'heure à laquelle commenceront les épreuves.

Les candidats réunissant les conditions requises pour bénéficier de la majoration de points prévue à l'article 9 de l'arrêté du 23 décembre 1909 devront joindre à leur demande un certificat dûment légalisé ou un diplôme justifiant leurs titres.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE. — La prochaine séance aura lieu le mardi 12 mai 1914, à quatre heures trois quarts très précises, à l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS. — La prochaine séance de la Société de psychiatrie aura lieu le jeudi 14 mai 1914, à neuf heures et demie du matin, à l'asile Sainte-Anne, dans le service de la clinique.

CONGRÈS DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DES VILLES DE FACULTÉS. — PROGRAMME. — Vendredi 29 mai, à huit heures trente, séance d'ouverture dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Ed. Herriot, maire de Lyon.

Compte rendu sur la Fédération des associations d'internes et anciens internes des villes de facultés françaises, par le docteur R. Cruchet, secrétaire général de la fédération, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.

Présentation et discussion du premier rapport : l'internat et le service militaire, par MM. Masson, interne de Nancy, et André Lacroix, interne de Bordeaux.

Onze heures, visite de la Faculté.

Deux heures trente, visite de l'exposition internationale.

Cinq heures trente, deuxième séance. Présentation et discussion du deuxième rapport : les étrangers à l'internat et dans l'exercice de la médecine en France, par MM. le docteur Sarradou, ancien interne à Montpellier, et Chatellier, interne de Toulouse.

Neuf heures, réception des congressistes par le Comité dans les salons Berrier et Milliet; *Revue de l'Internat*, opérette en deux actes, composée et jouée par des internes et anciens internes de Lyon.

Samedi 30 mai, à neuf heures, troisième séance. Présentation et discussion du troisième rapport : la capacité juridique de l'Internat, par MM. le docteur Le Fort, professeur agrégé de chirurgie des hôpitaux de Lille; le docteur Vanhaecke, ancien interne de Lille, et Devalder, interne de Lille.

Onze heures, visite des hôpitaux.

Douze heures, à l'Hôtel-Dieu, salle Pasteur, dîner offert



par les administrateurs et les internes des hôpitaux de Lyon aux internes en exercice membres du Congrès.

Deux heures trente, quatrième séance. Présentation et discussion du quatrième rapport : établissement d'un règlement général d'inscription des anciens internes à tous les concours hospitaliers de France, des colonies et pays de protectorat, par MM. le docteur Molin, chirurgien des hôpitaux de Lyon, et Derrieu, interne d'Alger. Clôture.

Quatre heures trente, thé au Chalet du Parc de la Tête-d'Or.

Six heures trente, réception par la municipalité.

Dimanche 31 mai et lundi 1er juin. Excursion en chemin de fer et en automobile à la Grande-Chartreuse et à Aix-les-Bains.

Dimanche : départ à six heures cinquante-trois, gare Perrache, en chemin de fer. A Voiron, cars-automobiles pour Saint-Pierre de Chartreuse, en passant par Saint-Laurent-du-Pont et la route du Désert. A Saint-Pierre de Chartreuse, déjeuner et départ en cars-automobiles pour Aix. Ici le programme pourra varier suivant le temps : s'il fait beau, on passera par le col du Cucheron, le col du Frêne et Chambéry, sinon par le col de Porte, le Sappey, Grenoble, Le Touvet, Chapareillan, Chambéry.

A Aix-les-Bains, dîner et soirée de gala offerts par la municipalité.

Lundi, dans la matinée, visite de l'établissement thermal, sous la conduite des médecins d'Aix. Excursions facultatives au Revard (pour la première fois accessible en automobiles) ou aux gorges du Sierroz, à la Chambotte, à l'abbaye d'Hautecombe, dislocation du Congrès; retour individuel à Lyon, par le chemin de fer (cinq trains échelonnés de midi à vingt-quatre heures).

Cette excursion en Dauphiné et Savoie est facultative. Le prix en est fixé à 30 francs, mais les congressistes qui viendront avec leur automobile ou dans l'automobile d'un congressiste ne verseront plus qu'une cotisation de 15 francs.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Léon Decloux, médecin des hôpitaux de Paris.

INSTITUT DE PUÉRICULTURE DE LA CLINIQUE TARNIER. — Le deuxième cours de puériculture, comprenant une série de 12 leçons, commencera lundi prochain, le 11 mai, à deux heures, à la clinique Tarnier, 89, rue d'Assas, sous la direction de M. le docteur Metzger, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, et de M. le docteur R. Daunay, chef de laboratoire. Le cours et les exercices pratiques sont entièrement gratuits.

Consulter le programme du cours et s'inscrire à la clinique Tarnier auprès du chef de clinique.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fête de l'Ascension.* — A l'occasion de la fête de l'Ascension, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 19 mai 1914 seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 26 mai, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

— *Stations thermales desservies par le réseau P.-L.-M.* : Aix-les-Bains, Besançon, Châtelguyon, Evian-les-Bains, Fumades-les-Bains (Saint-Julien-les-Fumades), Genève, Menthon (lac d'Annecy), Royat, Thonon-les-Bains, Uriage (Grenoble), Vals, Vichy, etc.

Billets d'aller et retour collectifs (de famille), 1re, 2e et 3e classes, valables 33 jours avec faculté de prolongation, délivrés du 1er mai au 15 octobre, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., aux familles d'au moins trois personnes.

Minimum de parcours simple : 150 kilomètres.

Prix : les deux premières personnes paient le tarif général, la troisième personne bénéficie d'une réduction de 50 p. 100, la quatrième et les suivantes d'une réduction de 75 p. 100.

Arrêts facultatifs aux gares de l'itinéraire.

Demander les billets quatre jours à l'avance à la gare de départ.

Nota. — Il peut être délivré à un ou plusieurs des voyageurs inscrits sur un billet collectif de stations thermales, et en même temps que ce billet, une carte d'identité sur la présentation de laquelle le titulaire sera admis à voyager isolément (sans arrêt) à moitié prix du tarif général, pendant la durée de la villégiature de la famille, entre le point de départ et le lieu de destination mentionné sur le billet collectif.

FORMULAIRE

RÉGIME DES DIABÉTIQUES

Le régime lacté est souvent ordonné aux diabétiques maigres à dénutrition azotée. Le lait n'est pas toujours toléré et donne souvent soif.

C'est alors que d'excellents résultats ont été obtenus avec le « Képhir Salières », champagne lacté, sans sucre, riche en levures, à la dose d'une canette par jour.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 18 AU 23 MAI 1914

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 18 mai. — A neuf heures du matin. — 1er fin d'année (physiologie, N. R.), *Laboratoire des travaux pratiques de physiologie*, épreuve pratique.

A trois heures de l'après-midi. — 1er fin d'année (histologie, N. R.), *Laboratoire des travaux pratiques d'histologie*, épreuve pratique.

A une heure. — 4e.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu*.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu*.

Mardi 19 mai. — A neuf heures du matin. — 1er fin d'année (physiologie, N. R.), *Laboratoire des travaux pratiques de physiologie*, épreuve pratique.

A trois heures. — 1er fin d'année (histologie, N. R.), *Laboratoire des travaux pratiques d'histologie*, épreuve pratique.

A une heure. — 4e (1re, 2e et 3e séries).

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 20 mai. — A neuf heures du matin). — 1er fin d'année (physiologie, N. R.), *Laboratoire des travaux pratiques de physiologie*, épreuve pratique.

A trois heures. — 1er fin d'année (histologie, N. R.), *Laboratoire des travaux pratiques d'histologie*, épreuve pratique.

A une heure. — 4e.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

5e (2e partie), *Laënnec*.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Vendredi 22 mai. — A neuf heures du matin. — 1er fin d'année (physiologie, N. R.), *Laboratoire des travaux pratiques de physiologie*, épreuve pratique.

A trois heures. — 1er fin d'année (histologie, N. R.), *Laboratoire des travaux pratiques d'histologie*, épreuve pratique.

A une heure. — 4e (1re et 2e séries).

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

REVUE GÉNERALE

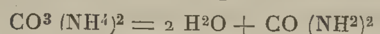
TECHNIQUES DES DOSAGES DE L'URÉE

DANS LES LIQUIDES DE L'ORGANISME

Par MM. A. JAVAL et BOYET.

I

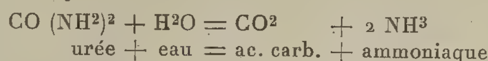
Préliminaires. — Composition chimique et origine. — L'urée de formule $CO(NH^2)^2$ est au point de vue chimique, ainsi que Dumas (1) et Wurtz (2) l'ont montré, la diamide carbonique :



$$CO^3(NH^4)^2 = 2\,H^2O + CO(NH^2)^2$$

Elle constitue l'un des termes ultimes de la dégradation progressive par hydratation ou oxydation des matières albuminoïdes dans l'organisme. Elle est le principe immédiat le plus important de l'urine. Entrevue par Bœrhaave et Haller, Rouelle le jeune (3) l'a signalée pour la première fois en 1773, dans ce liquide, sous le nom d'*extractum saponaceum urinæ*. Selon Fourcroy, Scheele l'aurait désignée en 1775 sous le nom de substance extractive huileuse. En 1798, Cruikshank l'obtint en cristaux et ce n'est qu'un an plus tard, en 1799, que Fourcroy et Vauquelin (4) lui ont donné son nom et l'ont préparée à l'état de pureté.

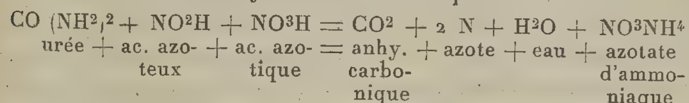
Propriétés. — C'est une substance incolore, inodore, cristallisée en prismes quadratiques. Très soluble dans l'eau, assez soluble dans l'alcool, presque insoluble dans l'éther, elle se comporte comme une base faible et forme des sels avec les acides. A l'ébullition les alcalis et les acides étendus la dédoublent par hydratation en anhydride carbonique et ammoniaque :



$$\underset{\text{urée}}{CO(NH^2)^2} + \underset{\text{eau}}{H^2O} = \underset{\text{ac. carb.}}{CO^2} + \underset{\text{ammoniaque}}{2\,NH^3}$$

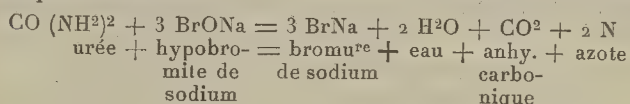
Cette même action hydratante est obtenue par certains microbes : *micrococcus ureæ* [van Tieghem (5)], *urobacilus Duclausi* [Miquel (6)] ou mieux par celle des produits solubles, véritables diastases qu'ils sécrètent (uréase).

L'acide azotique nitreux décompose l'urée en ses éléments, eau, anhydride carbonique et azote :



$$\underset{\text{urée}}{CO(NH^2)^2} + \underset{\text{ac. azoteux}}{NO^2H} + \underset{\text{ac. azotique}}{NO^3H} = \underset{\text{anhy. carbonique}}{CO^2} + \underset{\text{azote}}{2\,N} + \underset{\text{eau}}{H^2O} + \underset{\text{azotate d'ammoniaque}}{NO^3NH^4}$$

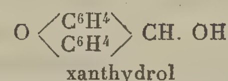
Les hypochlorites et hypobromites alcalins décomposent également l'urée en eau, anhydride carbonique et azote :



$$\underset{\text{urée}}{CO(NH^2)^2} + \underset{\text{hypobromite de sodium}}{3\,BrONa} = \underset{\text{bromure de sodium}}{3\,BrNa} + \underset{\text{eau}}{2\,H^2O} + \underset{\text{anhy. carbonique}}{CO^2} + \underset{\text{azote}}{2\,N}$$

(1) Dumas. *Ann. de chimie et de physique*, 1830, t. XLIV, p. 237.
(2) Wurtz. *C. r. de l'Acad. des sc.*, 1848, t. XXVII, p. 240, et t. XXXII, p. 414; — *Répertoire de chimie pure*, 1862, p. 199.
(3) Rouelle le jeune. *Journ. de méd.*, 1773.
(4) Fourcroy et Vauquelin. *Ann. de chimie*, an VIII, t. XXX, p. 86.
(5) Van Tieghem. Th. de la Faculté des sc., Paris 1864, n° 256.
(6) Miquel. *C. r. de l'Acad. des sc.*, 1890, t. CXI, p. 501.

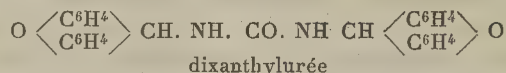
En 1907, Fosse (1) a découvert qu'au sein de l'alcool et de l'acide acétique l'urée s'unit au xanthydrol,



$$O\left\langle\begin{matrix}C^6H^4\\C^6H^4\end{matrix}\right\rangle CH.OH$$

xanthydrol

ou diphénopyranol pour donner naissance à un corps cristallisé à peu près insoluble dans les dissolvants habituels, la dixanthylurée :



$$O\left\langle\begin{matrix}C^6H^4\\C^6H^4\end{matrix}\right\rangle CH.NH.CO.NH\,CH\left\langle\begin{matrix}C^6H^4\\C^6H^4\end{matrix}\right\rangle O$$

dixanthylurée

Ces différentes propriétés sont mises à profit tant pour reconnaître l'urée que pour en effectuer le dosage.

II

Méthodes de dosage. — Nous n'avons pas l'intention de reprendre l'historique de la question ni d'exposer complètement toutes les méthodes proposées par les différents auteurs qui se sont occupés du dosage de l'urée ; on trouvera dans les travaux de Boymond (2), Hugounenq (3), Huguet (4) et Quinquaud (5) notamment tous les détails que nous ne pouvons donner ici.

Quoi qu'il en soit, les différents procédés de dosage de l'urée peuvent être classés de la manière suivante :

A. Transformation de l'urée en ammoniaque;
B. Décomposition de l'urée en ses éléments;
C. Dosage à l'état de pureté ou à l'état salin ou à l'état de combinaison insoluble.

En principe tous les procédés de l'urine sont applicables aux autres liquides de l'organisme une fois débarrassés de leurs matières albuminoïdes.

Opération préliminaire. Défécation. — Lorsqu'il s'agit de pratiquer des dosages très précis d'urée et afin d'éviter les causes d'erreur particulièrement importantes lorsque le dosage ne porte que sur quelques centigrammes (c'est le cas des liquides physiologiques autres que l'urine) il est utile de déféquer ; les matières albuminoïdes du sang, les pigments, les acides aminés, l'ammoniaque, les bases xanthouriques, l'acide urique subissent sous l'action des réactifs une décomposition plus ou moins importante qui vient vicier le résultat final.

Pour les liquides pleuraux et ascitiques qui sont très albumineux, on procédera comme pour le sang, alors que le liquide céphalo-rachidien qui ne contient que des traces d'albumine à l'état normal peut être traité comme l'urine.

1° Défécation de l'urine. — a. *Procédé de Ronchèse* (6). — On prend 10 centimètres cubes d'urine

(1) Fosse. *C. r. de l'Acad. des sc.*, 1907, p. 813, et 1912, p. 851, 1187, 1448 et 1820.
(2) Boymond. Th. de pharmacie, Paris 1872.
(3) Hugounenq. Th. de Montpellier, 1883.
(4) Huguet. *Etude sur le dosage de l'urée*, Clermont-Ferrand 1891.
(5) Quinquaud. *De l'Urée*, Paris 1897.
(6) Ronchèse. *Guide pratique pour l'analyse des urines*, Paris, Baillière 1912.

et 10 centimètres cubes de sous-acétate de plomb à 40 p. 100; on agite, on filtre et on effectue le dosage sur l'urine ainsi diluée de moitié.

Cette méthode qui donne de meilleurs résultats que la méthode directe n'est pas parfaite, le sous-acétate de plomb étant sans action sur l'ammoniaque et n'éliminant que partiellement dans les conditions de l'expérience l'acide urique, la créatinine, la créatine, l'allantoïne, le glycocolle notamment.

b. *Procédé de Lematte* (1). — Lematte reprenant la méthode empruntée par Moreigne à Pflüger, qui avait constaté que l'acide phosphotungstique en présence du chlorure de magnésium pur et sec précipite à froid les principes azotés de l'urine y compris les sels ammoniacaux, préconise le procédé suivant :

On prend 30 centimètres cubes d'urine et 50 centimètres cubes d'une solution d'acide phosphotungstique à 30 p. 100, on agite, on laisse reposer dix minutes et on ajoute alors 4 grammes de $MgCl^2$ pur et sec, puis après un nouveau repos on filtre et on recueille 10 centimètres cubes du filtrat que l'on neutralise par de la soude normale : c'est sur le liquide ainsi obtenu qu'on dose l'urée.

La précipitation phosphotungstique laisserait en solution d'après Frenkel (2) : l'urée, la créatine, le glycocolle, l'acide hippurique, la tyrosine, la leucine, l'acide oxyprotéique.

Ce procédé, préférable toutefois à celui de Ronchèse, n'est donc pas cependant exempt de toute critique.

Pour les besoins de la clinique et quand l'urine n'est pas trop albumineuse, on peut doser l'urée urinaire sans déféquer, à moins qu'on ne cherche précisément à dresser un bilan azoté très rigoureux. En pratique l'erreur sur la quantité totale de l'urine recueillie pendant le nyctémère est beaucoup plus considérable que l'erreur sur le dosage.

2° Défécation du sang. — Pour les dosages d'urée dans le sang, le sérum, les liquides pleuraux et ascitiques, il est indispensable d'éliminer complètement les matières albuminoïdes. Après cette élimination les composés azotés qui restent en solution sont l'urée et parfois des sels ammoniacaux; quant aux autres substances azotées elles sont en quantité très minime et peuvent être négligées.

Méthodes générales. — a. *Méthode par la chaleur et l'acide acétique* [Javal (3) et Boyet]. — On prend 10 centimètres cubes de sérum, on y ajoute 5 gouttes d'acide acétique cristallisable, un gramme de NaCl chimiquement pur et un cristal de phosphate monopotassique chimiquement pur de 0g10 environ. On porte au bain-marie en agitant constamment de façon à ce que le précipité ne colle pas à la capsule; puis toujours sur le bain-marie, une fois la coagulation faite et le coagulum divisé par l'agitation, on étend de 100 centimètres cubes environ d'eau distillée bouillante. On laisse encore cinq minutes sur le bain-marie, puis on éteint le gaz et on laisse refroidir, ce qui a pour effet de faire déposer le coagulum au fond de la capsule. Le liquide qui surnage est jeté sur un filtre. A la fin de la filtration seulement vient le précipité qu'on réunit et qu'on fait tomber par un jet de pissette. De cette façon la filtration est assez rapide. On lave ensuite le filtre à l'eau chaude jusqu'à ce qu'une goutte de filtrat ne précipite plus par le nitrate d'argent. (L'expérience apprend qu'il faut environ 300 centimètres cubes d'eau.) Puis on lave à l'alcool à 90 degrés et enfin à l'éther sulfurique. On concentre par évaporation au bain-marie jusqu'à 5 centimètres cubes environ le filtrat et les liquides de lavage. C'est sur ce reste que l'on dose l'urée.

(1) Lematte. *C. r. de la Soc. de biol.*, 1913, t. LXXIV, p. 217.
(2) Frenkel. *Bull. de la Soc. de méd. de Paris*, 1913, p. 511.
(3) Javal. L'albumino-diagnostic des épanchements pleuraux et péritonéaux, *Journ. de physiol. et pathol. gén.*, 1914, p. 223.

b. *Méthode de Nicloux* (1). — On commence par préparer une dissolution saturée à froid d'acide picrique, soit environ 10 grammes d'acide pour un litre d'eau. On mesure exactement 10 centimètres cubes de sang que l'on met dans une capsule renfermant au préalable 65 centimètres cubes de la solution picrique. On chauffe. Grâce à la dissolution picrique les matières albuminoïdes donnent un précipité extrêmement fin presque grenu. On filtre et on termine l'opération comme dans la méthode précédente.

c. *Méthode à l'alcool* [Widal, Javal et Ronchèse (2)]. — Dans une bouteille ordinaire de 150 centimètres cubes environ, on met 10 centimètres cubes de sérum et 115 centimètres cubes d'alcool à 90 degrés. On agite fortement. On filtre et on recueille 100 centimètres cubes du filtrat. On évapore l'alcool à siccité. On reprend par une petite quantité d'eau. On dose en solution aqueuse en tenant compte qu'il reste les $\frac{8}{10}$ de la prise d'essai.

L'inconvénient de cette méthode est que, surtout vers la fin, la filtration est pénible et que l'évaporation de l'alcool sur le filtre n'est pas absolument négligeable. De plus, l'alcool ne précipite pas toutes les matières albuminoïdes.

On pourrait bien recueillir une partie aliquote moindre, 50 centimètres cubes par exemple, ce qui rendrait la filtration plus pratique, mais chaque fois qu'on opère une réduction sur la prise d'essai le procédé perd en précision et devient de moins en moins applicable aux petits prélèvements de sang.

d. *Méthode de H. Labbé* (3). — Elle dérive directement de la précédente. A 5 centimètres cubes de sérum ou de sang on ajoute 80 centimètres cubes d'alcool à 96 degrés et 40 centimètres cubes d'éther pur. On agite fortement, on filtre rapidement sur un filtre à plis, on lave avec soin le précipité avec de l'alcool-éther et on évapore le filtrat à sec.

On reprend par l'eau le résidu et on dose sur la

(1) Nicloux. *C. r. de la Soc. de biol.*, 1906, t. LX, p. 1034.
(2) Cité par Widal, André Weill et Laudat. Comparaison du taux de l'urée dans le sérum sanguin et le sang total, *C. r. de la Soc. de biol.*, 1911, II, p. 492.
(3) H. Labbé. Dosage de l'azote uréique et de l'azote résiduel dans le sérum sanguin, *C. r. de la Soc. de biol.*, 1913, t. LXXIV, p. 197.

liqueur ainsi obtenue dont le volume ne doit pas dépasser quelques centimètres cubes.

e. *Méthode de Moog* (1). — Dans un flacon de verre de 30 centimètres cubes renfermant quelques perles de verre on mélange 10 centimètres cubes de sérum ou de sang avec 10 centimètres cubes d'une solution à 20 p. 100 d'acide trichloracétique. Après un contact de cinq à dix minutes, on filtre à la trompe ou on centrifuge. A 10 centimètres cubes du filtrat on ajoute goutte à goutte de la lessive de soude diluée à 1/15 pour neutraliser l'acidité de la liqueur. On dose sur le liquide neutre.

D'après Weill et Laudat (2) cette méthode donne des résultats à peu près identiques à celle par l'alcool. Si elle a l'avantage d'être très rapide elle a l'inconvénient de nécessiter une trompe et aussi de réduire la prise d'essai de moitié.

f. *Méthode de Meillière* (3). — On met dans une capsule 5 centimètres cubes de sérum ou de sang et 5 centimètres cubes d'une solution récente d'acide métaphosphorique au 1/5. On porte le mélange à l'ébullition pendant cinq minutes au bain-marie; on laisse refroidir, on centrifuge, on décante la liqueur claire; on lave à plusieurs reprises le culot de centrifugation avec un peu d'eau distillée. On réunit liqueur claire et eaux de lavage, on neutralise par la soude et on dose sur le liquide neutre.

Méthodes particulières. — Nous les exposerons ci-après en même temps que les procédés de dosages spéciaux auxquels elles s'appliquent.

III

Dosages proprement dits. — *A*. Transformation de l'urée en ammoniaque. — Cette transformation peut être effectuée sous l'influence de plusieurs réactifs et par de nombreux procédés.

1° PAR LA CHALEUR. — Procédés de Bunsen (4), Bouchardat (5), Hugounenq (6), Cazeneuve et Hugounenq (7).

2° PAR LA CHALEUR ET L'ACIDE SULFURIQUE. — Procédés de Heintz et Ragsky (8), Poggiale.

3° PAR DES FERMENTS. — Procédés de Musculus (9) et de Miquel (10), de Marshall (11).

(1) MOOG. Nouveau procédé de dosage dans le sérum de l'azote libérable par l'hypobromite, *C. r. de la Soc. de biol.*, 1912, t. LXXII, p. 386.

(2) André WEILL et LAUDAT. Dosages comparatifs de l'azote libérable par l'hypobromite dans le procédé à l'alcool et celui à l'acide trichloracétique, *C. r. de la Soc. de biol.*, 1912, t. LXXIII, p. 478.

(3) MEILLIÈRE. Etude de quelques coefficients urinaires, *Journ. de pharm. et de chimie*, 1912, t. CIV.

(4) BUNSEN. *Ann. der Chemie und Pharm.*, t. LXV, p. 375.

(5) BOUCHARDAT. Th. de Paris, 1869.

(6) HUGOUNENQ. Loc. cit.

(7) CAZENEUVE et HUGOUNENQ. *Bull. de la Soc. chimique*, 2e série, t. XLVIII, p. 82.

(8) HEINTZ et RAGSKY, d'après Gorup BESANEZ. *Analyse zoochimique*.

(9) MUSCULUS. *C. r. de l'Acad. des sc.*, 1876, t. LXXXII, p. 333.

(10) MIQUEL. *C. r. de l'Acad. des sc.*, 1890, t. CXI, p. 501.

(11) MARSHALL. *Journ. de biol. Chem.*, t. XIV, p. 283; t. XV, p. 487 et 495.

Nous ne décrirons aucun de ces procédés que l'on retrouvera dans les ouvrages déjà cités, sauf celle de Marshall qui est récente et qui n'a pas encore été très étudiée.

4° AUTRES MÉTHODES. — a. *Méthode de Mörner-Sjöqvist* (1). — On prend 5 centimètres cubes d'urine, on y ajoute 5 centimètres cubes d'un soluté barytique (comprenant : eau, 100 centimètres cubes; hydrate de baryte, 5 grammes; chlorure de baryum à saturation), puis 100 centimètres cubes d'alcool-éther. On laisse reposer vingt-quatre heures, on filtre, on lave le précipité avec 50 centimètres cubes d'alcool-éther. On évapore dans le vide filtrat et liquide de lavage au volume de 20 centimètres cubes en présence de magnésie à la température de 45 degrés. Dans ces conditions l'urée reste intacte, les sels ammoniacaux sont décomposés.

Sur le liquide en expérience on dose l'azote au Kjeldahl.

Calcul des résultats. Soit v centimètres cubes le volume d'ammoniaque ayant neutralisé le même volume d'acide N/10. Ces v centimètres cubes contiennent $v \times 0^g14$ d'azote. L'urée dont le poids moléculaire est 60 contenant 28 grammes d'azote, l'expression

$$v \times 0{,}14 \times \frac{60}{28} = v \times 0{,}14 \times 2{,}14$$

exprime en urée l'azote dosé au Kjeldahl.

Ce procédé a l'inconvénient d'être très long. Considéré comme le plus parfait et employé par tous les chimistes allemands, il a donné des déboires à Marcel Labbé (2). Appliqué à certaines urines pathologiques, dit-il, comme à l'urine des diabétiques acidosiques, il fournit des chiffres assurément erronés; on obtient, en effet, par cette méthode, des rapports azoturiques normaux, alors que d'un autre côté le dosage de l'ammoniaque indique des chiffres élevés.

b. *Méthode de Salaskin et Zaleski* (3). — Ces auteurs, ayant reconnu que l'acide hippurique n'était pas précipité par l'alcool-éther et qu'il comptait comme urée dans le Kjeldahl, modifient le procédé de Mörner en pratiquant la défécation de la même manière, mais en terminant le dosage en effectuant l'hydrolyse de l'urée par HCl en tubes scellés à la température de 140 degrés à l'autoclave.

Ce procédé n'est pas applicable à la clinique.

c. *Méthode de Braunstein* (4). — Après avoir déféqué l'urine suivant la méthode de Mörner, à 10 centimètres cubes du liquide obtenu, on ajoute 10 grammes d'acide phosphorique anhydre. On chauffe pendant cinq heures à 150 degrés dans une fiole conique; on étend à 300 centimètres cubes et on libère l'ammoniaque provenant de l'hydrolyse uréique à l'aide de NaOH en très léger excès. On dose l'ammoniaque par différence en recueillant le gaz dans une solution d'acide sulfurique titrée.

(1) MÖRNER-SJÖQVIST. *Skand. Arch. f. Physiol.*, t. II, p. 440.

(2) Marcel LABBÉ. *Bull. de la Soc. de méd. de Paris*, 1913, p. 521.

(3) SALASKIN et ZALESKI. *Zeit. Physiol. Chemie*, t. XVI, p. 167, et XVIII, p. 453.

(4) BRAUNSTEIN. D'après PENAU. *Biologie médicale*, 1913, p. 133.

d. *Méthode de Henriquez et Gammeltoft* (1). — Dans un ballon gradué de 100 centimètres cubes, on introduit 10 centimètres cubes d'urine et 25 centimètres cubes d'un réactif phosphotungstique (préparé en dissolvant une partie d'acide phosphotungstique dans 10 volumes d'acide sulfurique N/2) puis de l'acide sulfurique N/2 jusqu'au trait de jauge.

On mélange bien et on laisse reposer jusqu'à clarification (une demi-heure environ). On filtre. On introduit alors 10 centimètres cubes du filtrat dans un petit ballon en verre d'Iéna, on couvre avec une capsule d'étain et on laisse séjourner dans l'autoclave pendant une heure et demie à 150 degrés.

On laisse refroidir, on transvase dans un ballon, on sursature avec une solution de carbonate de soude, et, sans chauffer, on aspire (une heure et demie) dans de l'acide titré au moyen d'un fort courant d'air (trompe). L'ammoniaque que l'on obtient ainsi est traduit en urée.

Si l'on a affaire à une urine diabétique, on procède de la façon suivante. On dose le sucre, et on dilue, s'il y a lieu, l'urine avec de l'eau jusqu'à une teneur maximum de 10 grammes de sucre par litre. On prend alors du mélange un volume correspondant à 10 centimètres cubes d'urine. On traite avec le réactif phosphotungstique et l'acide sulfurique N/2 comme ci-dessus. On filtre, et on traite le liquide avec un léger excès de poudre de chaux hydratée; le liquide se colore en bleu, on attend que la coloration disparaisse, puis on filtre. On prend un volume de liquide correspondant à 1 centimètre cube d'urine, on porte à l'autoclave et on termine le dosage comme ci-dessus.

e. *Méthode de Folin* (2). — A sa méthode primitive basée sur ce fait qu'une hydrolyse ménagée par les acides à la température de 160 degrés ($MgCl^2$ fondu) n'attaque que l'urée sans toucher aux autres principes azotés de l'urine, Folin avec Otto et Pettibone (3) a substitué la suivante qui ne nécessite pas l'emploi d'un bain de paraffine.

On dilue l'urine à examiner de manière que 1 centimètre cube contienne environ 1 milligramme d'azote de l'urée. On introduit 1 centimètre cube de l'urine diluée dans un grand tube à réactifs de 200 centimètres cubes et de 2 centimètres de diamètre. On ajoute 7 grammes d'acétate de potassium séché et 1 centimètre cube d'acide acétique à 50 p. 100, un peu de zinc en poudre et un indicateur de température. (L'auteur entend par là le chloroiodure de mercure HgICl dont le point de fusion 153 degrés est situé au-dessous du point de décomposition de l'acétate de potassium.)

On ferme le tube à réactifs avec un bouchon en caoutchouc qui contient comme condensateur un tube à chlorure de calcium vide. On chauffe jusqu'au point de fusion de l'indicateur de température. Au bout de dix minutes d'ébullition, on dilue avec 5 centimètres cubes d'eau, on ajoute 2 centimètres

(1) HENRIQUEZ et GAMMELTOFT. *Skand. Arch. f. Physiol.*, 1911, p. 166.
(2) FOLIN. *Zeit. f. Physiol. Chemie*, 1903, p. 162.
(3) FOLIN, OTTO et PETTIBONE. *Journ. of biol. Chem.*, 1912, t. IX, p. 507-525.

cubes de lessive de soude saturée et on élimine l'ammoniaque par un fort courant d'air. On l'absorbe dans une fiole graduée contenant 35 centimètres cubes d'eau et 2 centimètres cubes d'acide N/10. Une aspiration de dix minutes doit suffire pour chasser l'ammoniaque, mais ce temps dépend évidemment de la force de la trompe. On complète le volume à 100 centimètres cubes et on détermine alcalimétriquement l'ammoniaque obtenu.

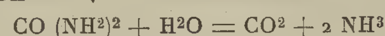
En réalité, on obtient ainsi l'ammoniaque provenant de l'hydrolyse de l'urée, l'ammoniaque préformé dans l'urine et les acides aminés. Un dosage direct au Sörensen-Ronchèse (1) donnerait l'ammoniaque urinaire et les acides aminés. La différence entre les deux dosages ainsi pratiqués représente l'ammoniaque provenant de l'hydrolyse de l'urée seule; on exprime ce chiffre en urée.

f. *Méthode de Saint-Martin* (2). — Elle est identique à celle de Folin; elle s'en différencie en ce que l'auteur pratique l'hydrolyse de l'urée par le chlorure de lithium.

Les résultats trouvés par cette méthode sont sensiblement identiques d'après Sallerin (3) à ceux donnés par les méthodes de Mörner, Salaskin et Braunstein et d'après Bouchez (4) à ceux fournis par la méthode de Folin.

g. *Méthode de Leclercq* (5). — On introduit, dans un ballon en verre de Bohême de 200 à 250 centimètres cubes de capacité, 20 grammes d'acétate de potassium et 10 grammes d'acétate de sodium puis 10 centimètres cubes d'urine et 20 centimètres cubes d'une solution saturée d'eau de baryte préparée en dissolvant environ 100 grammes de baryte hydratée dans un litre d'eau chaude. On chauffe et on maintient la température à 200 degrés pendant une heure. Après hydrolyse complète, on étend d'eau et on distille l'ammoniaque formé; le gaz carbonique est fixé par la baryte avec formation de carbonate de baryum que l'on titre alcalimétriquement.

L'équation



$$CO\,(NH^2)^2 + H^2O = CO^2 + 2\,NH^3$$

permet de calculer l'urée hydrolysée.

B. Décomposition de l'urée en ses éléments. — Cette décomposition en anhydride carbonique et azote peut être effectuée sous l'influence de plusieurs réactifs :

1° PAR L'HYDROGÈNE NAISSANT. — Procédé de Bouchardat (loc. cit.).

2° PAR LES HYPOCHLORITES. — Procédés de H. Davy (6), Smith, Leconte (7), Jaillard, Fenton (8) et Street, Fowler (9), Dott.

(1) SÖRENSEN. *Bioch. Zeit.*, t. VII, p. 45. — RONCHÈSE. *C. r. de la Soc. de biol.*, 1907, t. LXII, p. 859.
(2) DE SAINT-MARTIN. *C. r. de la Soc. de biol.*, 1905, t. LVIII, p. 89.
(3) SALLERIN. Th. de pharmacie, Lille 1902.
(4) BOUCHEZ. Th. de pharmacie, Lille 1911.
(5) LECLERCQ. Th. de pharmacie, Lille 1911.
(6) DAVY. *Journ. f. prakt. Chem.*, t. LXIII, p. 188.
(7) LECONTE. Th. de sciences, Paris 1870.
(8) FENTON. *Journ. of the Chem. Soc.*, 1874, t. XXXIII, p. 102.
(9) FOWLER. *The New-York med. Journ.*, juillet 1887.

On trouvera tous ces procédés décrits dans les ouvrages précédemment cités.

3° PAR LES HYPOBROMITES. — Innombrables sont les auteurs qui ont employé ce réactif; presque aussi nombreux sont les appareils qui ont été imaginés. Citons les procédés de Barbier, Bouvet, Blarez, Bellamy, Esbach (1), de Thierry, Méhu (2), Noël, Regnard, Vieillard-Gautrelet, Yvon (3).

Nous ne décrirons que le procédé suivant qui est universellement employé :

Méthode d'Yvon par l'uréomètre à mercure. — On introduit dans le tube supérieur de l'uréomètre une solution uréique déféquée et neutralisée correspondant suivant le cas à 1 centimètre cube d'urine ou à 5 ou 10 centimètres cubes de sérum, mais réduits au plus petit volume possible, puis 2 à 3 centimètres cubes d'eau ou d'une solution de glucose (pour lavage) et enfin 4 à 5 centimètres cubes d'hypobromite de sodium préparée suivant la formule d'Yvon (brome 5 centimètres cubes, lessive de soude 50 centimètres cubes, eau distillée 100 centimètres cubes).

Le choix de la prise d'essai est très important. Il faut autant que possible faire une lecture finale de 2 à 4 centimètres cubes d'azote. Si on a moins de 1 centimètre cube la lecture perd en précision. Si on a plus de 6 à 7 centimètres cubes d'azote on est gêné pour mettre le volume du réactif suffisant, on risque de manquer l'opération. Quand on ne se doute pas d'avance (pour le sérum et les liquides de l'organisme) si on a affaire à un azotémique ou non, nous conseillons d'adopter pour règle une prise d'essai de 10 centimètres cubes. Cette prise d'essai convient pour les azotémies qui ne dépassent pas 2 grammes. Si l'azotémie est plus forte on aura toute chance de manquer ce premier dosage qui ne pourra servir que d'indication pour réduire la prise d'essai à 5 centimètres cubes ou même moins encore dans l'opération définitive qu'on fera ensuite.

On brasse la colonne de liquide à trois reprises différentes afin de dégager avec certitude tout l'azote. Au bout de cinq à six minutes le volume gazeux reste constant; on ne tiendra plus compte à ce moment des petites bulles microscopiques qui s'échappent encore au sein du liquide et qui proviennent très probablement, selon Ambard et Hallion (4), d'une petite décomposition de la solution alcaline par le mercure.

Le dégagement gazeux étant terminé, on immerge complètement l'uréomètre dans une cuve remplie d'eau; au bout de cinq minutes, on note le volume gazeux soit v centimètres cubes. Connaissant la pression et la température, il est facile à l'aide d'un tableau *ad hoc* de déterminer le poids de ces v centimètres cubes d'azote. La molécule d'urée pesant 60 et contenant 28 d'azote, pour obtenir le poids d'urée correspondant au poids de l'azote dégagé, il suffira de multiplier ce poids par le facteur $\frac{60}{28}$ ou plus simplement par le coefficient 2,14, quotient de cette division.

Même après précipitation de l'albumine, il reste souvent en dissolution une faible quantité de matières albuminoïdes, le dégagement d'azote est ordinairement accompagné d'une mousse persistante qui gêne la lecture; on obvie à cet inconvénient avec un peu d'alcool que l'on introduit dans l'appareil, mais seulement lorsque la réaction est entièrement terminée, car l'alcool entrave la réaction et peut même l'arrêter tout à fait. De plus il faut mettre le moins d'alcool possible, car ses vapeurs risquent d'augmenter la tension du gaz.

Avant de faire la lecture du volume gazeux il faut s'assurer qu'il y avait un excès de réactif. On le reconnaît : 1° à la couleur jaune du liquide; 2° à l'absence d'effervescence avec dégagement gazeux lorsqu'on ajoute du réactif.

Cette méthode pratique et rapide comporte deux causes d'erreur en sens inverse : d'une part l'hypobromite ne décompose pas toute l'urée, d'autre part il ne décompose pas uniquement l'urée.

Sur la première cause d'erreur. — Théoriquement un gramme d'urée doit mettre en liberté $372^{cm^3}7$ de gaz azote à 0 degré sous la pression de 760 millimètres; mais, depuis que Hüfner a montré que pratiquement on n'obtient ainsi que $354^{cm^3}33$ d'azote, on admet généralement que tout l'azote de l'urée d'une solution donnée n'est pas libéré dans le procédé à l'hypobromite. Les auteurs ne sont pas d'accord sur la quantité qui est retenue : ainsi Leconte et Forster (1) annoncent 8 p. 100, Russell et West (2) 6 p. 100, d'autres une plus grande proportion. L'azote non retrouvé serait oxydé et transformé partie en acide cyanique, partie en acide azotique. Pour éviter cette action oxydante de l'hypobromite, Méhu (3) ajoutait à l'urine 1 centimètre cube d'une solution à 25 p. 100 de glucose, Esbach (4) et Jay (5), dans le même but, s'adressaient au sucre de canne, tandis que Fauconnier (6) prétendait qu'en présence du glucose la quantité théorique d'azote était dégagée des solutions d'urée par l'hypobromite. Cette notion fut alors admise, mais de récentes recherches de L. Garnier et L. Michel [de Nancy] (7) ont montré que, si l'addition d'un sucre réducteur augmentait le rendement en azote, celui-ci n'atteignait jamais le chiffre théorique et qu'en réalité cette pratique offrait plus d'inconvénients que d'avantages.

Sur la deuxième cause d'erreur. — L'hypobromite sépare 35 p. 100 de l'azote contenu dans l'acide urique d'après Russel et West, 50 p. 100 et même tout à

(1) ESBACH. *Uréomètre simplifié et Baroscope*, Paris, Brewer, 1873.

(2) MÉHU. *Bull. de la Soc. chim.*, 1879, p. 410.

(3) YVON. *C. r. de la Soc. de biol.*, 1872, p. 217 et *Bull. de la Soc. chim.*, t. XIX, p. 3.

(4) AMBARD et HALLION. Sur une modification en vue du dosage de l'urée sanguine, *Presse méd.*, 1912, p. 1043.

(1) FORSTER. *Journ. of Chem. Soc.*, mars 1879 et octobre 1878, p. 471.

(2) RUSSELL et WEST. *Journ. of the Chem. Soc.*, août 1874.

(3) MÉHU. L'Urine, *Bull. de la Soc. chim.*, t. XXXIII, p. 410.

(4) ESBACH. *Bull. de thérap.*, 1874, p. 119.

(5) JAY. *Bull. de la Soc. chim.*, 1880, p. 105.

(6) FAUCONNIER. *Bull. de la Soc. chim.*, fév. 1880, p. 102.

(7) D'après GRIMBERT. *Précis de diagnostic*, Paris, Rudeval, 1912, p. 847.

température élevée d'après Magnier de la Source (1); il sépare aussi 82 p. 100 de l'azote de l'acide hippurique et 35 p. 100 de l'azote de la créatinine. Pour l'urine, Depaine (2) recommande de déduire 4,5 p. 100 du chiffre total de l'urée trouvée, on éliminerait ainsi l'erreur résultant de la décomposition simultanée de l'acide urique et de la créatinine. De plus la décomposition de l'urée par l'hypobromite se faisant avec dégagement de chaleur, il s'ensuit que l'expansion du gaz étant plus grande la quantité d'azote trouvée se trouve augmentée encore de ce chef.

En clinique, on peut admettre avec Carrion et O. Guillaumin (3) que ces erreurs se compensent, cependant en fait le rendement final est plus faible que la réalité. Cette remarque s'applique plus à l'urine qu'au sérum et aux autres liquides physiologiques dans lesquels les composés azotés non uréiques sont relativement peu importants. De plus pour la lecture de très petits chiffres l'erreur relative est très grande. D'après les recherches de Hüfner et de Grigaut et Brodin (4) l'erreur par défaut qui atteint 6 à 7 p. 100 pour un taux uréique de 0,50 p. 1000 pourrait encore être dépassée pour des teneurs uréiques moins élevées. Pour remédier à cet inconvénient Moog (5) a proposé d'ajouter dans l'uréomètre, au liquide à examiner, un volume connu d'une solution uréique titrée dont on tiendra compte bien entendu dans l'évaluation définitive du taux uréique. Cette pratique a pour but de permettre la lecture du volume gazeux final sur quelques centimètres cubes au lieu de quelques dixièmes de centimètre cube, ce qui est le cas général quand l'azotémie n'est pas forte. Mais n'est-ce pas ajouter à une erreur possible une cause d'erreur certaine ?

Pour faciliter les lectures et éviter l'attaque du mercure par l'hypobromite, Ambard et Hallion (6) ont été amenés à proposer deux modifications à l'uréomètre Yvon : la première est relative à la forme de l'appareil, le diamètre du tube inférieur a été réduit afin que les divisions soient plus espacées et plus nombreuses, un renflement inférieur donne à l'appareil la capacité totale suffisante; la seconde consiste à adapter un sac ampullaire en caoutchouc dont on coiffe l'extrémité inférieure de l'uréomètre du type Yvon et qui rend l'emploi du mercure inutile.

On opère alors de la façon suivante. L'uréomètre d'Yvon est coiffé à l'extrémité inférieure de sa grande branche de la calotte en caoutchouc dans laquelle on a préalablement introduit quelques billes de verre. On verse peu à peu le liquide dont on veut doser l'urée dans la petite branche de l'uréomètre tout en exerçant de petites pressions suivies de relâchements sur la coiffe de caoutchouc. L'air du grand tube est ainsi peu à peu refoulé à travers le liquide de la petite branche, tandis que celui-ci passe au contraire dans la grande branche. Une fois ce passage complètement opéré, on verse dans la petite branche, pour lavages, quelques centimètres cubes d'eau distillée que l'on fait passer à leur tour dans la branche inférieure.

A ce moment on regarde si, en comprimant à fond la calotte de caoutchouc, on peut amener le niveau du liquide un peu au-dessus du robinet. Si ce résultat est atteint, on ferme le robinet; sinon, il faut d'abord ajouter progressivement de l'eau distillée en quantité suffisante. Après ce temps de l'opération il faut que, le robinet étant fermé et surmonté d'un peu d'eau distillée, la coiffe de caoutchouc soit en état très accusé de vacuité, c'est-à-dire de rétraction. On verse alors de l'hypobromite dans la petite branche. On ouvre le robinet, l'hypobromite de soude descend dans la grande branche. On ferme le robinet lorsque le réactif s'est à peu près complètement écoulé.

La coiffe de caoutchouc est de dimension assez grande pour que sa paroi ne soit pas entièrement développée lorsque l'hypobromite est dans la grande branche. Quand l'azote se dégage au cours de la réaction, la coiffe n'atteint pas toute sa capacité naturelle et aucune pression ne se développe dans l'appareil.

Pour favoriser le dégagement gazeux, on agite le liquide. A cet effet, on tient l'appareil d'une main par son extrémité supérieure, de l'autre par son extrémité inférieure, les doigts maintenant l'ampoule sans la serrer, et on réalise par un jeu alternatif de bascule les brassages requis.

Le gaz une fois entièrement dégagé (ce qui exige pratiquement cinq ou six manœuvres d'agitation répétées dans un laps de temps d'environ un quart d'heure), on porte l'uréomètre sur une cuve à eau, on le décoiffe (sous l'eau) de son ampoule et on fait la lecture comme d'habitude.

La solution d'hypobromite s'altère facilement et ne se conserve pas au delà de quelques jours en été. Il faut donc la garder dans des flacons jaunes et la renouveler souvent; pour plus de sûreté, il convient de la préparer au moment du besoin si on ne fait des dosages que de temps en temps, préparation qui ne présente d'ailleurs aucune difficulté.

En respectant les précautions que nous avons rappelées, la méthode à l'hypobromite, sans être parfaite, fournit des chiffres rationnels; c'est certainement la plus pratique, d'où son emploi adopté par tous les cliniciens.

4° *Par l'acide azoteux.* — Procédés de Millon (1), de Berthelot et Bergeron (2), de Naquet et Papillon, de Gréhant (3), de Bouchard (4), de Boymond (5), de Desgrez et Feuillié (6). Nous ne décrirons que ce dernier.

Procédé Desgrez et Feuillié. — Se basant sur ce

(1) Magnier de la Source. *Bull. de la Soc. chim.*, 1874, t. XXI, p. 290.
(2) Depaine. *Journ de pharm. d'Anvers*, 1877.
(3) Carrion et O. Guillaumin. *Presse méd.*, 1912, p. 495.
(4) Grigaut et Brodin. *C. r. de la Soc. de biol.*, 1912, II, p. 458.
(5) Moog. *C. r. de la Soc de biol*, 1913, t. LXXIV, p. 325.
(6) Ambard et Hallion. *C. r. de la Soc. de biol.*, 1912, II, p. 435.

(1) Millon. *C. r. de l'Acad. des sciences*, t. XXVI.
(2) Berthelot et Bergeron. *C. r. de la Soc. de biol.*, 1863, p. 70.
(3) Gréhant. *Revue scientifique*, 1871, p. 492 à 500.
(4) Bouchard. *Tribune méd.*, 22 janv. 1874.
(5) Boymond. Loc. cit.
(6) Desgrez et Feuillié. *C. r. de la Soc. de biol.*, 1911, t. LXXI, p. 717, et *C. r. de l'Acad. des sciences*, 1912, t. CLIII.

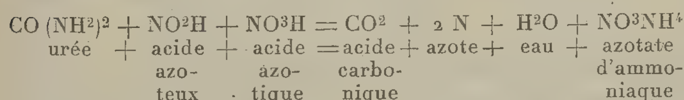
fait que l'hypobromite constitue un réactif brutal d'oxydation, qu'il ne décompose pas intégralement l'urée, qu'il attaque plus ou moins profondément les autres principes azotés des liquides physiologiques, Desgrez et Feuillié ont repris, en la rendant applicable à la clinique, l'ancienne méthode de Gréhant modifiée par Bouchard puis par Boymond.

Pour pratiquer le dosage, on se sert d'un uréomètre à chloroforme ou à tétrachlorure de carbone spécialement établi.

On introduit dans l'appareil 1 centimètre cube d'urine, 5 centimètres cubes d'eau et 10 centimètres cubes du réactif de Millon au nitrosonitrate de mercure. On chauffe doucement un ajutage métallique adapté à la cuve, de façon à ce qu'on obtienne une température constante de 35 degrés, on agite de temps en temps l'uréomètre. Au bout de trente minutes, la décomposition uréique étant complète et le volume gazeux n'augmentant plus, on immerge l'uréomètre dans une première éprouvette remplie d'eau pour le débarrasser du chloroforme, le laver ; on le fait ensuite passer dans une deuxième éprouvette remplie d'eau alcalinisée avec de la soude de façon à enlever les traces de CO^2 restant, on transvase enfin dans l'eau pure et on mesure le volume gazeux.

Cette méthode longue, mais précise, donne pour le sang des résultats un peu plus faibles que la méthode à l'hypobromite. Pour Frenkel (*loc. cit.*) elle atteint le maximum de précision en tant que méthode clinique.

Notons que l'équation qui lui sert de base



$$CO(NH^2)^2 + NO^2H + NO^3H = CO^2 + 2N + H^2O + NO^3NH^4$$

urée + acide azoteux + acide azotique = acide carbonique + azote + eau + azotate d'ammoniaque

permet :

1° De doser l'ammoniaque qu'on peut mettre en liberté par la décomposition de l'azotate d'ammoniaque produit (on prendra au Sörensen-Ronchèse le titre de l'ammoniaque avant et après l'expérience) ;

2° De recueillir le gaz carbonique dégagé et le peser (Millon), ou en déterminer la quantité dégagée par liqueur titrée (Berthelot et Bergeron) ;

3° De déterminer par la pesée le CO^2 et l'azote dégagés (Boymond) ;

4° De mesurer les volumes gazeux (Gréhant, Bouchard et Huguet).

C. **Dosages de l'urée à l'état de pureté, à l'état salin, ou à l'état de combinaison insoluble.** — Tous les procédés basés sur ce principe laissent beaucoup à désirer, parce qu'ils sont toujours inexacts à cause de la solubilité de l'urée et de ses sels et à cause des transformations qu'ils subissent sous l'influence de la chaleur et des réactifs, exception faite pour le procédé de Fosse que nous exposerons ci-après, qui est précis et spécifique pour doser l'urée dans les liquides complexes de l'organisme animal, parce que la xanthylurée produite est sensiblement insoluble, mais qui a cependant l'inconvénient d'être long, délicat et coûteux.

A ces procédés se rattachent les noms de Fourcroy et Vauquelin (urée) ; Vauquelin (azotate d'urée) ; Henry (2 procédés) ; Lecanu (2 procédés) ; Chalvet (azotate d'urée) ; Berzelius [1] (oxalate d'urée) ; Betz (tartrate d'urée) ; Liebig [2] (combinaison avec l'azotate mercurique), Fosse [3] (xanthylurée).

Méthode de Liebig. — Elle repose sur ce double fait que le chlorure mercurique ne précipite pas l'urée, tandis que celle-ci donne avec l'azotate mercurique un composé insoluble jaune ayant pour formule $2CO(NH^2)^2 NO^3(Hg)^2 3HgO$.

On opère à l'aide d'une solution titrée d'azotate mercurique en présence d'une quantité connue de NaCl. Il se fait d'abord par double décomposition du chlorure mercurique et un trouble persistant ne se produit que lorsque tout le sel marin a été décomposé.

Cette méthode modifiée par Raütenberg (4) et Pflüger (5) est délicate et comporte diverses causes d'erreurs. Peu usitée, nous ne la décrirons pas plus amplement.

Méthode de Fosse. — Hugounenq et Morel (6) en indiquent la technique suivante :

1° *Réactifs nécessaires.* — Alcool à 95 degrés ; alcool à 50 degrés ; alcool à 95 degrés saturé de dixanthylurée ; acide acétique glacial ; xanthydrol en cristaux.

2° *Désalbumination.* — On mesure exactement 10 centimètres cubes de liquide (sang, sérum, liquide céphalo-rachidien, etc.). On les fait tomber dans un ballon jaugé de 100 centimètres cubes à moitié plein d'alcool à 95 degrés froid. On agite et on complète à 100 avec de l'alcool de même concentration. On agite, et après une demi-heure de contact ou plus, on filtre sur un filtre à plis ou sur une essoreuse.

3° *Evaporation de l'excès d'alcool.* — Cette opération est indispensable. On prélève une partie aliquote aussi considérable que possible et exactement déterminée du filtrat. On la verse dans une capsule de porcelaine à fond rond, et, après addition d'une seule goutte d'acide acétique, on évapore au bain-marie en évitant d'aller à sec et en s'arrêtant quand il reste 10 centimètres cubes de liquide. On fait alors passer celui-ci dans une éprouvette graduée de 100 centimètres cubes, on lave la capsule avec 25 centimètres cubes d'alcool à 50 degrés froid qu'on joint au liquide versé dans l'éprouvette.

4° *Précipitation de l'urée.* — On ajoute à ce liquide une solution filtrée, s'il est nécessaire, et faite extemporanément de 1 gramme de xanthydrol dans 25 centimètres cubes d'acide acétique. On agite vigoureusement avec une baguette de verre et on complète le volume à 100 centimètres cubes avec de l'alcool à 95 degrés. La dixanthylurée commence de suite à précipiter, surtout si la teneur en urée est élevée. On attend que la précipitation soit complète.

(1) Berzelius, d'après A. Becquerel. *Séméiotique des urines*, 1841, p. 30, Paris, Fortin-Masson.
(2) Liebig. *Ann. der Chemie und Pharm.*, t. LXVIII, p. 310.
(3) Fosse. Loc. cit.
(4) Rautenberg. *Ann. d. Chem. und Pharm.*, t. CXXXIII, p. 55.
(5) Pflüger. *Zeit. f. anal. Chemie*, t. XIX, p. 375.
(6) Hugounenq et Morel. *C. r. de la Soc. de biol.*, 1913, t. LXXIV, p. 1055, et 1914, t. LXXVI, p. 414.

Si l'on ne désire pas une précision très rigoureuse, on peut filtrer après quatre heures. Si l'on veut une grande précision, on opère de la façon suivante :

5° *Filtration et pesée de la xanthylurée.* — Après vingt-quatre heures de séjour à la température du laboratoire, on recueille le précipité de dixanthylurée sur une grosse rondelle en papier qui permet d'éviter les inconvénients de l'hygroscopie de la laine de verre préalablement employée. Pour cela, dans du papier résistant on découpe à l'emporte-pièce des cercles identiques entre eux de 20 millimètres de diamètre ; on les lave avec un mélange d'acide acétique puis avec de l'alcool à 95 degrés. On les fait sécher et on les conserve en vase bouché.

Au moment d'un dosage, on prélève avec des pinces deux de ces cercles, on inscrit sur chacun d'eux au crayon une lettre et un numéro d'ordre et l'on en met un sur un plateau, l'autre sur le second plateau d'une balance. On tare les deux filtres l'un par rapport à l'autre.

On place chaque rondelle au fond d'un creuset de Gooch de 20 millimètres de diamètre au fond et chaque creuset muni d'un anneau de caoutchouc sur une fiole à vide.

On fait passer, sans l'aide du vide, sur le filtre destiné à recevoir le précipité, le liquide surmontant la dixanthylurée, puis celle-ci que l'on entraîne complètement avec 20 centimètres cubes d'alcool saturé de dixanthylurée que l'on essore par le vide. Puis on lave à trois reprises, en s'aidant du vide chaque fois, avec la valeur de la capacité du creuset d'alcool à 95 degrés saturé de dixanthylurée. On fait ensuite passer le filtrat sur le deuxième filtre et on lave celui-ci à trois reprises avec de l'alcool saturé de dixanthylurée.

On sépare les creusets des anneaux de caoutchouc et on les sèche pendant une heure à une température de 80 à 100 degrés.

On fait tomber avec une aiguille à dissocier chacun des filtres sur le plateau de la balance qui lui correspond, en ayant soin d'entraîner avec l'aiguille la petite quantité de matière adhérente aux parois du creuset et qui, en raison de sa neutralité, peut être placée sans interposition sur le métal du plateau. On détermine l'accroissement du poids du filtre qui a retenu la xanthylurée.

6° *Correction.* — Des déterminations très précises de contrôle ont montré qu'en ajoutant à cet accroissement de poids 1^{mmg}5 pour tenir compte de la quantité de substance perdue par solubilité, on récupère à l'état de dixanthylurée la totalité de l'urée.

7° *Calcul.* — On divise par 7 le poids de la dixanthylurée recueillie pour avoir le poids de l'urée dans la portion de filtrat désalbuminé mis en œuvre.

IV

Conclusions. — Pour les besoins de la clinique, le chimiste est amené à doser soit l'urée éliminée par les urines, soit l'urée retenue dans l'organisme.

Pour doser l'urée retenue on peut indifféremment opérer sur le sang, le sérum, le liquide céphalo-rachidien, ou encore chez les hydropiques sur le liquide d'œdème, d'ascite ou pleural.

MM. Widal et Froin (1) ont montré que l'urée retenue dans le sang se retrouvait au même taux dans le liquide céphalo-rachidien. Puis nous avons établi (2) que la loi était plus générale encore, et que l'urée retenue diffuse à un taux identique dans tous les liquides de l'organisme.

Pour doser l'urée de l'urine, il n'est pas indispensable de déféquer. L'erreur du dosage chimique qui en résulte est en général négligeable par rapport à l'imprécision du volume des urines du nyctémère. On opérera sur 1 centimètre cube de prise d'essai.

Pour doser l'urée du liquide céphalo-rachidien il n'est pas indispensable non plus de déféquer. Le liquide céphalo-rachidien ne renferme en général que des traces d'albumine qui ne gênent pas les manipulations et qui ne faussent pas les résultats d'une façon sensible, si on emploie les procédés qui n'attaquent pas l'albumine. Il faut opérer autant que possible sur 5 centimètres cubes. La recherche de l'azotémie sur le liquide céphalo-rachidien a l'avantage énorme de la simplicité au point de vue chimique et de la rapidité. On a la réponse pour ainsi dire instantanément. C'est le liquide de choix, *à l'hôpital*, où la ponction lombaire est acceptée aussi facilement que la ponction de la veine.

Pour doser l'urée dans le sang, le sérum, les liquides pleuraux ou ascitiques, il est indispensable de précipiter préalablement l'albumine.

Nous avons montré (3), ainsi que MM. Widal, André Weill et Laudat (4) et contrairement à une opinion émise par M. Aronssohn (5), que les chiffres d'urée obtenus par des dosages effectués sur le sérum sanguin sont pratiquement identiques à ceux fournis par le sang total. Le sérum étant beaucoup plus maniable que le sang total lui sera donc toujours préféré, étant entendu, d'ailleurs, que si, par suite soit du transport, soit d'une libération défectueuse du caillot, soit d'une prise de sang légèrement insuffisante, le sérum au lieu d'être pur contient une certaine quantité de globules, le résultat de l'analyse sera tout de même considéré comme valable.

Chez les pleurétiques, les ascitiques ou les gros œdémateux, on dosera l'urée de préférence sur les liquides pleuraux, d'ascite ou d'œdème, qui, à cause de leur moindre quantité d'albumine, se laissent déféquer beaucoup plus facilement.

La précipitation de l'albumine sera faite de préférence par la chaleur si on peut y consacrer le temps nécessaire, si non par l'alcool ou à la rigueur par

(1) Widal et Froin. L'urée dans le liquide céphalo-rachidien des brightiques, *C. r. de la Soc. de biol.*, 1904, p. 282.

(2) Javal. Contribution numérique à l'étude de la composition des sérosités physiologiques et pathologiques de l'organisme chez l'homme, *Journ. de phys. et path. gén.*, juillet 1911.

(3) Javal. Sur le dosage de l'urée dans le sang, *C. r. de la Soc. de Biol.*, 1911, II, p. 399.

(4) Widal, André Weill et Laudat. Comparaison du taux de l'urée dans le sérum sanguin et le sang total, *C. r. de la Soc. de biol*, 1911, II, p. 492.

(5) Aronssohn. Sur le dosage de l'urée dans le sang, *C. r. de la Soc. de biol.*, 1911, II, p. 346 et 432.

l'acide trichloracétique si l'on veut une réponse très rapide.

Les dosages seront faits pour les besoins de la clinique par le procédé à l'hypobromite de soude à l'aide de l'uréomètre Yvon à mercure avec ou sans les modifications de MM. Hallion et Ambard. On pourra tenir compte des corrections que nous avons indiquées.

Le choix de la prise d'essai est très important. On adoptera comme minimum pour les sérosités dont on ne soupçonne pas d'avance la teneur en urée : 5 centimètres cubes pour le liquide céphalo-rachidien et 10 centimètres cubes pour le sérum et les autres liquides à déféquer. Si on est surpris par une quantité d'azote excessive pour le tube de l'uréomètre, on recommencera l'opération avec une prise d'essai moindre, mais on s'arrangera pour faire des lectures qui, autant que possible, soient comprises entre 2 et 6 centimètres cubes d'azote.

Pour certains dosages spéciaux, on adoptera la méthode de Fosse qui, théoriquement, est la plus parfaite, mais dont la complication est hors de proportion avec la précision nécessaire et suffisante que réclame le clinicien pour suivre la marche d'une azotémie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 6 MAI 1914)

De la dérivation des urines dans les opérations sur l'urètre. — M. L. LABBÉ, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Marion (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 52, p. 861), avait été cité par M. Bazy comme ayant l'un des premiers songé à la dérivation des urines dans les interventions sur l'urètre. C'est en 1870 que, pour la première fois, M. Labbé eut l'idée de faire une ponction de la vessie avec l'aiguille aspiratrice que Dieulafoy venait d'inventer. Il s'agissait d'un ouvrier qui était tombé à califourchon sur un madrier et qui s'était rompu l urètre. Grâce à des ponctions vésicales répétées sans le moindre inconvénient deux fois par jour, M. Labbé put intervenir sur l'urètre rompu et obtenir une réunion par première intention sans rétrécissement consécutif.

Dans un autre cas, il s'agissait d'un jeune confrère qui, dans une lutte amoureuse énergique, se rompit l'urètre. Il en résulta une très forte hémorragie. Pendant douze à quinze jours, matin et soir, M. Labbé lui fit la ponction vésicale. Ce malade guérit également sans rétrécissement.

Ce mode de dérivation peut être utile aussi dans les cas de rétention chez les prostatiques.

M. Labbé a pu remarquer qu'après une ponction vésicale faite chez ces malades le cathétérisme de l'urètre qui était impossible devient très facile.

Sans méconnaître les perfectionnements considérables qui ont été apportés à la chirurgie urinaire dans ces derniers temps, M. Labbé estime, avec raison, qu'il peut être utile de faire connaître à ses jeunes collègues un moyen de dérivation des urines qui lui a rendu de grands services et qui pourrait être employé encore avec avantage.

Lavage du péritoine à l'éther. — M. SOULIGOUX rappelle que dans la dernière séance on a fait le procès de cette méthode. Il pense que les accidents qui ont été observés ont été dus à une mauvaise technique ou sont imputables à l'extrême gravité de la maladie bien plus qu'à la méthode elle-même. Il croit donc utile de rappeler la façon dont il l'applique. Il n'est pas nécessaire de mettre de grandes quantités d'éther; il faut avoir soin d'éponger ce qui peut rester et surtout de ne jamais refermer le ventre complètement. Il faut drainer. M. Souligoux procède toujours ainsi et il est convaincu d'avoir guéri des malades qui auraient certainement succombé sans l'emploi de cette méthode.

Reprenant les observations qui ont été publiées et dans lesquelles on a constaté des accidents, M. Souligoux démontre que ces accidents ne sauraient être imputés à l'éther. Par exemple, un homme tombe sous une automobile, la roue lui passe sur le ventre, on le transporte à l'hôpital, on l'opère d'urgence, on trouve du sang et du pus dans le ventre, une perforation de l'intestin grêle, on met de l'éther, le malade meurt le soir. Dira-t-on que c'est l'éther qui l'a tué? On a cité des cas dans lesquels les malades ne se sont pas réveillés et ont succombé; n'a-t-on pas vu ces accidents se produire en dehors de l'application de l'éther?

M. Souligoux résume 20 observations dans lesquelles on a eu recours à sa méthode : c'est un cas de péritonite généralisée avec perforation de l'utérus, lavage à l'éther, guérison (docteur Marcille); autre cas : péritonite généralisée, perforation de l'intestin, lavage à l'éther, mort le onzième jour de pneumonie. M. Souligoux cite plusieurs faits empruntés à sa pratique personnelle ou à celle de MM. Marcille, Cunéo, Dugué, etc., dans lesquels la méthode en question a donné de très bons résultats. M. Souligoux se croit donc en droit de considérer cette méthode comme appelée à un grand avenir.

Anesthésie régionale. — M. LEGUEU fait un rapport sur cinq cas de néphrectomie opérés par M. Sourdat, assistant de M. Pauchet (d'Amiens) à l'aide de l'anesthésie régionale. Trois fois sur cinq, M. Sourdat a été obligé d'ajouter l'anesthésie générale à l'anesthésie régionale. Après avoir rappelé les deux principales techniques de l'anesthésie régionale, M. Legueu explique que, pour obtenir cette anesthésie d'une façon suffisante dans les opérations rénales, il faut porter l'agent anesthésique au contact de la colonne vertébrale, au niveau des quatre derniers espaces dorsaux et des trois premiers espaces lombaires. En outre, il ne faut pas opérer immédiatement, il faut attendre de quinze à vingt minutes.

Différents faits de chirurgie. — M. ZIEMBICKI (de Lemberg) communique plusieurs faits intéressants de sa pratique personnelle. Premier cas : à dix heures son assistant opère une hernie crurale non étranglée; il en fait la cure radicale A quatre heures, ce malade présente tous les signes d'une inondation péritonéale et meurt. A l'autopsie on trouve deux litres et demi de sang dans la cavité péritonéale; le péritoine, la vessie avaient été rompus, la blessure venait d'une obturatrice. Deuxième fait : M. Ziembicki se proposait d'opérer un homme de soixante-dix-huit ans atteint de la pierre; il comptait faire la lithotritie. Son aide fait la taille hypogastrique, retire la pierre et suture la vessie. Le malade présente des symptômes de septicémie; M. Ziembicki le voit le lendemain matin, retire la mèche qu'il trouve à peine teintée de sang; le malade est pris d'anurie et succombe sous les symptômes d'une septicémie aiguë. A l'autopsie on trouva une hémorragie périvésicale. Troisième cas : embolie de l'aorte abdominale, ablation d'un caillot; opération six heures après l'accident, guérison complète. Dans un autre cas, M. Ziembicki a enlevé un caillot de l'iliaque primitive droite par laparotomie, guérison. Il rappelle, à ce propos, que Tillaux a écrit que s'il avait à faire la ligature de l'iliaque primitive il interviendrait par la laparotomie! En passant, M. Ziembicki est heureux de rendre cet hommage à cet ancien maître.

Autre fait : il s'agit d'un sarcome de l'arrière-cavité des épiploons chez un homme de quarante-deux ans, malade depuis quatre ans et présentant des phénomènes de sténose pylorique. M. Ziembicki ouvre le ventre, trouve une tumeur rétropéritonéale, fait une ponction, tire deux litres et demi de vieille bile. C'était une énorme vésicule biliaire luxée à travers l'hiatus de Winslow, suture et drainage.

M. Ziembicki communique ensuite plusieurs faits se rapportant à la pathologie chirurgicale de l'âge de croissance, coxa vara, luxations iliaques pathologiques, etc., luxations silencieuses, sans traumatisme, sans antécédents.

Hypospadias. — M. MARION présente un jeune garçon, hypospade, qu'il a opéré, suivant sa coutume, par le procédé de Duplay. Résultat parfait. D'une discussion à laquelle prennent part MM. Ombrédanne, Broca et Walther, il résulte, ainsi que le soutient M. Marion, que c'est au procédé de Duplay pratiqué en deux temps qu'il faut donner la préférence.

PRATIQUE MÉDICALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ANALGÉSIQUES DANS LES NÉVRALGIES FACIALES ET LES ODONTALGIES

L'aspirine, utilisée principalement dans le rhumatisme et les états arthritiques, possède aussi des propriétés analgésiques remarquables par la rapidité de leur action suspensive de la douleur et la constance de leur effet, surtout dans les névralgies faciales et les odontalgies.

Un praticien de Lyon, le docteur M..., relate à ce sujet un cas le concernant lui-même et susceptible de caractériser l'action sédative parfois surprenante de l'aspirine.

Il y a quelque temps, le docteur M..., ayant une molaire supérieure à se faire soigner, se rendit chez un confrère. Le diagnostic était simple et certain, c'était un deuxième degré. A la suite de raisons accessoires, il fut décidé de détruire la pulpe par l'acide arsénieux. Trois heures après le pansement, des douleurs très vives commencèrent, tout fut essayé pour les calmer, tout échoua ; pyramidon, antipyrine, spécialités connues, pris même à hautes doses ; la nuit se passa en d'intolérables douleurs. C'est alors que le docteur M... eut l'idée d'essayer l'aspirine.

En pleine crise de douleur, il prend un comprimé d'aspirine Bayer. De six à dix minutes après, disparition totale et brusque de la douleur, analgésie complète pendant quatre heures à quatre heures et demie, puis réapparition de la douleur qui arrive à son maximum en deux ou trois minutes.

On dirait qu'un barrage s'est brusquement rompu, laissant la douleur reprendre le niveau qu'elle possédait avant que ce barrage n'ait été élevé.

Des prodromes nets, constants, se déroulant en un temps très court, signalaient le retour de la douleur :

1° Fléchissement des jambes qui se dérobent et ne semblent plus pouvoir porter le poids du corps ;
2° Sueurs par tout le corps ;
3° Envie intense d'uriner ;

Le tout ne durant pas plus de cinq minutes, puis la douleur pulpaire reparaissait presque immédiatement pour cesser après une nouvelle dose d'Aspirine.

Ceci se répéta de façon absolument identique pendant cinq jours. Au bout de ce temps les douleurs disparurent, la pulpe étant morte.

Mais l'action de l'Aspirine Bayer sur les nerfs d'arrêt s'était lumineusement révélée au cours de cette crise.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance du 28 mars 1914.*) Robert DANIS : La greffe de segments veineux sur les voies biliaires. — HEBRANT : Sur l'ostéomalacie chez le chien. — Ch. FIRKET : Sur la persistance de nodosités inflammatoires consécutives à des injections de paraffine camphrée. — VAN GEHUCHTEN et VAN GORP : Un cas d'aphasie motrice vraie avec agraphie par lésion du centre de Broca. Un cas d'agraphie pure. Un cas d'aphasie d'intonation. — VAN GEHUCHTEN et GORIS : Un cas d'aphasie d'origine otique du lobe temporal gauche.

Annales des maladies vénériennes. — (N° 4, avril 1914.) RICHAUD et GASTALDI : Néosalvarsan et eau distillée. — GAUCHER et BORY : A propos de deux cas de mal vertébral syphilitique sous-occipital. — Giacomo DEFINE : Quelques considérations pratiques sur la sérothérapie antigonococcique. — André WEIL : Etude clinique sur le vaccin antigonoccique des docteurs Nicolle et Blaizot. — PAYENNEVILLE : Deux chancres syphilitiques extragénitaux. Chancre narinaire. Chancre du doigt.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 4, avril 1914.) GARNIER, VANNIER et ROUSSILLE : Epidémie de faux ictère provoquée par l'ingestion d'acide picrique. — BELLOT : Au sujet de quelques cas d'intoxication par des pommes de terre avariées. — LEMOINE : Rapport sur la campagne antipaludique entreprise en Algérie-Tunisie depuis 1905. — SALLE : Le paquet de pansement individuel.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 14, 7 avril 1914.) STÜHMER : Sérum au salvarsan. — EKUSCHEN : Traitement de la syphilis du système nerveux central d'après Swift et Ellis. — POUNDORF : Contribution à la guérison de la tuberculose. — KAHLE : Sur les échanges en acide silicique dans le cancer et la tuberculose. — RÖSSLE : Le traitement par le silicium dans la tuberculose. — PRINGSHEIM : Sur la valeur diagnostique et pronostique de la répétition de réactions locales à la tuberculine chez l'adulte. — STUMPF : Traitement et prophylaxie du choléra d'après mes expériences de Nisch et Belgrade. — LÖFFLER : Foie et rate aux rayons Röntgen. — ABDERHALDEN et FODOR : Nouvelles recherches sur la présence de ferments protéolytiques étrangers dans le sang des femmes enceintes. — ABDERHALDEN et GRIGORESCU : Examen biologique des résultats du procédé de dialyse. — SCHIFF : Emploi de la réaction d'Abderhalden dans le diagnostic de la grossesse. — SCHUBERT : Traitement de la furonculose dans le jeune âge par le thermocautère. — OBMANN : Un cas de vaccine généralisée dans l'eczéma de la tête. — MENDL : Contribution au diagnostic de l'hémorragie cérébrale. — WIESEL : Un nouveau tonique du cœur, la cymarine. — ALTER : La toxicité du salvarsan. — GAUS : Technique des prises de sang et des injections intraveineuses.

Revue neurologique. — (N° 6, 30 mars 1914.) L. ALQUIER : Basedowisme ou névrose vaso-motrice (troubles vasomoteurs avec cœur instable et facilement excitable, dyspepsie nerveuse, tremblement, troubles psychiques). — NOICA : Etude sur les réflexes.

Tunisie médicale. — (N° 3, mars 1914.) COUDRAY : Diagnostic et traitement de l'ankylose temporo-maxillaire.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.


Sirop Roche
Sirop Roche
Ch. Weiss
PARIS
CACHETS ROCHE DE THIOCOL
DE THIOCOL ROCHE
COMPRIMÉS ROCHE DE THIOCOL

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 10 francs par an. Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-32

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 9 mai. — MM. Faroy, 16; Ramond, 20; Schaeffer, 16.

Prochaine séance, mardi 12 mai, à seize heures trente, à l'hôpital Lariboisière.

— Concours d'accoucheur des hôpitaux. — A la suite de la composition écrite sont admis à prendre part à la seconde épreuve les sept candidats dont les noms suivent :

1. M. Lévy (43), 2. M. Le Lorier (42), 3. M. Guéniot (37), 4. M. Chirié (37), 5. M. Dupont (36), 6. M. Lequeux (35), 7. M. Lemeland (32).

Prochaine séance (épreuve clinique), mardi 12 mai, à seize heures et demie, à la Maternité.

GUERRE. — Service de santé militaire. — Par décision ministérielle du 5 mai 1914 les médecins et pharmaciens aides-majors de deuxième classe, élèves sortis de l'école d'application du service de santé militaire dans l'ordre ci-dessous reçoivent les affectations suivantes (service) à l'exception de MM. Arène, Hecquet et Sorrel qui rejoindront à l'expiration du congé de convalescence qui leur a été accordé à dater du 3 mai, de MM. Courty, Petit et Falvy qui sont maintenus à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce pour y assurer le service de garde, au plus tard jusqu'au 1er janvier 1915 et de ceux désignés pour le Maroc. Ces officiers du corps de santé devront rejoindre immédiatement leur poste d'affectation (ou le port d'embarquement pour l'Algérie-Tunisie) en profitant des délais de tolérance et de route. Ceux à destination du Maroc occidental s'embarqueront à Marseille le 23 mai ou à Bordeaux le 25 mai suivant le lieu où ils jouissent de leur permission et d'après les règles fixées par la circulaire du 13 mars 1913.

M. Tardy, désigné pour le Maroc oriental, s'embarquera à Marseille le 21 mai.

1° *Médecins.* — MM. Parouty, hôpital militaire du Val-de-Grâce (bactériologie); Duffau, école de cavalerie de Saumur; Melnotte, 4e d'artillerie; Bertrand, 9e dragons; Courty, hospice de Besançon; Prunet, 143e d'infanterie; Delaye, 16e chasseurs à cheval; Perrier, 13e chasseurs à cheval; Petit, hôpital de Nancy; Avinier, 60e d'infanterie; Monteux, 3e d'infanterie; Hassler, 35e d'infanterie; Mauguière, hôpital de Nancy; Dionnet, 90e d'infanterie; Bergis, 3e génie; Arlabosse, 20e chasseurs à cheval; Romain, 21e dragons; Jughon, 82e d'infanterie; Pourquier, 7e bataillon de chasseurs à pied; Géraudie, 173e d'infanterie; Pélissier, 2e d'infanterie; Pambet, 1er chasseurs à cheval; Decrop et Gibert, Maroc occidental; Coffiney, 3e hussards; Giguet, hospice de Besançon; Rambault, Maroc occidental; Costedoat, 34e d'infanterie; Poy, 29e dragons; Poujol, 15e chasseurs à cheval; Attané, 106e d'infanterie; Boutin, 8e dragons; Coudray, 136e d'infanterie; Bravet, 5e bataillon de chasseurs à pied; Rousset, Maroc occidental; Nénon, 86e d'infanterie; Hassenforder, 171e d'infanterie; Haton, 28e dragons; Salle, 12e dragons; Roshem, 127e d'infanterie; Hébrard, 11e génie; Le Lyonnais, 93e d'infanterie; Dano, Maroc occidental; Bassargette, 157e d'infanterie; Chaumet, 133e d'infanterie; Lesbre, 29e d'infanterie; Bergès, 61e d'artillerie; Bollot, 40e d'artillerie; Legler, 12e chasseurs à cheval; Aublant, 146e d'infanterie; Sallès, 80e d'infanterie; Gauthier, 16e bataillon de chasseurs à pied; Grosjean, 160e d'infanterie; Lhoste, 2e chasseurs à cheval; Pommadère, 19e bataillon de chasseurs à pied; Fossé, 21e d'infanterie; Collet, Maroc occidental; Debord, 9e génie; Fayolle, 47e d'artillerie; Arène, Tunisie; Condamine, 62e d'artillerie; Streissel, 156e d'infanterie; Retrouvey, 167e d'infanterie; Eysseric, hôpital de Belfort; Gardey, 25e bataillon de chasseurs à pied; Gombaud, 155e d'infanterie; Vidal, hospice d'Epinal; Volf, 29e bataillon de chasseurs à pied; Lecompte, 147e d'infanterie; Rossinès, 1er bataillon de chasseurs à pied; Pontoizeau, 166e d'infanterie; L'Homel, 161e d'infanterie; Tussau, Maroc occidental; Castay, hôpital de Belfort; Pichot, hospice d'Epinal; Ernoul, Maroc occidental; Amidieu, hospice de Chaumont; Galan, 151e d'infanterie; Proux, hospice de Saint-Dié; Romey, hospice de Saint-Mihiel; Cambon, 148e d'infanterie; Bresson, Algérie; Tardy, Maroc oriental; Fabre, hôpital de Toul; Bourgeois, hospice de Verdun; Hecquet, Maroc occidental; Paoli, hospice de Saint-

Mihiel; Rolland, hospice de Verdun; Faur, Maroc occidental; Sorrel, Algérie; Meyer, hospice de Toul; Berge et Convers, Algérie.

2° *Pharmaciens.* — MM. Falvy, Roche et Le Mitouard, Algérie; Weber, Limoges; Goret, Verdun.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Sont nommés dans le corps des sapeurs-pompiers :

M. le médecin-major de deuxième classe Louis Robin, à Reims.

M. le médecin aide-major de première classe Henri Chevrier, à Reims.

LA LUTTE CONTRE LES ÉPIDÉMIES DANS LES GARNISONS. — Le ministre de la guerre vient d'arrêter des dispositions mettant des laboratoires portatifs de bactériologie à la disposition des médecins spécialistes qui sont chargés de procéder, dans les garnisons contaminées, à la détermination de certaines manifestations épidémiques. Les caisses constituant ces laboratoires portatifs seront d'ailleurs aménagées de façon à pouvoir être notablement réduites, suivant les ressources locales des garnisons à visiter. Un local sera toujours mis d'office et d'urgence à la disposition du médecin expert et deux hommes choisis — infirmiers autant que possible — lui seront adjoints; l'un d'eux devra pouvoir lui servir de secrétaire.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — La cinquante-cinquième assemblée générale annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu le dimanche 17 mai, à deux heures précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Conformément à l'article 53 des statuts, ne peuvent assister à l'assemblée générale que les membres du conseil général et les présidents et délégués des sociétés locales.

Les membres de l'Association qui ne font pas partie du conseil général ou qui ne sont ni présidents ni délégués des sociétés locales ne peuvent pas prendre part à l'assemblée générale, mais ils peuvent assister au banquet (souscription : 20 francs).

ASSOCIATION DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS. — L'Association professionnelle des journalistes médicaux français a tenu, le 2 mai, son assemblée générale statutaire, sous la présidence du professeur Doumer (de Lille).

On y a discuté les rapports de MM. Vitoux et H. Bouquet sur les avantages de l'affiliation individuelle soit à la Société des gens de lettres, soit à l'Association des écrivains scientifiques et repoussé l'idée de créer, sur le modèle de ces groupements, un organisme autonome destiné à défendre les droits des auteurs d'articles médicaux reproduits sans leur autorisation.

L'assemblée a ensuite accepté l'idée émise par le secrétaire général d'adresser aux journaux politiques de province et aux journaux scientifiques de l'étranger une circulaire les avertissant qu'ils trouveront parmi ses membres des correspondants compétents pour le cas où ils désireraient être tenus au courant du mouvement médical français.

BANQUET DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE LYON. — Le banquet annuel du *Tiercelet* aura lieu le jendi 14 mai 1914, à sept heures précises, au restaurant Maderni, rue de la République, à Lyon.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Les publications artistiques P.-L.-M.* — La Compagnie P.-L.-M. vient de faire paraître le premier numéro d'une revue trimestrielle, intitulée *Le P.-L.-M. illustré*, éditée d'une façon particulièrement luxueuse, ornée de nombreuses photogravures, dessins à la plume, etc.

Paraissant en janvier, avril, juillet et octobre, *Le P.-L.-M. illustré* contiendra toutes les indications propres à renseigner le voyageur.

Le P.-L.-M. illustré est en vente, au prix de 0 fr. 30 à la gare de Paris-Lyon (bureau de renseignements et bibliothèques) et dans les bureaux succursales et bibliothèques des gares du réseau P.-L.-M.

Pour les abonnements, France : 1 fr. 25 par an pour les quatre numéros; Etranger : 1 fr. 50; ou pour recevoir un numéro à domicile, 0 fr. 40 (en timbres-poste) pour la France et 0 fr. 45 (mandat-poste international) pour l'Etranger; adresser les demandes au service central de l'exploitation P.-L.-M. (publicité), 20, boulevard Diderot, à Paris.

JURISPRUDENCE

LE COUT DU CERTIFICAT D'ORIGINE DE BLESSURES DANS LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

La chambre des requêtes de la Cour de cassation a rendu, le 2 mars 1914, un arrêt, intéressant le corps médical tout entier; et, par sa nouvelle décision, elle a tranché la question suivante : « A qui incombe le coût du certificat médical déposé par l'ouvrier, lorsque ce dernier fait lui-même sa déclaration d'accident? Est-ce au patron ou est-ce au blessé? »

En vertu de l'article 11 de la loi du 9 avril 1898, modifié par celle du 22 mars 1902, tout accident ayant occasionné une incapacité de travail doit être déclaré dans les quarante-huit heures, non compris les dimanches et jours fériés, par le chef d'entreprise ou ses préposés, au maire de la commune qui en dresse procès-verbal et en délivre immédiatement récépissé. Dans les quatre jours qui suivent l'accident, si la victime n'a pas repris son travail, le chef d'entreprise doit déposer à la mairie, qui lui en délivre immédiatement récépissé, un certificat de médecin indiquant l'état de la victime, les suites probables de l'accident et l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif.

La déclaration pourra être faite dans les mêmes conditions par la victime ou ses représentants jusqu'à l'expiration de l'année qui suit l'accident.

Il résulte de cet arrêt (*D. P.*, 1914, 5, p. 37) que la loi du 9 avril 1898, en accordant à la victime d'un accident du travail la faculté de faire elle-même une déclaration et d'y joindre un certificat médical, ne contient aucune disposition mettant le coût du certificat à la charge du chef de l'entreprise. Par suite, cette obligation n'existe pour ce dernier que lorsqu'il fait lui-même la déclaration d'accident suivie du dépôt du certificat.

En faisant une déclaration de l'accident dont il a été victime, l'ouvrier n'agit ni à la décharge de son patron, ni comme son représentant, mais en son propre nom et pour son compte personnel, dans le but d'éviter les atteintes de la prescription annale; seul, il a intérêt à cette déclaration qui ne peut, en aucune hypothèse, incomber au directeur de l'entreprise.

Cette théorie, qui nous semble absolument nouvelle, fait table rase des anciens errements. On avait toujours dit que le coût du certificat initial, dans le cas qui nous intéresse, incombait au chef d'entreprise. Nous lisons, en effet, dans le « Vademecum du médecin praticien dans ses interventions pour les accidents du travail » (*Concours médical*, p. 28) : « Ne perdons pas de vue, d'ailleurs, que le blessé peut par lui-même, ou par son mandataire, faire la déclaration de son accident en y joignant un certificat de son propre médecin. Il retire de la mairie un récépissé de l'une et de l'autre. Dans ce cas, le patron doit le paiement de ce certificat conformément à l'article 9 du tarif ministériel, qui ne fait aucune distinction entre le certificat nécessaire pour la déclaration faite par le patron ou l'ouvrier. »

Cette décision ne paraît-elle pas contredire les dispositions mêmes de la loi de 1898 sur le libre choix du médecin, sanctionné par l'article 30?

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

CLINIQUE MÉDICALE

ÉTUDES SUR LA PATHOLOGIE DE L'ULCUS

VIII

LA STÉNOSE MÉSOGASTRIQUE D'ORIGINE ULCÉREUSE

Par M. Albert MATHIEU (*),
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Considérations préliminaires. — Nous allons maintenant nous occuper de la biloculation gastrique d'origine ulcéreuse. C'est une question extrêmement intéressante et pour laquelle j'ai bénéficié, dans une très large mesure, de ma collaboration prolongée avec mon collègue et ami Béclère. Les faits sur lesquels sera basé l'exposé que je vais faire reposent presque exclusivement sur des cas de biloculation d'origine ulcéreuse que nous avons observés ensemble, et c'est grâce à ces études communes que je puis actuellement montrer la façon dont on peut concevoir la biloculation gastrique, en reprenant l'histoire de cette déformation au moment où la radioscopie est intervenue dans son diagnostic.

Si vous voulez vous rendre compte de ce qu'étaient les notions que nous avions sur la biloculation gastrique avant l'intervention de la radioscopie dans l'examen de l'estomac, lisez l'excellente et très complète revue qu'en ont faite en 1908, dans les *Archives des maladies de l'appareil digestif*, MM. Lyon et Nathan. Vous verrez qu'à ce moment, à la suite des travaux d'un certain nombre d'auteurs parmi lesquels, en France, il convient de citer en première ligne M. Bouvret, on ne faisait que difficilement et en somme assez rarement le diagnostic de la biloculation gastrique. On se basait sur la démonstration de deux poches assez distinctes l'une de l'autre pour qu'elles puissent ou clapoter ou encore être insufflées séparément. Mais, en réalité, à cette époque, la biloculation gastrique était une curiosité clinique considérée comme assez exceptionnelle. Il était rare qu'on la diagnostiquât, et, la plupart du temps, c'était une trouvaille d'autopsie ou encore une trouvaille faite par le chirurgien à la suite de la laparotomie exploratrice.

Avec la radioscopie, tout change; ce diagnostic devient d'une facilité extrême, c'est un des plus faciles des diverses lésions de l'estomac. Désormais il est aisé de reconnaître une biloculation d'origine ulcéreuse. Il y aurait plutôt difficulté à en éviter le diagnostic dans les cas où elle n'est qu'apparente. Les anatomo-pathologistes et les chirurgiens eux-mêmes, au début, lorsque les radiologistes ont signalé la fréquence de l'image biloculaire de l'estomac au cours de diverses affections, et en particulier de l'ulcus, ont été étonnés d'une telle fréquence, et quelques-uns d'entre eux ont exprimé leur surprise et supposé qu'il devait y avoir là quelques erreurs.

On voit évidemment apparaître, dans certains cas d'ulcus de l'estomac, particulièrement d'ulcus de la petite courbure, des biloculations passagères. Malgré leur durée, qui peut être fort longue, des semaines et même des mois, elles ne répondent pas à des lésions de sténose définitives et complètement incurables : ce sont des biloculations par spasme de l'estomac.

Il est certain, malgré cela, que la biloculation par sténose mésogastrique vraie est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croyait autrefois, et, sans chercher une documentation plus étendue, on en trouvera la preuve dans les faits sur lesquels sera basée la présente étude.

L'histoire de la sténose mésogastrique d'origine ulcéreuse déterminant la biloculation de l'estomac se relie d'une façon absolument directe et très étroite à celle de l'ulcus de la petite courbure. C'est en effet presque exclusivement au cours de l'évolution de l'ulcus de la petite courbure que se voient les images biloculaires dues à un spasme mésogastrique, ou qu'il se produit ultérieurement un rétrécissement organique et définitif destiné à s'accentuer de plus en plus et à rendre de plus en plus difficile la communication entre la poche supérieure et la poche inférieure.

D'autre part, c'est en reprenant l'histoire rétrospective des malades atteints de biloculation gastrique qu'on arrive le mieux à compléter les données de la pathologie sur la sémiologie de l'ulcus de la petite courbure, et on peut prévoir que, grâce à cette vérification faite après coup, alors que la biloculation existe déjà, on acquerra des renseignements susceptibles de permettre de faire le diagnostic de l'ulcus de la petite courbure à une période plus précoce de son évolution.

En tous cas, on ne doit pas s'étonner de retrouver à propos de la biloculation ulcéreuse les grandes lignes de l'évolution pathologique et les grands points de repère clinique sur lesquels j'ai insisté dans l'étude consacrée à l'ulcus de la petite courbure.

Fréquence de la biloculation gastrique d'origine ulcéreuse. — Il serait difficile de dire quelle est la fréquence exacte de la biloculation gastrique au cours de l'évolution de l'ulcus chronique de la petite courbure. Mon élève Mazzoleni a relevé, dans les observations que nous possédons ici, 25 cas dans lesquels il y a eu à l'examen radioscopique une image biloculaire très nette, et ce ne sont pas les seuls cas observés dans mon service. Il en existe d'autres encore dans les fiches de la consultation. Par conséquent, ce nombre de 25 cas est inférieur à la réalité, et l'on accordera qu'il a une certaine importance si l'on considère que ces observations ont été prises depuis quatre ou cinq ans seulement. Sur ces 25 cas, il y en a 5 ou 6 dans lesquels il s'agissait d'une biloculation par spasme, non pas passagère au cours d'un examen, mais d'une biloculation

(*) Conférence faite le 19 mars 1914 à l'hôpital Saint-Antoine. (Compte rendu sténographique revu par l'auteur.)

Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 8, p. 117; n° 14, p. 213; n° 21, p. 325; n° 29, p. 464; n° 36, p. 581; n° 41, p. 661 et n° 46, p. 745.

ayant duré des semaines sinon des mois. Il reste donc une vingtaine de cas dans lesquels on peut considérer que la biloculation était lésionnelle, définitive, et qu'il y avait sténose vraie matérielle. Dans la moitié de ces cas, la vérification a été faite par la laparotomie au cours d'une intervention chirurgicale et la démonstration a été ici aussi complète que possible. Je dois ajouter que, dans deux cas, la biloculation d'origine ulcéreuse a été trouvée à l'autopsie chez des malades dont l'étude clinique n'avait pas été suffisante et qui, en particulier, n'avaient pas été soumis à la radioscopie.

Séméiologie. — Quelle est l'histoire clinique des malades atteints de biloculation gastrique d'origine ulcéreuse? Il est curieux de remarquer qu'elle est beaucoup plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Sur nos 25 cas, nous relevons 20 femmes et seulement 5 hommes. Ceci est d'autant plus curieux que, d'après nos statistiques, l'ulcus gastrique (et ceci doit être vrai pour l'ulcus de la petite courbure comme pour d'autres localisations) est deux fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Il y a là, semble-t-il, une prédisposition assez particulière de la femme à la biloculation gastrique, et non seulement à la biloculation spasmodique prolongée qui représente le minimum des faits, mais à la biloculation lésionnelle, définitive et progressive.

Dans la majorité des cas, il s'agissait de femmes âgées de trente à quarante-cinq ans, et, dans un peu plus de la moitié de ces cas, nous avons pu constater que ces malades avaient souffert de l'estomac déjà depuis dix ou quinze ans auparavant. Plusieurs d'entre elles avaient commencé à souffrir de l'estomac vers l'âge de quinze, seize, dix-huit ans et elles ont présenté des accidents graves dépendant de l'évolution de l'ulcus, des accidents par sténose en particulier, vers l'âge de trente à quarante ans. Ces malades avaient présenté des périodes paroxystiques de douleurs, souffrant pendant quinze jours, trois semaines, un mois, six semaines, puis cessant de souffrir pour voir au bout d'un espace de temps très variable ces crises paroxystiques se reproduire de nouveau. En général, les douleurs étaient, comme cela est la règle pour l'ulcus de la petite courbure, volontiers semi-tardives, c'est-à-dire se produisant moins de trois heures après l'ingestion des aliments. Ici encore, comme du reste d'une façon générale dans l'histoire de l'ulcus — et cela est peut-être encore plus accentué pour l'ulcus juxtapylorique — les douleurs au bout d'un certain temps avaient tendance à devenir plus précoces au fur et à mesure que les paroxysmes étaient plus prolongés et qu'ils présentaient une intensité plus considérable.

Il va sans dire que, chez ces malades, on rencontrera de temps à autre des hémorragies se manifestant par des hématémèses, par du melæna, mais je ne m'y arrête pas. Il est bien entendu, une fois de plus, que nous ne devons pas attendre la constatation directe des hémorragies pour faire le diagnostic de l'ulcus, si précieux que ce signe soit, du reste, pour certifier l'existence d'une lésion ulcéreuse.

Dans certains cas, c'est seulement deux à cinq ans avant l'apparition des accidents graves d'ulcus de la petite courbure et probablement de biloculation que les signes d'ulcération étaient apparus, et, chose assez curieuse, c'est chez les cinq hommes que les accidents ont marché le plus rapidement : trois d'entre eux ne souffraient que depuis un an. Cette particularité n'est peut-être qu'un hasard de série; mais il convient de la relever étant donnée la différence qui paraît exister entre la façon dont l'ulcus de la petite courbure à évolution sténosante se rencontre chez la femme avec une prédilection marquée.

Exemples cliniques. — Voici, à titre d'illustration, deux ou trois cas typiques d'ulcus sténosant chronique de la partie moyenne de l'estomac avec déformation biloculaire, déformation en sablier plus ou moins marquée.

Une femme de quarante ans souffre de l'estomac depuis l'âge de seize ans; les phénomènes douloureux se sont accentués surtout vers l'âge de trente ans, époque à laquelle elle perdit son mari et fut soumise à un grand surmenage. Du reste, chez elle, on peut noter, comme chez tant d'autres malades de ce genre, une influence extrêmement marquée des chagrins, du surmenage et même des simples contrariétés. Elle éprouvait de la douleur violente deux heures après le repas suivie de vomissements acides et alimentaires. Les vomissements sont très fréquents chez ces malades au cours des crises paroxystiques. Ce sont quelquefois des vomissements pituiteux ou des vomissements de liquide acide, mais fréquemment aussi des vomissements alimentaires précoces; les aliments sont expulsés peu de temps après leur ingestion. Dans un certain nombre de cas tout à fait exceptionnels, la poche supérieure est assez grande pour que les aliments s'y accumulent et y séjournent comme lorsqu'il s'agit d'une sténose du pylore. On peut alors trouver dans les matières rejetées des détritus d'aliments ingérés la veille, mais le fait est exceptionnel.

En 1890, cette femme est pendant neuf mois en état de maladie; de 1890 à 1900, elle a de nombreuses crises à intervalles de plusieurs mois. Dans les périodes d'accalmie, elle se trouve bien, peut manger de tout, n'ayant que des malaises presque insignifiants. Elle avait éprouvé les bons effets du régime lacté et y revenait d'elle-même à chaque crise paroxystique.

Opérée d'une iritis, elle fut soumise à une chloroformisation à la suite de laquelle survint une aggravation des symptômes gastriques. Cela n'a rien d'étonnant étant donnée l'action irritante du chloroforme sur l'estomac. Lorsqu'elle s'est présentée à nous en février 1909, elle accusait des douleurs paroxystiques atroces avec irradiation dans le dos. Ces irradiations dorsales existent fréquemment dans cette variété de l'ulcus de la petite courbure. Nous les connaissons déjà, du reste, dans l'histoire clinique de l'ulcus, et surtout de l'ulcus invétéré de la petite courbure.

Elle avait maigri énormément, elle avait eu quelque temps auparavant une petite hématémèse. Cette crise a persisté encore avec toute sa violence

pendant une huitaine de jours après son entrée dans le service, puis elle s'est atténuée. On fit alors un premier examen radioscopique qui montra un estomac nettement biloculaire avec deux poches séparées par un espace clair. Quelque temps après, nous avons constaté un fait exceptionnel : on trouvait à la palpation, à gauche de la région épigastrique, non seulement une douleur située vers la partie gauche de la région épigastrique, ce qui est fréquent dans les cas de ce genre, mais une petite tumeur contractile intermittente. Nous avons pu nous assurer lors de l'exploration chirurgicale que cette tumeur correspondait à la région sténosée, et l'intermittence de son durcissement aux contractions mêmes de l'estomac. Ceci est une exception. Il en résulte toutefois qu'il n'est pas impossible de trouver sur la partie gauche de la région épigastrique une petite tumeur douloureuse, contractile, attribuable à la sténose mésogastrique. J'en ai vu un autre cas. Toutefois la perception de cette tumeur ne fait pas le diagnostic différentiel, et je connais plusieurs cas vérifiés par la laparotomie dans lesquels cette petite tumeur du côté gauche de la région épigastrique était due au pylore lui-même. L'examen radioscopique dans le décubitus dorsal permet seul, mais permet, facilement, d'établir le diagnostic différentiel.

Cette malade, après sa sortie de l'hôpital, fut reprise de douleurs extrêmement intenses, et l'intervention fut décidée. Après laparotomie, M. Ricard a trouvé un rétrécissement mésogastrique en bague pour lequel il a pratiqué la pyloroplastie. Trois semaines après l'opération, nous avons constaté la disparition de l'interruption de la cavité gastrique. Il y avait, au lieu de l'espace clair existant entre les deux images, un canal large de deux doigts environ. Cet élargissement était évidemment encore insuffisant, une reprise ultérieure de la sténose restait menaçante ; mais il constituait toutefois une grande amélioration sur l'état antérieur.

Autre malade : ici, c'est une femme de cinquante-deux ans qui a commencé à souffrir de l'estomac à l'âge de dix-sept ou de dix-huit ans, et qui n'a jamais cessé depuis cette époque d'avoir des crises paroxystiques très intenses à des périodes plus ou moins éloignées. Ces crises s'étaient particulièrement accentuées cinq ans environ avant qu'elle ne se présentât à nous. La radioscopie a montré un estomac biloculaire avec un diverticule. Je profite de cette occasion pour signaler la coexistence fréquente de la biloculation et d'un diverticule, sur laquelle Haudek a particulièrement insisté. Il se montre en général au niveau même de la sténose. Je vais revenir dans un instant sur cette particularité.

Chez cette malade, la biloculation était tellement nette, la sténose tellement accentuée, tellement forte que l'opération fut bientôt décidée.

Je dois attirer l'attention sur un fait curieux qui m'a fait choisir cette observation de préférence à toutes les autres.

Au cours de son séjour dans mon service, cette malade n'a présenté qu'une seule fois du clapotage à jeun. L'examen radioscopique montra alors que du bismuth séjournait encore dans l'estomac trois jours après son ingestion. Eh bien ! malgré cela, j'ai cru pouvoir, avant l'opération, affirmer à M. Ricard qu'il ne trouverait pas de sténose pylorique, parce que je n'avais jamais plus, à aucun examen ultérieur, retrouvé de clapotage gastrique le matin à jeun. J'attribuais et j'attribue encore, pour juger de l'existence d'une sténose du pylore, une importance beaucoup plus grande à cette constatation clinique qu'à la rétention de bismuth dans l'estomac. En effet, M. Ricard, après avoir fait l'incision nécessaire pour la gastroplastie, introduisit le doigt dans l'estomac et pratiqua l'exploration interne du canal pylorique et il put aussi se rendre compte qu'il n'y avait aucune espèce de sténose. J'avais des raisons pour être aussi affirmatif, je connaissais un fait analogue : une malade de mon service, atteinte d'une sténose extrêmement serrée du cardia, avait eu du bismuth retenu pendant huit jours dans l'estomac. Cependant au moment de l'intervention, on n'avait pas constaté de sténose pylorique. J'avais prévenu le chirurgien de ce résultat, car à aucun moment il n'avait été possible de trouver, chez la malade, de clapotage à jeun et j'avais, avec raison, attaché plus d'importance à ce fait qu'à la rétention du bismuth.

Cela montre que, lorsqu'il existe une lésion de la partie moyenne de l'estomac, il peut y avoir rétention sous-jacente non pas par sténose pylorique, non pas même parce qu'il se produit du spasme du pylore, car, dans les cas de ce genre, on ne constate aucune espèce de contraction péristaltique exagérée, mais par une sorte d'inhibition ou d'atonie en aval de la lésion sténosante.

Ces faits sont extrêmement intéressants, parce qu'ils peuvent avoir une sanction pratique chirurgicale dont on entrevoit toute la portée.

Dans le cas présent, M. Ricard a constaté après la laparotomie, un rétrécissement très serré entre les deux poches, rétrécissement siégeant à la jonction du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la petite courbure. A ce niveau existait, sur la petite courbure, un ulcus immédiatement au-dessous duquel le doigt déprimant la paroi gastrique non ouverte pénétrait dans un diverticule situé dans l'intérieur du pancréas. Pas de sténose pylorique. Il a été fait également ici une gastroplastie, et la malade a été extrêmement soulagée pendant longtemps ; mais actuellement les douleurs ont tendance à revenir ; le canal de communication momentanément élargi tend à se resserrer et il est à craindre qu'on ne soit amené dans quelque temps à une nouvelle intervention.

Dans un certain nombre de cas, bien qu'il y ait une biloculation très accentuée, et un ulcus gastrique, il n'existe pas de lésion sténosante en anneau. On trouve seulement un ancien ulcère cicatrisé, et des adhérences périphériques fixant l'estomac au foie ou au pancréas.

A l'examen radioscopique de semblables estomacs on peut apercevoir une image diverticulaire. Cette apparence diverticulaire paraît être le fait du tiraillement par des adhérences. C'est, en somme, une sorte de diverticule par traction.

Les lésions ne font pas le tour de l'estomac, elles ne touchent qu'une partie de la petite courbure, en s'étendant quelquefois plus ou moins sur la face antérieure ou la face postérieure, mais il n'y a pas de rétrécissement circulaire, bien que l'image radioscopique montre deux poches séparées et réunies par un canal intermédiaire très étroit. Il faut bien admettre dès lors qu'il y avait combinaison entre une lésion incomplètement sténosante et un spasme surajouté.

Fréquence du spasme surajouté a une lésion. — L'adjonction d'un spasme à une lésion incomplètement sténosante est certainement un fait très commun. Au cours des laparotomies, il est très fréquent de découvrir une sténose beaucoup moins serrée que ne l'avait fait présumer l'image radioscopique, remarquable par l'étroitesse du canal de communication, entre la poche supérieure et la poche inférieure. Cette particularité a été relevée par d'autres auteurs. C'est seulement dans les cas invétérés, avec lésions cicatricielles, scléreuses, disposées, en cercle, en bague et enserrant l'estomac sur tout son pourtour, que la biloculation est le fait exclusif d'une sténose organique. Dans la majorité des cas, à la sténose s'ajoute un certain degré de spasme, si bien que, à l'examen direct au cours d'une laparotomie, le resserrement paraît beaucoup moins accentué que ne l'avait fait supposer l'image radioscopique.

Douleur a gauche de la région épigastrique. — Chez la presque totalité de nos malades atteints de sténose mésogastrique ulcéreuse (diagnostic vérifié, soit par examen direct après laparotomie, soit encore par l'existence d'un diverticule, signe caractéristique d'ulcus), nous avons observé une localisation particulière de la douleur, qu'il importe de noter.

L'extrême fréquence de cette localisation permet de penser qu'à une période plus précoce de l'évolution de l'ulcus, avant l'apparition de signes de sténose, un tel point douloureux pourrait déjà faire supposer que la lésion ulcéreuse siège au niveau de la petite courbure. D'autre part, la localisation si nette de cette douleur dans des cas invétérés pourra faire présumer avec exactitude l'existence d'une sténose mésogastrique.

Il y a une dizaine de jours se présentait à moi une jeune femme âgée de trente-huit ans que j'avais soignée à l'hôpital Andral il y a dix ans pour des phénomènes d'ulcus. Elle souffrait déjà à ce moment depuis environ huit ou dix ans, de sorte qu'il y a près de vingt ans que l'ulcus avait commencé. Eh bien! chez cette malade, en raison de son histoire antérieure, en raison du retour de ses crises paroxystiques, de leur accentuation dans les derniers temps, de la douleur nettement limitée à gauche de la région épigastrique, j'ai pu présumer l'existence d'une sténose mésogastrique que l'examen radioscopique a démontré exister véritablement. C'est un nouvel exemple de l'ulcus sténosant à évolution lente si fréquent chez la femme, type clinique sur lequel Béclère a justement appelé mon attention depuis plusieurs années. *(A suivre.)*

OTITE EXTERNE

PROVOQUÉE PAR LA PRÉSENCE D'UN PERCE-OREILLE DANS LE CONDUIT AUDITIF (1)

Par le docteur MOSSÉ (de Perpignan),
Laryngologiste de l'Hôpital civil.

Dans le courant du mois d'août 1913, un nommé B..., cultivateur à Baixas, commune voisine de Perpignan, se présenta à mon cabinet, et voici ce qu'il me raconta :

Quatre jours auparavant, travaillant aux champs, à l'heure où le soleil est le plus chaud, il s'était couché sur le sol, la tête sur sa veste en guise d'oreiller et s'était paisiblement endormi.

Au bout d'un certain temps il s'était réveillé en proie à de violentes douleurs du côté de l'oreille et avec la sensation très nette qu'un animal venait d'entrer dans cette oreille; depuis ce moment, il n'avait pas cessé de souffrir; ses douleurs correspondaient surtout « à l'intérieur de la tête » dans laquelle il percevait à la fois du bruit et une sensation de piqûre et de morsure.

J'examinai mon malade. Les deux parois du conduit auditif, fortement tuméfiées, obturaient presque complètement la lumière de ce conduit. Impossible de placer le plus petit spéculum d'oreille et de voir le tympan. La pression de ce spéculum sur la paroi postérieure du conduit déterminait une atroce douleur; les moindres tiraillements du pavillon étaient insupportables et la pointe de la mastoïde extrêmement sensible.

Je fis naturellement, comme chacun l'eût fait à ma place, le diagnostic d'otite externe furonculeuse et je mis la belle histoire que mon malade venait de me rapporter sur le compte de son imagination.

J'avais déjà saisi un bistouri pour inciser, lorsque je m'aperçus que mon malade qui, par tempérament, était sans doute « peu friand de la lame » faisait mine de s'évanouir à la vue de l'instrument.

Sa femme, qui l'accompagnait, m'expliqua que le pauvre homme n'avait pas fermé l'œil depuis quatre jours et que, sans cesse tracassé par son mal, il était dans un état nerveux qui rendait toute intervention impossible.

Je n'insistai pas; je prescrivis des cachets calmants, des fomentations chaudes et humides, et tenant cependant compte, dans une certaine mesure, de la version qui m'avait été servie, j'ajoutai à ce traitement des instillations de glycérine goménolée destinées à la fois à faire l'asepsie du conduit et à entraîner par asphyxie la mort de l'insecte, si tant est qu'il y en eût un au fond de l'oreille et qu'il fût encore vivant au moment présent. Je donnai rendez-vous à mon malade à quatre jours de date, bien persuadé ou que je le trouverais guéri ou qu'il faudrait débrider le conduit.

Mon malade fut exact au rendez-vous. A la simple vue de sa physionomie, je vis que mon traitement

(1) Communication au Congrès français de laryngologie, mai 1914.

avait produit tout son effet. Mon homme était guéri.

Néanmoins, je jugeai convenable de ne pas le laisser partir sans un nouvel examen.

Le conduit auditif, béant, dilaté, admettait les spéculums les plus volumineux. Les parois de ce conduit étaient saines et le tympan normal. Toutefois, quelque chose de noir était placé au fond de ce conduit, masquant une bonne partie du cadran inférieur du tympan. Etait-ce un débris de cérumen, un caillot de sang ? Je voulus le savoir ; avec une pince coudée je détachai l'objet de ma curiosité, et je fus beaucoup plus stupéfait que mon malade en constatant qu'il s'agissait d'un perce-oreille, que son immersion dans la glycérine goménolée avait pour ainsi dire embaumé, car l'insecte était dans un état de conservation parfaite. L'animal, qui de son vivant est gras et ventru, était devenu aussi mince, aussi plat qu'une feuille de papier à cigarettes. Par quel miracle la pince, en le retirant, ne l'avait-elle pas endommagé ?

La présence de l'animal au fin fond du conduit auditif expliquait les douleurs « dans la tête » ressenties par le malade au début de l'accident. Il m'est tout à fait impossible de dire si, au moment où le malade est venu me voir, c'est-à-dire quatre jours plus tard, l'insecte était toujours vivant et si les souffrances ressenties n'étaient pas simplement le fait de l'otite externe.

La présence dans l'oreille d'un forficule doit être chose assez banale, puisque cet animal est surtout connu sous le nom de perce-oreille.

M. le médecin-major Albert a publié, dans les *Annales des maladies de l'oreille* (1), à propos d'un cas qui diffère sensiblement de celui-ci, quelques détails intéressants sur la vie et les mœurs des forficules. « Ces animaux, dit M. Albert, vivent de préférence dans les endroits obscurs et humides, les troncs d'arbre, les tas de paille. Il est des régions de la France où ils sont extrêmement nombreux. Ce sont des animaux nocturnes, sortant rarement durant le jour et se déplaçant, au contraire, avec agilité durant la nuit. C'est incontestablement à leur habitude de rechercher les trous et lieux obscurs qu'il faut attribuer leur pénétration dans le conduit auditif des dormeurs. »

Cette hypothèse ne me paraît pas bien certaine. En effet, le perce-oreille ne pénètre jamais dans les fosses nasales, qui sont des cavités facilement accessibles, aussi obscures et aussi humides que le conduit auditif. Je crois plutôt que le forficule, en pénétrant dans ce conduit où il périra d'une façon ou de l'autre, est victime de son appétit ou de sa gourmandise.

Très commun dans notre région, le forficule montre une prédilection marquée pour les fruits d'été (pêches, prunes, abricots), qu'il va chercher sur l'arbre quand il ne les trouve pas au ras du sol. La couleur et l'aspect général du cérumen donne le change au forficule, qui confond ce cérumen avec la pulpe des fruits, et de l'abricot en particulier, dont il fait sa nourriture et son régal. Je n'ai, d'ailleurs, aucune prétention à l'entomologie et je donne mon hypothèse comme simplement basée sur l'observation d'un insecte que tout le monde connaît dans le Midi.

Quoi qu'il en soit, ayant pénétré dans le conduit auditif, notre animal, surpris par l'obscurité, ne sachant pas retrouver la porte par laquelle il est entré, s'enfonce de plus en plus profondément en s'engluant et s'empêtre dans le cérumen. Il finit par être prisonnier dans le conduit auditif à la façon d'une souris prise au piège.

Le forficule est un animal malpropre. Généralement, en effet, on le voit déambuler, son corselet noir et ses pattes souillées de boue, de poussière... et d'autre chose aussi que je n'oserai dire ici. En cherchant, à l'aide de ses pattes et de son aiguillon, à s'évader du conduit auditif, il inocule tout naturellement une otite à sa victime. Généralement, cette otite est une otite externe, mais si l'agent pathogène qui l'a provoquée gagne par propagation la muqueuse de la caisse, elle peut coïncider ou être suivie d'une otite moyenne.

A titre de prophylaxie, M. Albert recommande aux personnes habituées à dormir sur le sol, de garnir leurs oreilles de tampon de ouate.

Il est évident qu'elles se préserveront ainsi, non seulement contre l'invasion des forficules dans leurs oreilles, mais contre la pénétration de tous autres insectes — puces, pucerons, mouches, fourmis — dans ce même lieu. Il n'est pas non plus très rare de voir pénétrer dans l'oreille, pendant les mouvements involontaires du dormeur, des débris végétaux : brins de paille, fragments d'épis, d'avoine ou de blé. Mettre un peu de ouate dans les oreilles suffit donc à empêcher des accidents bien désagréables. Mais pour que cette précaution se généralise, il faut la porter à la connaissance des intéressés. Quatre lignes dans un des petits précis d'histoire naturelle en usage dans les écoles de village suffiront pour obtenir ce résultat.

(1) Perforation du tympan par un perce-oreille, *Annales des maladies de l'oreille*, 1913, 10e livraison.

NOTE DE THÉRAPEUTIQUE

NÉPHRITE CHRONIQUE

1° Alimentation : Au premier déjeuner, 350 grammes de lait et 30 grammes de pain. — A midi, 200 grammes de viande sans sel, 250 grammes de légumes sans sel, fruits cuits, 80 grammes de pain. — A quatre heures, tasse de lait. — Au dîner, bouillie sucrée, un œuf, 60 grammes de pain. — Eau comme boisson.

2° Médications : Vingt jours par mois un cachet de 0g50, deux à trois fois par jour, de Théosalvose pure ou phosphatée. Les dix autres jours chlorure de calcium (0g50 pro die) ou extrait de feuille de noyer (2 grammes pro die en sirop).

3° Hygiène : Massages, frictions sèches au gant de crin, port de flanelle.

AVIS. — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

ANALYSES

MÉDECINE

Etiologie et prophylaxie de la lèpre. (E. MARCHOUX. *Paris méd.*, 7 mars 1914.) — La lèpre n'est pas éteinte en France ; il en existe en effet en France plusieurs foyers, à Paris même, en Bretagne, dans les Alpes-Maritimes, sur le Plateau central; la contagiosité de la lèpre en France, à Paris surtout, ne paraît pas redoutable; mais la lèpre n'en reste pas moins un danger d'autant plus grave que nous ne savons pas comment elle se transmet; nous ne sommes guère plus avancés en effet qu'au moyen âge sur cette question; à la suite de recherches nombreuses portant spécialement sur la pathologie comparée, l'auteur formule les conclusions suivantes. La lèpre est plus contagieuse qu'on ne le pense, Lindsay considère qu'au Paraguay, depuis dix ans, la lèpre est plus contagieuse que la tuberculose; il existe une forme fruste de la lèpre qui est plus commune encore qu'on ne le croit. Les malades qui en sont atteints sont d'autant plus dangereux qu'on ne s'en méfie pas. La lèpre se transmet par contact; la méthode la plus efficace à instituer pour lutter contre la lèpre consiste à développer l'hygiène par tous les moyens. Une surveillance discrète doit être exercée sur les lépreux atteints de lésions fermées. L'isolement s'impose pour ceux qui sont porteurs de lèpre ouverte (ulcères cutanés, nasaux ou pharyngés); cet isolement peut être domiciliaire si le malade et sa famille veulent se soumettre à la discipline qui convient; sinon il devrait être assuré dans un sanatorium.

J. MILHIT.

Le chimisme humoral de la pneumonie. (MOURIQUAND et DUFOURT. *Progrès méd.*, 7 mars 1914.) — Le chimisme humoral subit au cours de la pneumonie des modifications très grandes; le sérum acquiert au moment de la crise des propriétés particulières qui semblent incuber pour ainsi dire pendant toute la période d'état, pour ne manifester leur action de façon brusque qu'au moment de la défervescence. Le pouvoir antipneumococcique n'apparaît d'une manière évidente qu'au moment de la crise. Le pouvoir opsonique du sérum est au-dessous de la normale pendant la première période de la maladie; il est au-dessus de cette normale après la crise. Eggen qui a étudié très complètement cette question pense qu'il faut faire jouer également un rôle assez important aux agglutinines. On doit retenir encore l'augmentation subie par l'alexine au cours de la maladie et la présence d'antitoxines, de lysines, dans le sérum des pneumoniques au moment de la crise. Faut-il placer la crise pneumonique sous la dépendance directe de ces substances décelées dans le sérum? La discussion reste ouverte, mais il est important cependant de faire remarquer que, lorsque la maladie au lieu d'évoluer normalement aboutit à la terminaison fatale, on n'observe aucune de ces réactions biologiques.

J. MILHIT.

Moyen chimique de reconnaître si une appendicite ou une salpingite est ou n'est pas refroidie. (Jean BOYET. *Journ. de pharm. et de chim.*, 16 mars 1914, p. 281.) — L'auteur a recherché systématiquement l'acide diacétique dans les urines fraîchement émises des malades atteints d'affections annexielles ou d'appendicite. Pour mettre en évidence cet acide, les techniques adoptées ont été la réaction bien connue de Legal et la réaction d'Ondrejovich, cette dernière étant la plus sensible de toutes les réactions connues de l'acide diacétique ; on introduit dans un tube à essai 10 centimètres cubes d'urine, puis III gouttes d'acide acétique cristallisable et, après agitation, II gouttes d'une solution aqueuse de bleu de méthylène à 2 p. 100 ; on agite à nouveau, l'urine prend une teinte bleue ou verte ; on ajoute alors IV gouttes de teinture d'iode et on mélange ; le contenu du tube se colore en rouge. Si l'urine contient de l'acide diacétique au bout d'une minute, le liquide revient à la teinte précédente bleue ou verte ; les dérivés de l'acide salicylique, de l'urotropine, le cyanure de mercure donnent cette même réaction ; il en est de même de l'indican ; il est donc toute une série de causes d'erreur à éviter.

Sur les 45 cas d'appendicite examinés à ce point de vue par l'auteur, 19 ont été opérés ; 4 d'urgence avec réactions de Legal et d'Ondrejovich positives ; 9 après refroidissement complet dont 7 avec des réactions négatives et 2 des réactions douteuses ; six paraissaient refroidis ; les réactions étaient positives ; l'opération a révélé dans ces cas des lésions encore en évolution.

Ainsi donc la diacéturie a pu révéler dans 6 cas des réactions inflammatoires échappant au clinicien ; l'examen des urines au point de vue de la recherche de l'acide diacétique par les réactions de Legal et d'Ondrejovich constitue donc bien un moyen d'investigation des plus utiles par les déductions pratiques qu'il permet de tirer. J. MILHIT.

MÉDECINE INFANTILE

Le diabète insipide datant de l'enfance. (RATHERY. *La Clinique*, 27 fév. 1914.) — Le diabète insipide, individualisé par Thomas Willis, constitue une maladie assez curieuse, qui emprunte au diabète sucré deux de ses éléments, la polydypsie et la polyurie, qui donne parfois lieu encore comme lui à la polyphagie et à l'azoturie, mais qui en aucun cas ne s'accompagne d'élimination de sucre par les urines. Les variétés et les causes de ce syndrome sont multiples; il faut réserver une place à part à la *potomanie* décrite par Achard ; quant au diabète insipide proprement dit, le plus généralement il relève de causes nerveuses, organiques ou non ; une tumeur cérébrale, une méningite syphilitique ou une lésion tuberculeuse de la base de l'encéphale, toutes les lésions affectant le bulbe peuvent donner lieu à la polyurie hydrurique.

On a incriminé la pure névrose ; le traumatisme se retrouve souvent au début de ce diabète ; tantôt il s'agit d'une véritable névrose traumatique, tantôt le traumatisme détermine des lésions osseuses, hémorragiques qui provoqueront indirectement l'éclosion du syndrome; il existerait aussi des diabètes insipides commandés par une étiologie infectieuse et toxique, spécialement par la fièvre typhoïde. Dans un dernier groupe enfin, on a réuni en dernier lieu les diabètes insipides, relevant de lésions d'organes ou de glandes (thyroïde, pancréas, rein).

La pathogénie de ces diabètes est assez complexe ; l'élément circulatoire intervient sans aucun doute chez les potomanes ; le système nerveux central intervient aussi dans le mécanisme de la sécrétion rénale et l'on sait qu'une irritation du bulbe provoque la polyurie. Il existe encore des polyuries de cause nerveuse périphérique, par irritation du grand sympathique, spécialement du plexus cœliaque.

Le traitement consiste à réagir contre l'élément nerveux par l'hydrothérapie tiède et par la psychothérapie dirigée contre la potomanie; on a aussi recours aux salicylates, à l'antipyrine, aux valérianates et dans certains cas à l'opothérapie maniée avec une grande prudence. J. MILHIT.

CHIRURGIE

Lavage du péritoine infecté à l'éther par la méthode Souligoux-Morestin (Sulphuric ether lavage in infections the Souligoux-Morestin method). (Georges DE TARNOWSKY (de Chicago). *Journ. of the American med. Assoc.*, 24 Janv. 1914. vol. LXII, p. 287.) — Après avoir suivi les discussions de la Société de chirurgie de Paris au sujet de cette méthode et, en particulier, les communications de MM. Souligoux-Mores-

tin, M. Tarnowsky l'a appliqué à Chicago sur 13 malades atteints de péritonites localisées et généralisées.

Tarnowsky rappelle brièvement l'historique de la méthode :

La première fois, M. Souligoux a employé l'éther, en 1891, pour la désinfection d'une fracture ouverte à larges foyers infectés d'un malade qui avait refusé l'amputation. La désinfection était complète et le malade a gardé sa jambe. Depuis cette époque M. Souligoux a désinfecté plusieurs centaines de plaies par l'éther et toujours avec le même succès. C'est également en 1891 qu'il a fait ses expériences avec les animaux en versant dans leur cavité abdominale une grande quantité d'éther sans leur déterminer un accident quelconque. Mais il n'a pas osé appliquer sa méthode pour le lavage de la cavité péritonéale de l'homme.

En 1912, appelé à opérer un malade étant en occlusion complète depuis huit jours, M. Souligoux a constaté un éclatement du cæcum avec une péritonite généralisée. Alors, en se rappelant ses expériences de 1891, il a versé 1 litre d'éther dans le ventre du malade et, à son grand étonnement, il a guéri très rapidement.

En 1913, M. Souligoux a rapporté 36 cas traités par l'éther avec 2 morts. Et il l'emploie, non seulement à titre curatif, mais également comme préventif après les opérations laborieuses dans le ventre, après tous les pyosalpynx, qu'il ferme ensuite sans drainage, sauf de rares exceptions.

Morestin l'emploie également dans les mêmes conditions et il en est très satisfait.

Auvray a rapporté également un cas d'une hernie étranglée avec perforation intestinale et péritonite traitée par l'éther. Après la résection de l'intestin et l'anastomose faite, il a versé 1 litre d'éther dans le ventre de son malade, il a pratiqué la cure radicale de la hernie et fermé la plaie sans drainage. L'auteur ajoute qu'il n'a jamais eu une guérison si rapide que dans ce cas.

La technique de M. Tarnowsky est la suivante :

Dans les péritonites généralisées après l'évacuation du pus il verse 1 litre d'éther dans la cavité abdominale. Les anses intestinales baignent, pour ainsi dire, dans l'éther; c'est un véritable lavage du péritoine. Une partie de l'éther s'évapore, l'autre reste dans le ventre de trois à cinq minutes et ensuite est épongé par des compresses. Dans ces cas, M. Tarnowsky laissait dans la cavité abdominale un petit drain.

Les péritonites localisées ont été traitées de la même façon, mais avec fermeture complète de la cavité abdominale sans drainage.

Dans ses premiers cas Tarnowsky suspendait l'anesthésie pendant le temps (trois à cinq minutes) que l'éther restait dans le ventre. Actuellement il considère cette précaution comme inutile.

Sa statistique est de 13 cas sans mortalité :

3 cas d'appendicite gangréneuse avec péritonite généralisée ;
4 cas de péritonite localisée ;
5 péritonites pelviennes.
1 cas de péritonite par cholécystite.

Tarnowsky a constaté que dans 75 p. 100 des cas les suites opératoires étaient meilleures que la normale et les douleurs moindres qu'habituellement.

Dans 25 p. 100 des cas — normales.

Tarnowsky croit que la méthode doit avoir un grand avenir parce qu'elle est inoffensive d'une part et, d'autre part, elle peut rendre des services énormes non seulement comme antiseptique puissant, mais comme un fort tonique après les laparotomies.

I. MARCHAK.

Ostéomyélite primitive de la rotule. (Foad CHALABY. Th. de Toulouse, 1914.) — L'ostéomyélite de la rotule est une affection rare et qui ne s'observe guère que chez l'enfant. Chalaby n'a pu en réunir que 22 cas dans sa thèse. Il est néanmoins utile d'y songer en présence de lésions inflammatoires de la région du genou afin d'éviter de fâcheuses erreurs de diagnostic.

L'ostéomyélite peut être partielle, réduite à un petit abcès intraosseux dans lequel nage souvent un séquestre, ou totale, toute la rotule étant alors nécrosée.

Les principaux symptômes sont la douleur localisée, la déformation antérieure du genou, l'intégrité de l'articulation, l'absence de douleur provoquée par le choc sur le talon, l'attitude en extension du membre inférieur.

L'évolution peut être aiguë ou chronique.

Les deux complications possibles sont la périarthrite suppurée du genou bénigne et la pyarthrite très grave.

Le diagnostic n'est facile que lorsque la maladie ne s'est pas compliquée.

Le curettage dans les formes partielles, l'ablation sous-périostée de la rotule dans les formes totales donnent la guérison.

P. CHASTENET DE GÉRY.

Théorie de la cause des grossesses extra-utérines. (Otto V. HUFFMAN. *Journ. amer. med. Assoc.*, vol. LXI, n° 24, 13 déc. 1913, pp. 2130-2136.) — Les théories mises jusqu'ici en avant pour expliquer l'occurrence de grossesses extra-utérines ne sont point satisfaisantes. La théorie de l'inflammation est illogique en ce qu'elle attribue la fixation de l'œuf dans la trompe à un phénomène universellement reconnu comme empêchant la fixation normale dans l'utérus. La théorie de l'obstruction, pour être logique, devrait admettre qu'un ovule fécondé arrêté dans le col ou le vagin devrait se fixer là.

Dans une pièce très remarquable de grossesse tubaire, l'auteur ne trouva aucun élément permettant de supposer que l'inflammation ou l'obstruction avaient joué un rôle quelconque; mais il trouva deux trompes surnuméraires rudimentaires, rattachées à la trompe principale, anomalie évidemment due à une duplicité des canaux de Müller. Partant de là, il chercha à confirmer l'idée que la grossesse ectopique est due à l'existence de zones d'implantation ovulaire anormales. L'œuf fécondé se fixe toujours dans du tissu mullerien. Sur neuf pièces de trompes sièges de grossesses ectopiques, il en trouva une avec quatre orifices anormaux, une avec un ostium anormal, deux avec des trompes accessoires, une avec des ovaires surnuméraires. Sur les 3 trompes en apparence normales, l'une était associée à un petit kyste ovarien provenant du reste de l'ovaire. Dans deux pièces où les trompes des deux côtés avaient été enlevées et où la trompe gravide semblait normale, la trompe du côté opposé montrait des anomalies (un ostium accessoire, un kyste parovarien).

En tout l'auteur a examiné soixante-huit pièces de grossesse tubaire. Il n'a pas trouvé une seule fois une obstruction, plusieurs fois il a trouvé une légère inflammation et trente-sept fois des malformations, à savoir : six fois des diverticules, cinq fois des ostia accessoires, trois fois des anomalies de la trompe de l'autre côté, deux fois des trompes supplémentaires avec kyste, deux fois des ovaires accessoires, une fois un tube anormal partant de la trompe, cinq fois des trompes accessoires sans kyste, une fois une trompe accessoire à l'intérieur de la trompe principale, trois fois des îlots de cellules déciduales.

Cette statistique est très éloquente au point de vue du rôle des malformations congénitales, déjà entrevu par Heurotin et Herzog. Avec la théorie de l'implantation de Webster, elle peut faire comprendre bien des cas jusqu'ici mal expliqués.

F. GARDNER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 8 MAI 1914)

Syndrome de Hanot syphilitique secondaire. — MM. G. CAUSSADE et G. LÉVI-FRANCKEL. Il s'agit, dans l'observation présentée par les auteurs, d'un syphilitique qui, cinq mois au plus après un chancre induré, présenta un ictère intense et généralisé, survenu progressivement, sans décoloration des fèces, avec prurit, bradycardie; les urines contenaient des pigments et des sels biliaires. Le foie était très volumineux, en hauteur il mesurait 22 centimètres. La rate était aussi hypertrophiée; en hauteur elle mesurait 10 centimètres. L'hypocondre droit était légèrement douloureux. La fièvre pendant huit jours fut de 38 degrés. La présence de ces signes et de légers troubles gastro-intestinaux d'une part, et d'autre part l'absence de météorisme, d'ascite et de circulation collatérale permettent de classer ce cas dans le syndrome ictérique décrit par Hanot. Il était de nature syphilitique. En effet, la réaction de Wassermann fut positive; de plus, il existait les premiers jours des syphilides papuleuses sur le thorax, l'abdomen, et des syphilides circinées sur le scrotum. En outre, un traitement mercuriel (cyanure de mercure) fit au bout d'un mois environ rétrocéder la plupart des symptômes : l'ictère disparut, mais l'hypertrophie du foie et de la rate diminuèrent plus lentement. Ce ne fut qu'au bout de trois mois que ces organes reprirent leur volume normal.

Les auteurs pensent que le traitement mercuriel fut facilement toléré parce que le foie ne présentait pas d'insuffisance (pas de glycosurie alimentaire), parce que les reins n'étaient pas lésés (pas de cylindres, très légère albumine qui disparut rapidement malgré la médication intensive) et parce que le sang ne présentait aucune modification aux points de vue de la résistance des globules rouges, de la quantité et de la qualité de ces derniers. Aussi faut-il toujours s'assurer en pareil cas du bon fonctionnement hépato-rénal.

Les auteurs pensent encore que le traitement mercuriel doit être prolongé pendant une longue période, car leur syphilitique, malgré un traitement régulièrement suivi, subit une nouvelle poussée spléno-hépatique au bout d'un an, mais cette fois sans ictère et sans albuminurie.

Bien plus, il semble qu'il faut recourir, en certains cas, dès le début de l'infection syphilitique, à un traitement intensif; en effet, chez leur malade, en dépit de vingt et une injections intraveineuses de cyanure de mercure et de cinquante et une injections d'huile grise pratiquées après l'apparition du chancre, le syndrome de Hanot est survenu.

Dans le cas observé par les auteurs l'affection hépatique a débuté très probablement à une date assez rapprochée des premiers jours de l'infection. En effet, dès cette époque, il y a eu des troubles gastro-intestinaux et on ne peut supposer qu'une spléno-hépatomégalie aussi prononcée que celle observée par les auteurs se soit constituée seulement à partir du troisième ou quatrième mois, c'est-à-dire quelques semaines avant l'apparition de l'ictère. Il y a donc intérêt à surveiller de très bonne heure le foie de certains syphilitiques et à se méfier parfois et peut-être souvent d'un soi-disant ictère catarrhal syphilitique qui n'est que la traduction imparfaite d'une lésion hépatique plus ou moins profonde et étendue.

Dans le cas observé par les auteurs, le mercure ayant été employé seul sans l'aide ni d'un régime diététique sévère ni des médications usitées en pareil cas, il faut le considérer, du moins dans la forme hépatique envisagée présentement, surtout quand elle est précoce, secondaire, comme vraiment spécifique et le médicament de choix.

Il faut cependant se demander si parfois, bien que la syphilis soit sûrement en cause dans des cas identiques, le mercure ne devra pas, comme dans certaines néphrites syphilitiques, céder le pas au régime et à la médication habituels de toute affection hépatique, quelle qu'en soit la cause.

Abaissement de la constante uréo-sécrétoire au-dessous de la normale. — MM. ACHARD et LEBLANC rapportent 25 cas dans lesquels ils ont observé l'abaissement de la constante uréo-sécrétoire au-dessous de sa valeur normale. Il s'agissait soit de convalescents de maladies aiguës (5 cas), soit de fébricitants (8 cas dont 5 tuberculeux), tantôt de polyuriques (5 cas), tantôt d'oliguriques (2 cas). Les valeurs minima étaient de 0,025 dans un cas de vomique; 0,026 et 0,028 chez deux tuberculeux.

Cet abaissement était souvent lié à une véritable hypoazotémie. Ainsi chez 4 malades le taux de l'urée sanguine ne dépassait pas 0g10 p. 1000 et, chez 5 autres, il était compris entre 0g10 et 0g15. Dans les cas où l'azotémie dépassait un peu la normale, la constante était normale ou, par suite de ses variations chez le même sujet, elle s'élevait légèrement au-dessus.

Mais si l'abaissement de la constante coïncidait fréquemment avec une azotémie faible, il n'y avait nul parallélisme chez le même sujet entre les variations de la constante et celles de l'azotémie et dans certains cas les 2 courbes de leurs valeurs étaient inverses.

Cet abaissement de la constante paraît être un nouvel exemple des irrégularités qu'elle peut présenter quand on s'éloigne des conditions de stabilité physiologique. Les crises urinaires, la polyurie, les troubles circulatoires, les modifications sanguines au cours des maladies peuvent l'influencer sans qu'on soit toujours en droit de rapporter ses variations à des modifications correspondantes de la perméabilité rénale.

Sur un dispositif et un procédé sphygmomanométriques. — M. Ch. LAUBRY utilise le sphygmotensiomètre de Vaquez pour lequel il conseille un brassard moins large. Il rappelle qu'avec cet instrument la technique consiste, après compression brachiale ayant amené le collapsus artériel, soit, par la méthode palpatoire, à noter le retour de la pulsation radiale par la mesure de la tension maxima et le phénomène de la vibrance par la tension minima, soit, par la méthode auscultatoire, à noter le premier ton à l'humérale par la tension systolique et la disparition de tout bruit par la tension diastolique. Cette dernière méthode si précieuse est peu utilisée à cause de la difficulté d'application du stéthoscope dans certains cas. Pour la rendre plus accessible, M. Laubry a imaginé un dispositif comportant une membrane vibrante, large et circulaire, s'appliquant et se fixant au pli du coude, renforçant et transmettant les vibrations artérielles à l'oreille par le stéthoscope bi-auriculaire. L'inamovibilité de l'appareil laisse les mains libres, l'une pour effectuer la compression du brassard, l'autre pour utiliser en même temps à titre de contrôle la méthode palpatoire.

Un autre avantage c'est qu'un branchement métallique, à plusieurs ouvertures, peut s'interposer sur la membrane, permettre l'adaptation de plusieurs stéthoscopes et à plusieurs observateurs de suivre la même exploration.

Les résultats obtenus par cette méthode sont légèrement supérieurs à ceux que donne le procédé de Riva-Rocci. Cela tient à la finesse des sensations auditives. Mais l'auteur ne donne aucune moyenne pour la tension normale. Il conseille, d'une façon générale, quelle que soit la technique suivie en sphygmomanométrie, de ne s'en rapporter qu'à son expérience personnelle pour établir les limites de la tension physiologique et tirer des conclusions valables pour la tension pathologique.

Zona avec paralysie faciale, troubles trophiques et sensitifs de la muqueuse linguale. — MM. Félix RAMOND et

POIRAULT rapportent un cas de zona facial curieux à plusieurs points de vue. L'éruption était strictement limitée au territoire du nerf maxillaire inférieur; elle s'accompagnait d'une dissociation syringomyélique de la sensibilité cutanée et muqueuse, de la disparition du goût dans les deux tiers antérieurs de la moitié correspondante de la langue. D'ailleurs cette portion de la langue subit une desquamation profonde au décours du zona, si bien qu'elle contrasta pendant quelques jours par sa teinte rose vif avec la teinte grisâtre saburrale du reste de la langue. Enfin coexistait une parésie faciale du même côté. Tous ces accidents disparurent rapidement en moins d'un mois. Pour expliquer la coïncidence de ces divers troubles, il faut supposer que la lésion a débordé le ganglion otique du maxillaire inférieur pour atteindre le bulbe, où les noyaux du facial et du nerf intermédiaire de Wusberg entourent en haut et en bas le noyau originel du nerf maxillaire inférieur, et peuvent par suite participer à son inflammation.

Action inhibitrice de la compression oculaire sur les mouvements anormaux dans un cas d'athétose double. — MM. Georges GUILLAIN et Jean DUBOIS ont observé récemment une jeune fille de vingt ans, atteinte de cette affection très spéciale, l'athétose double; on constate chez elle des troubles intellectuels, des mouvements choréo-athétosiformes de la face, de la langue, des membres supérieurs et inférieurs, de l'anarthrie, une démarche cérébello-spasmodique, des modifications des réflexes cutanés et tendineux. Le réflexe oculo-cardiaque existe et même est exagéré, donnant une diminution de 29 pulsations à la minute. La compression oculaire détermine de la pâleur de la face, et une tendance à la syncope. Ils attirent l'attention spécialement sur ce que pendant la compression oculaire les mouvements choréo-athétosiformes de la face et des membres diminuent presque complètement. Ce fait est très particulier, car en général les divers examens médicaux augmentent les mouvements anormaux des malades atteints d'athétose double. Ce phénomène d'inhibition est à rapprocher des effets de la compression oculaire signalés récemment par MM. Lesieur, Vernet et Petzetakis, par MM. Lœper et Mlle Weil.

Présentations d'appareils. — M. MOUGEOT (de Royat) présente un nouveau polygraphe clinique.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 18 AU 23 MAI 1914

EXAMENS DE DOCTORAT

Samedi 23 mai. — A neuf heures du matin. — 1er fin d'année (physiologie, N. R.), *Laboratoire des travaux pratiques de physiologie*, épreuve pratique.

A trois heures. — 1er fin d'année (histologie, N. R.), *Laboratoire des travaux pratiques d'histologie*, épreuve pratique.

A une heure. — 4e.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon.*

THÈSES

Samedi 23 mai, à une heure. — Mme DEJUST-DEFIOL. Contribution à l'étude de la réaction d'Abderhalden. (MM. Ch. Richet, président; de Lapersonne, Richaud et Terrien.) — M. BOUSSI. Epithéliomas de la paupière. Contribution à leur étude thérapeutique, radiumthérapie, röntgenthérapie. (MM. de Lapersonne, président; Ch. Richet, Richaud et Terrien.) — M. CAVAILLON. Traitement de l'adénite par les méthodes scientifiques, régime, médicaments, agents physiques. Considérations dans le choix des différents modes. Une base sur les formes cliniques. (MM. Alb. Robin, président; Gilbert Ballet, Ribemont-Dessaignes et Rathery.) — M. LAURENT. Processus d'hémolyse et cirrhoses pigmentaires. (MM. Alb. Robin, président; Gilbert Ballet, Ribemont-Dessaignes et Rathery.) — M. ALLAMAGNY. Les séquelles de l'onirisme alcoolique. Essai monographique. (MM. Gilbert Ballet, président; Alb. Robin, Ribemont-Dessaignes et Rathery.) — Mlle ARONSON. Contribution à l'étude de la fréquence et du pronostic des avortements. (MM. Ribemont-Dessaignes, président; Alb. Robin, Gilbert Ballet et Rathery.)

COURS ET CONFÉRENCES

HOPITAL SAINT-ANTOINE. (Service de M. le docteur Albert Mathieu.) — LEÇONS SUR LES MÉTHODES D'EXPLORATION APPLIQUÉES AU DIAGNOSTIC DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF. — Sous la direction de M. le docteur Albert Mathieu, une série de leçons sur la valeur séméiologique des méthodes d'exploration et sur les indications thérapeutiques qu'elles fournissent commencera le lundi 25 mai 1914.

Chaque leçon comportera des exercices pratiques.

Les leçons théoriques auront lieu dans la *salle de consultation, le matin, à neuf heures et demie et onze heures.*

Les exercices pratiques auront lieu *chaque après-midi, de deux heures à quatre heures.*

S'inscrire au service de la consultation, tous les matins de huit heures à midi, 22, rue de Citeaux.

Les leçons théoriques et les exercices pratiques auront lieu dans l'ordre suivant :

1° *Lundi 25 mai.* — Onze heures. L'examen clinique de l'abdomen, par M. F. Moutier.

2° *Mardi 26 mai.* — Neuf heures et demie. L'examen du suc gastrique; les méthodes d'analyse de la sécrétion et de la motricité, par M. Taillandier. — Deux heures. Travaux pratiques : Repas d'épreuve, son extraction. Recherches qualitatives : acide chlorydrique libre, acide chlorydrique combiné, acide de fermentation (lactique, butyrique, acétique), pepsine, labferment, par M. Taillandier.

3° *Mercredi 27 mai.* — Onze heures. La sécrétion gastrique : les viciations du chimisme, par M. Taillandier. — Deux heures. Travaux pratiques : Acidité, son dosage. Dosage chlorométrique, méthode de MM. Hayem et Winter, par M. Taillandier.

4° *Jeudi 28 mai.* — Neuf heures et demie. Exploration chimique de l'estomac; ses applications au diagnostic, par M. F. Moutier. — Deux heures. Travaux pratiques : Variations de la concentration. Méthode de mesure du volume total du contenu gastrique, le transit stomacal, son appréciation, par M. Taillandier.

5° *Vendredi 29 mai.* — Neuf heures et demie. L'exploration motrice de l'estomac; ses applications au diagnostic, par M. F. Moutier. — Deux heures. Travaux pratiques : Transit stomacal (*suite*). Examen microscopique du contenu gastrique à jeun; recherche du sang, par M. Taillandier.

6° *Samedi 30 mai.* — Neuf heures et demie. La motricité intestinale et ses troubles, par M. F. Moutier. — Deux heures. Travaux pratiques : Produits de la digestion gastrique des matières albuminoïdes et des matières amylacées. Dosage de la pepsine et du lab-ferment, par M. Taillandier.

7° *Lundi 1er juin.* — Onze heures. La digestion intestinale (physiologie), par M. Goiffon. — Deux heures. Travaux pratiques : Préparation du régime d'épreuve. Examen extérieur des selles, examen microscopique après trituration (mucus, tissus conjonctifs et musculaires, débris végétaux), par M. Goiffon.

8° *Mardi 2 juin.* — Neuf heures et demie. L'examen histologique des selles, par M. Goiffon. — Deux heures. Travaux pratiques : Examen microscopique des selles : fibres musculaires, amidon, cellules végétales, graisses neutres, acides gras, savons, levures, parasites, par M. Goiffon.

9° *Mercredi 3 juin.* — Onze heures. L'examen clinique et biologique des selles, par M. Goiffon. — Deux heures. Travaux pratiques : Matières fécales, examen chimique, réaction, pigments biliaires, stercobiline, sang. Epreuve de la fermentation (putréfactions intestinales), par M. Goiffon.

10° *Jeudi 4 juin.* — Neuf heures et demie. Le diagnostic de laboratoire du cancer, par M. F. Moutier. — Deux heures.

Travaux pratiques : Examen complet des selles, par M. Goiffon.

11° *Vendredi 5 juin.* — Onze heures. Application de la coprologie à la clinique, les grands syndromes coprologiques, par M. F. Moutier. — Deux heures. Travaux pratiques : Technique coprologique, par M. Goiffon.

12° *Samedi 6 juin.* — Onze heures. La rectoscopie, cours théorique et pratique, par M. Friedel. — Deux heures. Travaux pratiques : La recherche du pouvoir antitryptique et la réaction d'Abderhalden, par MM. F. Moutier et Taillandier.

13° *Lundi 8 juin.* — Neuf heures et demie. Le diagnostic anatomique des lésions gastro-intestinales d'après les données cliniques et radiologiques : A. L'estomac (présentation de pièces), par M. F. Moutier. — Deux heures. Travaux pratiques : Technique coprologique, par M. Goiffon.

14° *Mardi 9 juin.* — Neuf heures et demie. Technique rectoscopique, par M. Friedel.

15° *Mercredi 10 juin.* — Neuf heures et demie. Le diagnostic anatomique des lésions gastro-intestinales d'après les données cliniques et radiologiques : B. L'intestin (présentation de pièces), par M. F. Moutier. — Deux heures. Travaux pratiques : Exercices rectoscopiques, par M. Friedel.

16° *Jeudi 11 juin.* — Onze heures. Le massage et l'électricité dans les affections du tube digestif, par M. Friedel.

Les élèves seront exercés aux manœuvres rectoscopiques au cours des leçons. — Un droit d'inscription de 100 francs sera perçu par élève.

HOPITAL LAENNEC (service du docteur Dupré, amphithéâtre de l'hôpital Laënnec). — Le docteur Pr. Merklen fera les leçons suivantes à dix heures et demie.

Dimanche 24 mai : Traitement des néphrites chroniques.

Dimanche 7 juin : Traitement des néphrites chroniques (*suite*).

Dimanche 14 juin : Dissociation des éléments biliaires.

Dimanche 21 juin : Cholestérine et cholestérinémie.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 3, 1914.) O. Beck : Sur la conduction osseuse dans la syphilis. — H. Barraud : Corps étranger de l'œsophage ayant provoqué une paralysie récurrentielle double. Extraction. Guérison. — J. Mouret : Lieu d'élection pour la trépanation de l'antre mastoïdien.

Annales médico-psychologiques. — (N° 3, mars 1914.) Wahl : L'état mental de Catherine de Sienne. — Jcuchtchenko : Considérations sur la nature des maladies mentales. — Adam Cygielstrejch : Influence des émotions sur la genèse de la confusion mentale. — J. Charpentier : Psychose interprétative aiguë chez un accidenté du travail. Expertise.

Archives internationales de neurologie. — (Avril 1914.) Mutermilch : L'application de la réaction d'Abderhalden au diagnostic et à l'étude des maladies nerveuses et mentales. — Bagenoff : Dégénérescence et démence précoce. — Rybakow : La cyclophrénie.

Medical Record. — (Vol. LXXXV, n° 10, 7 mars 1914.) James I. Case : Observations radiologiques sur le péristaltisme et l'antipéristaltisme coliques, avec une mention spéciale concernant la valve iléo-colique. — Robert Abbe : Une simple section sous-cutanée pour guérir le « doigt enrayé » ou « le doigt claquant ». — Anthony Bassler : Une cause des adhérences péritonéales représentée par un nouveau bacille, le bacille adhæsioformis. — A. O. Wilewsky : Fracture par arrachement du calcaneum. — Max Einhorn : Un appareil pour l'introduction des instruments dans l'estomac. — J. H. Kellog : Les premiers cas d'ataxie de Friedreich observés en Amérique. — Rich. Weiss : Analyse quantitative colorimétrique aidant au diagnostic clinique. — G. A. Rueck : Pathologie, étiologie et diagnostic de la fièvre typhoïde. — (N° 11, 14 mars.) George E. Bushnell : L'extension de la tuberculose dans le poumon immunisé. — Harold Hays : Le diagnostic exact à l'aide d'instruments appropriés des états inflammatoires des trompes d'Eustache et des oreilles. — Edwin Beer : Adénome de la prostate. — V. P. Marshall : Compte rendu de dix cas d'ulcères perforants aigus de l'estomac et du duodénum. — C. M. Harris : Quelques facteurs importants dans la conservation de l'ouïe. — Max Joeplitz : Cinq cents examens du nez et de la gorge dans une institution pour jeunes délinquants. — (N° 12, 21 mars.) B. W. Mc Caskey : Une nouvelle méthode pour apprécier la valeur fonctionnelle des reins par l'élimination forcée d'urée préformée. — William N. Berkeley : L'emploi de glande pinéale dans le traitement de certaines catégories d'enfants arriérés. — William P. Cunningham : Syphilis. L'incorrigible. — Jérome Meyers : Le passage du tube gastrique. — James Spencer Brown : L'étiologie et le traitement chirurgical des ulcères gastrique et duodénal. — G. Betton Massey : Ionisation chirurgicale et autres forces physiques dans le traitement du cancer. — Ellice Mc Donald : Un vernis cutané pour remplacer les gants de caoutchouc. — T. W. Harvey : Préparations du corps pituitaire dans les états postopératoires. — (N° 13, 28 mars.) L. Pierce Clark : Remarques sur l'infantilisme mental dans la névrose des tics. — Albert Woldert : La détermination de la pression sanguine dans l'aide qu'elle apporte au diagnostic et au pronostic de certaines maladies. — G. K. Dickinson : La trace du serpent. — Charles G. Levison : Blessures des nerfs. — J. Bayard Clark : Un cas de syphilis en apparence guérie par accident. — E. A. Peterson : Infection streptococcique du col utérin. — (N° 14, 4 avril.) Joseph A. Blake et James N. Worcester : Une méthode de plissement des cæcums volumineux. — Charles H. Chetwood : Drainage de la vessie à la suite des opérations suspubiennes. — M. L. Rhein : L'aspect dentaire de l'infection buccale. — Francisco Dominguez : Un cas de sporotrichose à localisations multiples. Importance de l'examen radiologique pour reconnaître les foyers. — Edward Huntington Williams : La question de l'alcool en médecine. — Samuel Stern : L'état actuel du traitement non opératoire des tumeurs bénignes et malignes tel qu'on le voit dans les cliniques étrangères. — L. Bolton Bangs : Cicatrice vésicale améliorée par la fulguration. — William S. Gottheil et David L. Satenstein : Injections autosériques dans certaines dermatoses rebelles. — (N° 15, 11 avril.) Henry S. Stark : Le phénomène de l'antagonisme pathologique. Ses relations avec le diabète insipide. — Otto Lerch : Contribution à l'étude du thymus. — Waters F. Burrows : Le traitement de la constipation habituelle par l'emploi intra-abdominal d'huile. — F. E. Walker : Questions pratiques en chirurgie. — Adolph Jacoby : Abcès du foie. — Thomas A. Kenefick : Le médecin et l'inflammation des vésicules séminales. — (N° 16, 18 avril.) Henry H. Schroeder : Syphilis envisagée au point de vue de l'Assurance vie. — Alfred Meyer : Etat actuel de l'immunisation typhique dans les hôpitaux et dans les écoles d'instruction de New-York. — M. Neustaedter : Un cas d'hémiatrophie faciale. — I. O. Palefski : Visibilité de la paroi supérieure du tube digestif au moyen des rayons Rœntgen et du tube duodénal employé conjointement. — Cecil Kent Austin : Sur le traitement par l'isosérum des vomissements incoercibles de la grossesse. — A. L. Benedict : Statistiques du cancer. — August Strauch : Ictère épidémique.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 10 francs par an.
Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 12 mai. — MM. Weill (André), 17 ; Foy, 18 ; Chabrol, 20.

Prochaine séance, jeudi 14 mai, à seize heures un quart, à l'hôpital Necker.

— Concours d'accoucheur des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 12 mai. — MM. Chirié, 24 ; Lévy, 28.

— Internat en pharmacie. — MM. les élèves internes en pharmacie actuellement en fonctions, et ceux qui seront nommés à la suite du dernier concours, sont prévenus qu'il sera procédé au jour et heure fixés ci-après, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49, à leur répartition dans les divers établissements hospitaliers, pour l'année 1914-1915, le jeudi 28 mai, à deux heures.

MM. les élèves devront se présenter eux-mêmes pour retirer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements. Ils seront appelés dans l'ordre de leur réception au concours.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours de l'adjuvat. — Le jury est composé de MM. Kirmisson, Reclus, Lejars, Rouvière et J. Camus.

Candidats : MM. Charrier, Petit-Dutaillis, Galop, Caudrelier, Vielle, Huc, Bloch (Jacques), Ducastaing, Lascombe, Quénu, Mossé, Monod, Thibierge, Clap, Hartmann et Besnard.

Epreuve écrite. — Question donnée : « Anatomie du sinus caverneux. — Etude physiologique du liquide céphalo-rachidien. »

ÉLECTIONS. — L'Académie de médecine a procédé à l'élection de deux membres associés nationaux. La liste de présentation portait : en première ligne, M. Jules Bœckel (de Strasbourg) ; en deuxième ligne, M. Calmette (de Lille) ; en troisième ligne, *ex æquo,* MM. Imbert et Mairet (de Montpellier) et M. Neumann (de Toulouse).

Au premier tour, M. Bœckel est élu à l'unanimité des suffrages et aux applaudissements de l'Académie tout entière.

Au deuxième tour, M. Calmette est élu à une très forte majorité. Cette élection a été également saluée par de nombreux applaudissements.

MARINE. — Les jurys des concours qui doivent s'ouvrir à Rochefort le 3 juin prochain et à Toulon le 11 du même mois pour des emplois de professeurs dans les écoles de médecine navale seront composés comme suit :

A Rochefort. — 1° Pour l'emploi de professeur d'anatomie et de médecine opératoire à l'école principale de Bordeaux : président, M. l'inspecteur général du service de santé ; membres, M. le médecin en chef de deuxième classe Chastang et M. le médecin principal Duguet.

2° Pour l'emploi de professeur de pathologie externe et d'accouchements à l'école principale de Bordeaux : président, M. l'inspecteur général du service de santé ; membres, M. le médecin en chef de deuxième classe Chastang et M. le médecin principal Duguet.

3° Pour l'emploi de professeur de chimie biologique à l'école annexe de Rochefort : président, M. l'inspecteur général du service de santé ; membres, M. le pharmacien principal Gautret et M. le pharmacien de première classe Perdrigeat.

A Toulon. — 1° Pour l'emploi de professeur d'histologie et de bactériologie à l'école principale de Bordeaux : président, M. l'inspecteur général du service de santé ; membres, MM. les médecins principaux Gastinel et Defressine.

2° Pour l'emploi de professeur de chimie biologique à l'école annexe de Toulon : président, M. l'inspecteur général du service de santé ; membres, M. le pharmacien en chef de première classe Camus et M. le pharmacien en chef de deuxième classe Henry.

3° Pour l'emploi de professeur de chimie, physique et histoire naturelle à l'école principale de Bordeaux : président, M. l'inspecteur général du service de santé ; membres, M. le pharmacien en chef de première classe Camus et M. le pharmacien en chef de deuxième classe Henry.

— En outre, les jurys des concours qui doivent s'ouvrir à Brest, à Rochefort et à Toulon, le 29 juin 1914, pour l'emploi de prosecteur d'anatomie dans les écoles annexes de médecine navale de ces ports, seront composés ainsi qu'il suit :

A Brest. — M. le médecin général de deuxième classe Duval, président ; MM. les médecins de première classe Cazamian et Goéré, membres.

A Rochefort. — M. le médecin général de deuxième classe Machenaud, président ; MM. les médecins de première classe Béraud et Manine-Hitou, membres.

A Toulon. — M. le médecin général de deuxième classe

Chevalier, président; MM. les médecins de première classe Dufour et Roux, membres.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — Une *médaille d'or* a été décernée à M. le médecin-major de deuxième classe Dircks Dilly, aux troupes d'occupation du Maroc occidental.

IVe CONGRÈS DES PRATICIENS (27, 28, 29 mai 1914. Palais des Sociétés savantes, 8, rue Danton, Paris 6e). — RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX. — Les six grands réseaux français Etat, Est, Midi, Nord, Orléans, P. L. M., accordent aux médecins congressistes une réduction de 50 p. 100. Aller plein tarif. Retour gratuit (parcours simple minimum : 50 kilomètres), mais par le trajet le plus direct et sans arrêt en cours de route.

Validité : aller, du 24 mai au 29 mai inclus; retour, du 27 mai au 1er juin inclus.

La même réduction est accordée aux parents du congressiste (femme et enfants habitant sous le même toit) à condition toutefois qu'ils soient individuellement inscrits en qualité de membre associé (cotisation : 5 francs).

Le comité d'organisation du Congrès se charge de toutes les démarches pour la délivrance d'une feuille spéciale qui sera adressée directement aux médecins ayant adhéré avant le 15 mai, dernier délai.

Cette feuille porte un volant qui devra être détaché et envoyé par le titulaire au chef de la gare de départ trois jours au moins avant la date fixée pour le départ.

Avoir soin d'indiquer très exactement sur le bulletin d'adhésion la gare de départ sur l'un des grands réseaux (à l'exclusion des lignes locales ou départementales).

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'ordre du jour de l'assemblée générale, que nous avons annoncée dans notre dernier numéro, est ainsi composé :

1° Lecture et adoption du procès-verbal de l'assemblée générale du 6 avril 1913.

2° Allocution de M. Gaucher, président.

3° Rapport de M. Darras, trésorier général, sur les comptes de l'exercice 1913-1914 et sur la situation financière de l'Association à la fin de l'exercice.

4° Rapport de la commission de vérification des comptes (MM. Fiquet et B. Ball, ce dernier rapporteur) sur la gestion financière du trésorier pendant l'exercice 1913-1914.

5° Approbation des comptes de l'exercice 1912-1913.

6° Elections : un vice-président pour cinq ans, en remplacement de M. Gassot, démissionnaire. Un trésorier général : M. Darras, soumis à la réélection. Neuf membres du conseil général (6 pour cinq ans, 1 pour deux ans, 2 pour un an). Les six conseillers sortants : MM. Ball, Bazot, Créquy, Gilson, Richard-Lesay et Séailles sont rééligibles. Trois nouveaux doivent être nommés : 1 pour deux ans en remplacement de M. Vimont, démissionnaire, dont le mandat expirait en 1916; 2 pour un an en remplacement de MM. Bouland et Maurat, démissionnaires, dont le mandat expirait en 1915.

M. Butte, président de la Société centrale, est candidat à la vice-présidence.

MM. Constans, député du Tarn-et-Garonne, Angelvin, Paul Guillon, Philippeau, Delpeut et Foveau de Courmelles sont candidats au Conseil général.

7° Rapport de M. Séailles sur les pensions viagères et les augmentations de pensions demandées à l'Assemblée générale, discussion et vote des propositions.

8° Election de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1914.

9° Proposition relative à la répartition, en fin d'exercice, des fonds disponibles de la caisse des veuves et orphelins.

10° Vote de crédits destinés au paiement des primes des membres des caisses annexes.

11° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'exercice 1913-1914, et rapport sur les vœux présentés par les Sociétés locales, par M. Ch. Levassort, secrétaire général.

12° Les allocations d'ancienneté. Vote d'un crédit à répartir entre les Sociétés locales ayant servi des allocations d'ancienneté en 1913. Proposition relative à cette répartition.

Vœux émis par les Sociétés locales pendant l'exercice 1913-1914 et soumis à l'Assemblée générale :

13° Augmentation de la cotisation en faveur de la caisse des veuves et orphelins (Haute-Marne);

14° Admission dans l'assemblée générale des femmes de sociétaires (Yonne);

15° Mode de nomination des membres du Conseil général (Manche);

16° Interprétation du paragraphe E de l'article 5 des statuts « Aide et protection » (Seine-et-Oise, Manche et Nièvre);

17° Spécialisation de l'Assemblée générale dans les questions de mutualité (Loir-et-Cher);

18° Affichage des postes médicaux vacants (Yonne);

19° Les étrangers dans le corps médical (Nièvre);

20° Questions diverses.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Chevrant, médecin-major, mort à Guercif (Maroc oriental), victime du devoir professionnel.

PRATIQUE MÉDICALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES MÉDICAMENTS HYPNOGÈNES

Nombreuses sont les préparations préconisées dans les insomnies, mais il importe de caractériser l'action des différents hypnotiques et de préciser leurs indications respectives.

Il est essentiel d'abord de dégager la cause de l'insomnie pour combattre ce symptôme par un traitement approprié. En effet, il n'y a pas une insomnie mais bien des insomnies, et le produit qui combattra efficacement celle-ci sera sans action ou n'exercera qu'une action insuffisante sur celle-là.

Le malade qui consulte pour son agrypnie, celui qu'on pourrait appeler l'insomnique neurasthénique, le déprimé si fréquent aujourd'hui dans toutes les classes de la société, se trouvera bien, tout en se traitant pour sa névrose, de l'emploi du Véronal ou mieux de l'Adaline qui lui vaudra un sommeil réparateur sans suites fâcheuses et sans effets secondaires, avec un réveil lucide et euphorique.

S'agit-il d'un emphysémateux, d'un chronique d'une affection respiratoire, l'Héroïne est le médicament de choix. Sans agir directement sur les centres nerveux, comme le veut le préjugé qui en fait un succédané de la morphine, il permet le sommeil et, en diminuant l'irritabilité broncho-diaphragmatique, procure le repos qui prépare les voies à la guérison.

Aux insomnies d'origine infectieuse (grippe, typhoïde, pneumonie, etc.) donner les sulfones (Sulfonal ou Trional) pour leur action sédative, antifébrile et analgésique.

Le Luminal, qui jouit à l'heure actuelle d'une vogue méritée auprès des psychiatres, est effectivement le médicament de choix dans tous les cas de délire éthylique, de démence, de névrose déchaînée, d'intoxication aiguë. Il calmera, mieux qu'aucun autre agent, l'éclamptique, l'épileptique, l'hystérique. N'a-t-il pas été justement appelé la *camisole* thérapeutique?

L'Isopral mériterait d'être plus répandu; administré à une parturiente il donne des résultats surprenants : contraction utile, travail respecté, douleur seule diminuée. L'Isopral, sans nuire au travail, le rend plus supportable et éclaire le tableau.

Ajoutons que chacun des produits a sa posologie dont seul le praticien reste juge en dernier ressort et qui variera avec les causes de l'insomnie et les diverses idiosyncrasies.

H. LAMOUROUX.

CLINIQUE MÉDICALE

ÉTUDES SUR LA PATHOLOGIE DE L'ULCUS

VIII

LA STÉNOSE MÉSOGASTRIQUE D'ORIGINE ULCÉREUSE

Par M. Albert MATHIEU (*),
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Examen radioscopique. — Revenons, sur les détails de l'examen radioscopique. Le fait caractéristique, c'est l'existence de deux poches superposées; quelquefois elles se dessinent toutes les deux presque d'emblée, dans d'autres cas, elles ne se développent que l'une après l'autre.

Parfois, après l'ingestion du bismuth, on voit se dessiner une poche très haut située et l'estomac paraît amputé à sa partie moyenne. C'est une image caractéristique, elle correspond nettement à une biloculation dont on ne perçoit pas encore la poche inférieure (fig. 1). Il peut se faire que, quelque temps après, vingt minutes par exemple, la poche supérieure s'étant vidée, on ne trouve plus que la poche inférieure (fig. 2). En faisant alors ingérer de nouveau du bismuth on peut voir se dessiner simultanément la poche supérieure et la poche inférieure séparées par un espace clair (fig. 3).

Dans un cas semblable, en examinant la malade obliquement, M. Béclère a pu constater entre les deux poches une traînée noire correspondant au canal de jonction [fig. 4 et 5] (1).

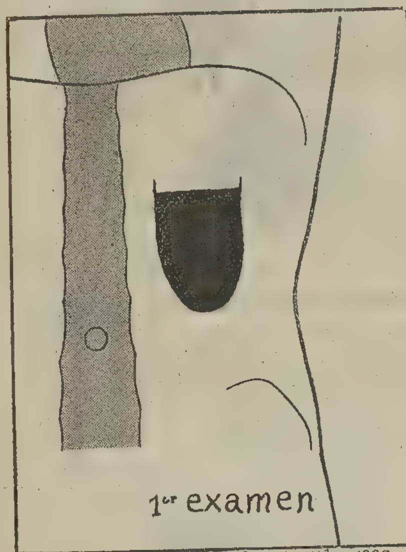


Fig. 1.

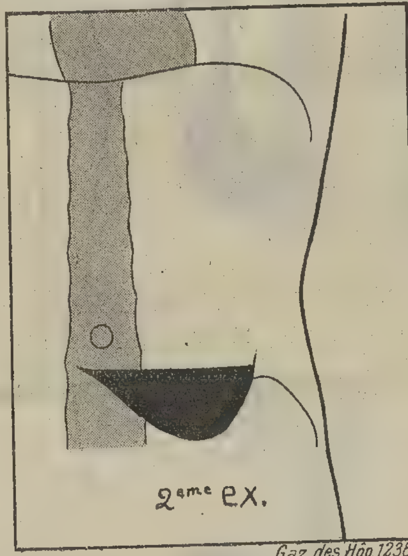


Fig. 2.

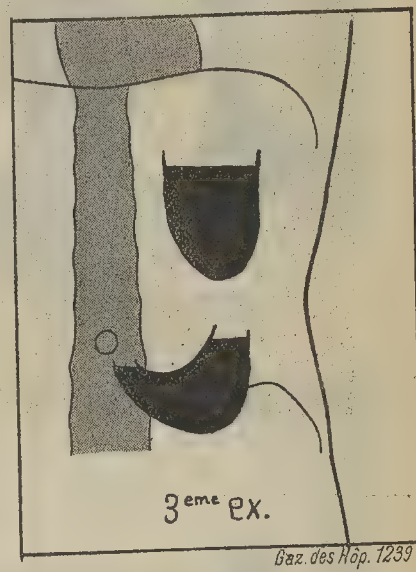


Fig. 3.

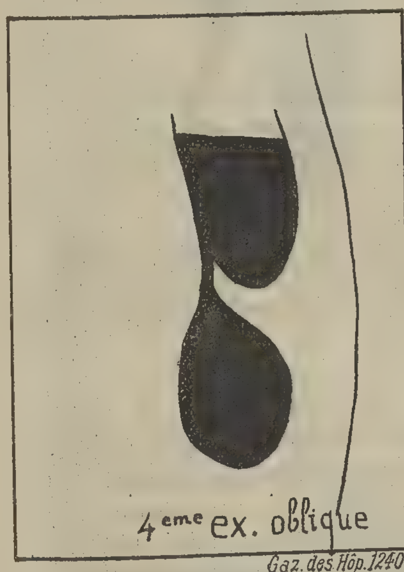


Fig. 4.

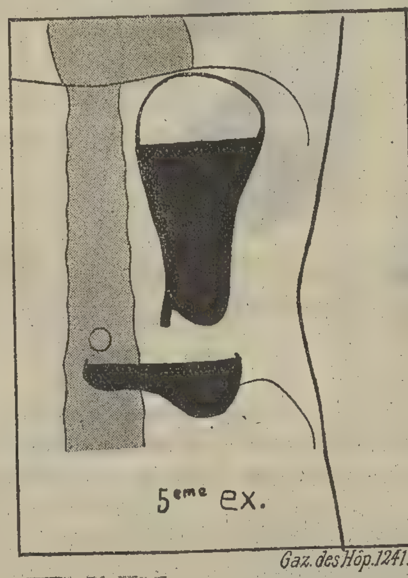


Fig. 5.

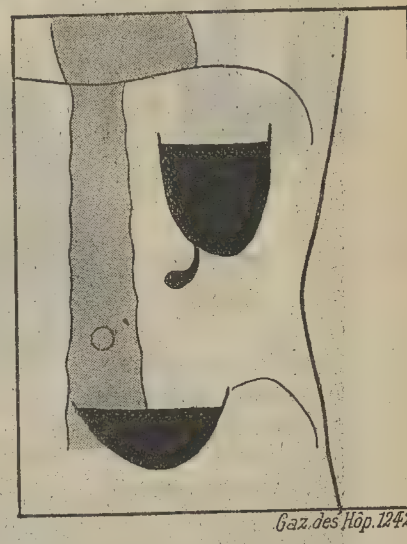


Fig. 6.

Les figures ci-contre reproduisent un certain nombre d'images montrant un estomac biloculaire avec deux poches séparées.

Il existe de plus (fig. 6) un diverticule situé immédiatement comme une sorte d'appendice au-dessous de la poche supérieure. Voici encore une série de cas dans lesquels il existe à la fois une sténose

(*) Conférence faite le 19 mars 1914 à l'hôpital Saint-Antoine. (Compte rendu sténographique revu par l'auteur.) — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 8, p. 117; n° 14, p. 213; n° 21, p. 325; n° 29, p. 464; n° 36, p. 581; n° 41, p. 661; n° 46, p. 745 et n° 55, p. 901.

(1) Les figures 1, 2, 3 et 4 sont empruntées au *Traité médico-chirurgical des maladies de l'œsophage et de l'estomac.*

mésogastrique et un petit diverticule. Dans le cas de la figure 7, le diverticule est directement implanté sur la partie sténosée de l'estomac; il forme un éperon branché sur le canal étroit qui fait communiquer la poche supérieure avec la poche inférieure. Voici encore un autre exemple d'estomac sténosé et diverticulaire; c'est celui d'un malade opéré tout récemment et chez lequel on a constaté très nettement l'existence de lésions cicatricielles déjà de date ancienne (fig. 8). La figure 9 est encore de même ordre.

L'histoire du diverticule juxtaposé au rétrécissement de la partie moyenne de l'estomac est tout à fait intéressante; parfois ils donnent simplement des taches noires aberrantes séparées de l'image de la cavité gastrique. D'autres fois, les deux images communiquent plus ou moins largement. On peut du reste, à des examens différents, constater sur le même sujet que l'image diverticulaire est tantôt sessile et tantôt aberrante. Ainsi, il s'agit d'un même malade dans les trois figures 15, 16 et 17. Dans les deux premières, la tache diverticulaire est située en dehors de l'image gastrique, et, au contraire, dans le troisième cas, elle se trouve représentée par une sorte de protubérance qui communique largement avec la cavité de l'estomac. Il est probable que, dans les deux premiers cas, il y avait un certain degré de contraction, de spasme de la partie moyenne de l'estomac. La disparition ultérieure de ce spasme a pu permettre à la bouche de communication de s'agrandir et au bismuth de pénétrer beaucoup plus largement, par un orifice plus ouvert, dans l'excavation formée par l'ulcus extériorisé.

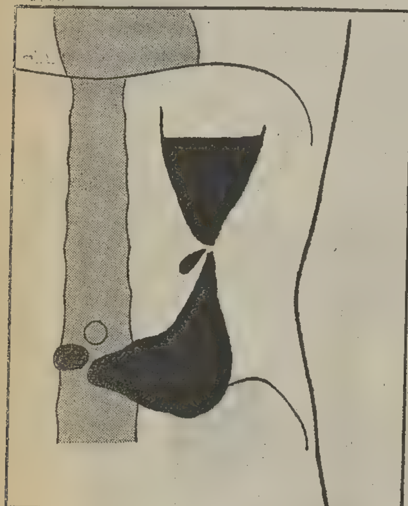


Fig. 7.

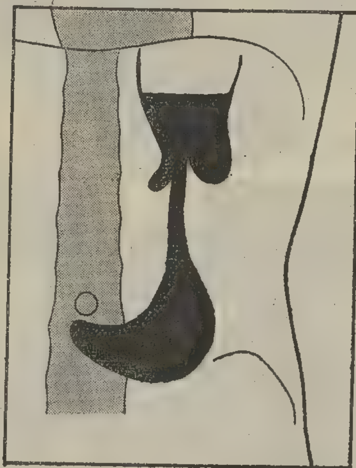


Fig. 8.

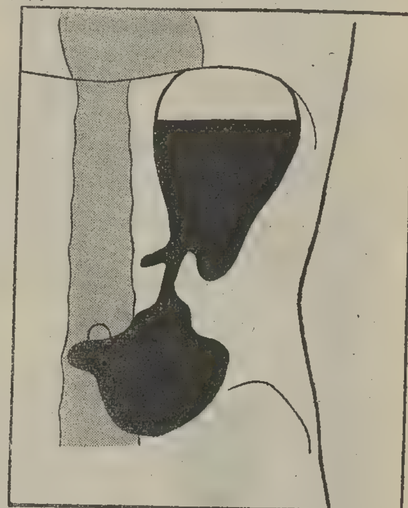


Fig. 9.

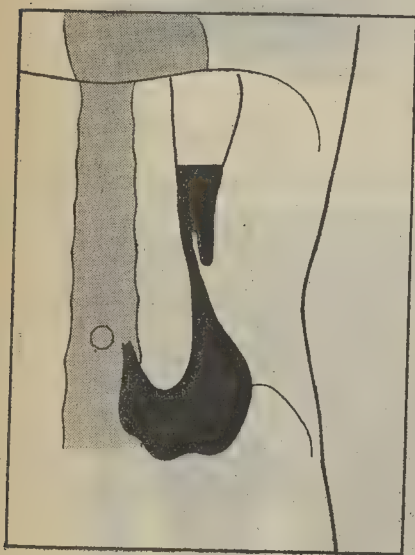


Fig. 10.

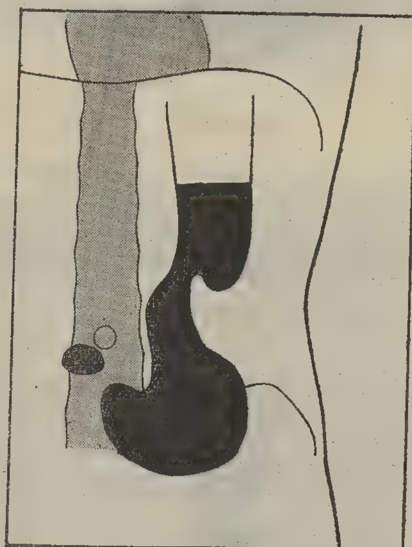


Fig. 11.

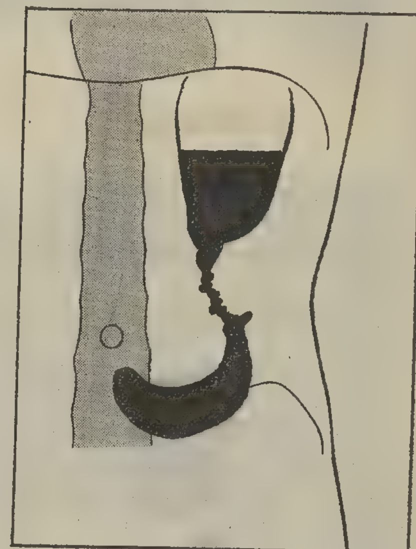


Fig. 12.

Dans quelques cas, surtout lorsque le diverticule présente des dimensions étendues, on peut constater une petite poche d'air à sa partie supérieure.

Cependant, il ne faudrait pas conclure de ce qui précède que l'image diverticulaire soit, dans tous les cas, le signe caractéristique d'une ulcération qui a traversé complètement les parois de l'estomac. Il peut s'agir en effet d'un ulcus calleux, dans l'épaisseur duquel il existe une cavité intrapariétale sans extériorisation vraie de l'ulcus, c'est-à-dire sans que l'ulcus soit sorti de l'estomac, pour s'attaquer aux organes du voisinage.

Au point de vue du diagnostic différentiel, des niches diverticulaires, il convient d'éviter des erreurs possibles. Il arrive, dans un certain nombre de cas,

que la poche supérieure produise au-dessus du canal rétréci une sorte de pli tombant dont le niveau descend au-dessous de l'orifice supérieur du canal de jonction; parfois, comme dans un cas que nous avons observé tout récemment avec M. Béclère, il peut y avoir deux dépressions de ce genre, une du côté de la grande courbure, l'autre du côté de la petite courbure, mais, en général, c'est du côté de la grande courbure que se trouve ce prolongement de la poche supérieure qui tend du reste à disparaître pour s'arrondir et se confondre avec la grande courbure lorsqu'on verse dans l'estomac une quantité plus considérable de bismuth. (Voyez les fig. 10 et 11.)

Supposons maintenant que le bismuth ait disparu de la partie supérieure de cette encoche formée aux dépens de la poche supérieure, nous verrons alors une tache isolée, qui ne communiquera plus avec la cavité de l'estomac, de là une fausse apparence de diverticule. C'est une cause d'erreur dont les radiologues ne me paraissent pas à l'heure actuelle connaître suffisamment la possibilité.

Une erreur quelquefois commise, Béclère nous en a montré des exemples dans nos réunions hebdomadaires, consiste à prendre l'image du bulbe duodénal pour celle d'une cavité diverticulaire.

Etudions maintenant le détroit qui réunit la poche supérieure à la poche inférieure. Ce détroit, lorsqu'il s'agit d'un simple spasme correspondant à la partie moyenne ou plus élevée de la petite courbure est représenté par une simple encoche (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 46, p. 747, fig. 1). La plupart du temps, lorsqu'il existe une lésion sténosante, ce n'est plus simplement une encoche que l'on constate, ou un court trajet de communication entre la poche supérieure et la poche inférieure, mais un canal plus ou moins allongé. Cette disposition fait présumer qu'il existe une lésion véritablement sténosante. Toutefois, il ne faut lui accorder toute sa valeur que lorsqu'il y a tendance soit à une coudure en V ou en Z, soit à une série de rétrécissements et de dilatations (fig. 12). Lorsqu'il s'agit d'une traînée linéaire directe, vous ne pouvez pas avoir la certitude qu'il s'agisse d'une lésion véritablement sténosante. Dans le cas des figures 10 et 15, il y avait une communication presque linéaire entre la poche supérieure et la poche inférieure, et cependant l'évolution des accidents a montré que, bien qu'il existât véritablement un ulcus caractérisé dans ce cas par un diverticule, il ne s'agissait que d'une lésion biloculaire par spasme de la partie moyenne de l'estomac.

Dans le cas des figures 10 et 11 (1), au premier examen, une poche supérieure et une poche inférieure très éloignées l'une de l'autre, une sorte de simple traînée linéaire semblait indiquer un canal très étroit reliant la poche inférieure à la poche supérieure avec un diverticule à la partie moyenne. A un second examen, chez le même malade, on aperçut une communication un peu plus large, mais encore étroite et allongée, entre la poche supérieure et la poche inférieure. Chez le même malade encore, on a, huit jours plus tard, après injections d'atropine, constaté, avec une quantité de bismuth un peu plus considérable, une largeur plus grande du canal de communication entre la poche supérieure et la poche inférieure.

En raison des images 10 et 11 et de l'histoire antérieure de sa maladie, nous avions conseillé à ce même malade de se faire opérer; il s'y est totalement refusé. Il est revenu nous voir deux mois après,



Fig. 13.

disant : Je n'éprouve plus rien, je vais très bien. Nous avons examiné son estomac avec M. Béclère; toute trace de biloculation avait complètement disparu (fig. 13 et 14).

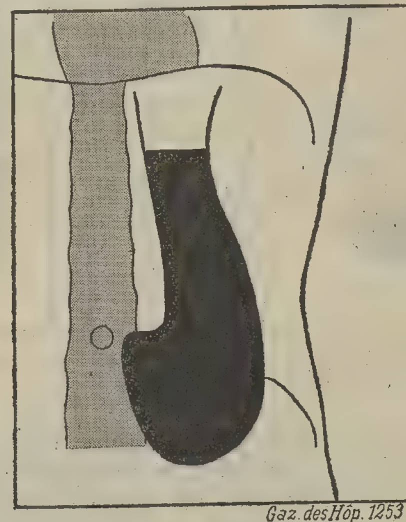


Fig. 14.

Voilà des exemples qui montrent bien qu'il ne faut pas se baser sur l'existence d'un canal de communication étroit, linéaire même, comme dans la figure 15, entre la poche supérieure et la poche inférieure pour affirmer la réalité d'une sténose matérielle, même quand il existe un diverticule.

Lésions sténosantes. — Quelles sont donc les lésions que va trouver le chirurgien lorsqu'il opérera? Ce sera une poche supérieure et une poche inférieure, poche supérieure plus ou moins consi-

(1) Les schémas 10, 11, 13, 14, 15, 16 et 17 ont déjà été reproduits (voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 46, p. 749).

dérable suivant que la sténose est placée plus ou moins haut. En général, elle est située vers la partie moyenne de la petite courbure; mais elle peut l'être vers le tiers supérieur ou inférieur, et, dans deux de nos cas, la lésion siégeait dans la région prépylorique.

De là des différences de dimension étendues entre la poche supérieure et la poche inférieure. Il est bon de signaler que, à l'examen direct après laparotomie, on trouve souvent une poche beaucoup moins étendue qu'on ne l'aurait supposé d'après l'image radioscopique. Il semblait qu'on aurait une grande facilité à faire porter sur elle son intervention et à établir la gastrostomie ou la gastro-entérostomie et vous êtes étonné de voir cette poche très remontée vers le diaphragme, de sorte que le chirurgien a de la peine à la dégager, surtout lorsqu'il trouve des lésions cicatricielles avec adhérences périphériques. Relevons encore cette possibilité que ce canal intermédiaire cylindrique soit si net, si régulier que le chirurgien soit exposé à le prendre, soit pour le cardia s'il s'agit de la partie supérieure, soit pour le pylore, lorsqu'il s'agit de la partie inférieure de l'estomac. Vous voyez quelles conséquences pourraient en résulter, en particulier la possibilité d'établir une gastro-entérostomie sur la poche inférieure au lieu de l'établir sur la poche supérieure. Il faut donc que les chirurgiens soient prévenus de la possibilité d'une erreur de ce genre. Il faut, pour l'éviter, qu'ils tiennent un large compte des renseignements fournis par la radioscopie antérieure. On peut dire qu'un chirurgien ne doit opérer une sténose mésogastrique d'origine ulcéreuse qu'après avoir vu le schéma radioscopique ou la radiographie et en avoir tiré tous les renseignements qu'ils comportent.

A titre de rareté, je signale un fait observé récemment, dans lequel une malade était atteinte d'une sténose mésogastrique d'origine ulcéreuse et en même temps d'un kyste hydatique du foie. M. Béclère a pu faire le diagnostic certain de la sténose et établir la probabilité du kyste hydatique par l'examen radioscopique. L'existence des deux lésions a été confirmée au cours de l'intervention pratiquée quelques jours après par M. Quénu.

Diagnostic différentiel. — Je laisse de côté les cas dans lesquels il n'y a pas de lésion; c'est le diagnostic banal de la fausse biloculation gastrique par élongation de la partie moyenne de l'estomac. Je ne m'arrête pas davantage sur les cas dans lesquels il existe une compression par des organes du voisinage, rate ou côlon, par exemple. Par contre, je veux insister sur l'intérêt et la difficulté du diagnostic lorsqu'il y a vraiment un ulcus dont l'existence est affirmée par l'évolution des symptômes, par des hématémèses antérieures, par les constatations radioscopiques. Comment différencier la sténose mésogastrique lésionnelle de la biloculation par spasme mésogastrique?

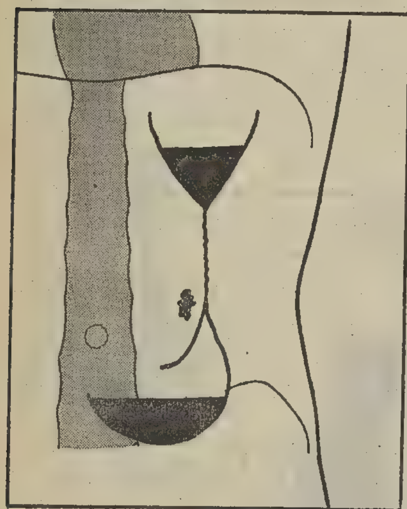


Fig. 15.

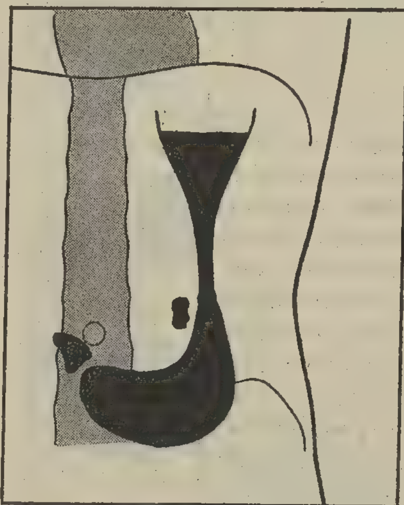


Fig. 16.



Fig. 17.

J'ai cité déjà tout à l'heure un cas dans lequel, malgré l'existence d'un diverticule, on avait été amené à constater que la biloculation gastrique était simplement une biloculation par spasme. Dans certains cas, on peut provoquer la disparition de ce spasme mésogastrique par l'usage de l'atropine. Les schémas radioscopiques 15, 16 et 17 ont été empruntés à l'histoire d'une de nos malades, une femme d'une quarantaine d'années, entrée dans mon service, qui souffre de l'estomac depuis quinze ans. A un premier examen, on a constaté une image biloculaire avec un canal de communication étroit entre la poche supérieure et la poche inférieure (fig. 15). Cette malade a été soumise à la papavérine, elle en a pris 25 centigrammes pendant plusieurs jours. Nous avons alors constaté un canal un peu élargi (fig. 16). Ultérieurement, cette malade a été soumise aux injections d'atropine et nous avons obtenu ainsi une disparition totale de la sténose mésogastrique (fig. 17). La sténose mésogastrique constatée le 12 février n'avait pas reparu ni le 23 du même mois, ni même à la fin d'avril.

Il faut bien savoir que la biloculation par spasme mésogastrique, quand il existe un ulcus de la petite

courbure, peut persister pendant longtemps. J'ai cité déjà ailleurs l'histoire d'un malade de mon service atteint d'un ulcus calleux de la petite courbure, chez lequel cette sténose d'origine spasmodique a été constatée pendant près de deux mois à des examens différents. Au moment de l'intervention, M. Ricard n'a découvert au niveau de la grande courbure qu'une certaine ondulation indiquant probablement l'endroit où devait se produire la rétraction, mais cette biloculation n'existait plus. Elle existait si peu que M. Ricard, ayant voulu faire une gastro-entérostomie sur la poche supérieure, l'a établie en réalité sur la poche inférieure. Ce malade s'est d'ailleurs amélioré ultérieurement beaucoup, bien que lentement.

Dans un autre cas observé avec M. Moutier, malgré une disposition biloculaire de l'estomac constatée à des intervalles très éloignés et dont les extrêmes étaient à un an l'un de l'autre, on a trouvé simplement, avec des lésions ulcéreuses de la petite courbure, un épaississement des parois de l'estomac sans lésion que l'on pût considérer comme des altérations scléreuses consécutives à l'ulcus.

Il y a certainement un état intermédiaire, on l'a dit avec raison déjà, entre ces états de spasme prolongé et la sténose définitive. Il est vraisemblable que ces malades contractant la partie moyenne de leur estomac au voisinage de l'ulcus donnent aux lésions inflammatoires, scléreuses et cicatricielles, le temps de s'établir et qu'il y a un passage progressif entre la biloculation mésogastrique par spasme et la biloculation sténosante organique, définitive.

Ulcéro-cancer sténosant. — Pour terminer cet exposé, il convient de citer en quelques mots l'histoire d'une malade de mon service, opérée il y a une quinzaine de jours. C'est une femme d'une quarantaine d'années, ayant une très longue histoire d'ulcus de la petite courbure. En raison de sa cachexie, de sa mauvaise mine, de son anémie, en raison aussi de l'intensité des douleurs, des petites hématémèses survenues récemment, du dégoût pour les aliments, nous avions pensé qu'il devait y avoir probablement une transformation néoplasique. Chez elle, nous avons observé un phénomène rare : des contractions visibles de la poche supérieure, coïncidant à certains jours avec des vomissements de stase. A l'opération, M. Labey a constaté la transformation néoplasique d'un ulcus sténosant. C'est le seul exemple que j'en connaisse, personnellement. Il est possible que, lorsque la transformation néoplasique d'un ulcus de la petite courbure doit se produire, elle se fasse souvent assez tôt pour que la sténose mésogastrique n'ait pas le temps d'évoluer.

Je signale, sans insister, le diagnostic différentiel avec la sténose d'origine cancéreuse ou la sténose d'origine syphilitique et j'en viens au traitement.

Traitement. — En ce qui concerne le traitement médical, nous n'avons que des ressources assez limitées. Le régime doit être plus ou moins sévère suivant les cas. Il doit rester sévère même dans l'intervalle des crises, dans les périodes d'accalmie, entre les crises paroxystiques. Il faut conseiller le repos, les applications chaudes permanentes, au besoin, l'emploi de la belladone et surtout de l'atropine qui peuvent détendre le spasme. On peut penser que, si l'on suivait d'une façon suffisante, pendant des années, en les ayant complètement à sa discrétion, des malades de cet ordre, on pourrait peut-être atténuer les accidents et retarder la production de la sténose ; mais, en somme, c'est là plus un espoir que la constatation d'une certitude.

Pour ce qui est de l'intervention chirurgicale à laquelle on est amené dans le plus grand nombre des cas, plus ou moins tôt, il y aurait beaucoup à dire ; mais il faudrait consacrer une étude particulière non seulement à ce qu'il convient le mieux de faire en tant qu'opération, mais aux résultats éloignés de l'intervention.

Je n'ai pas actuellement les éléments suffisants pour l'entreprendre, mais je ne désespère pas de reprendre cette question quelque jour. En attendant je ne puis que signaler les opérations que l'on peut faire : la simple libération des adhérences dans un certain nombre de cas, la résection ovalaire de l'ulcus, la gastroplastie qui consiste à inciser verticalement la portion rétrécie de l'estomac, puis à recoudre transversalement, ce qui permet, dans une certaine mesure, d'augmenter le diamètre du canal intermédiaire de communication entre la poche supérieure et la poche inférieure. Il peut se faire que, dans un certain nombre de cas, on ne puisse qu'établir la gastro-entérostomie sur la poche supérieure. Cette opération palliative est celle qui doit être préférée dans les cas où la lésion est assez étendue plutôt que d'être amené à faire une opération très complexe, très prolongée, dont le chirurgien ne pourrait peut-être sortir qu'en faisant une résection dans des conditions très pénibles. Dans ces conditions, il vaudrait mieux certainement pratiquer la simple gastro-entérostomie sur la poche supérieure que d'exposer le malade aux risques très graves d'une intervention très difficile et d'une durée trop prolongée.

Dans un certain nombre de cas, on a fait la résection circulaire de l'estomac au niveau de sa région mésogastrique, et j'y reviendrai plus longuement dans une étude prochaine. C'est une mesure radicale, en apparence tout au moins. On enlève toute la zone moyenne de l'estomac, on recoud la partie supérieure avec la partie inférieure ; de là un canal de communication aussi large que possible entre les deux poches. Eh bien ! chose curieuse, la tendance au spasme mésogastrique est tellement marquée chez ces malades que l'assistant de M. de Quervain (de Bâle), M. Stierlin, en observant des malades de ce genre a pu constater par la radioscopie qu'il s'était reconstitué une sténose mésogastrique par spasme de la partie moyenne de l'estomac. Ces malades étaient soulagés considérablement, mais il semblait qu'ils ne demandaient qu'à refaire dans l'avenir de nouveau de la sténose mésogastrique.

On peut être amené à une opération complexe ; je fais allusion en ce moment aux cas dans lesquels il

existe à la fois une sténose mésogastrique plus ou moins élevée et une sténose du pylore; la coexistence n'est pas extrêmement rare. Il faut en établir le diagnostic différentiel. J'ai dit tout à l'heure avec quelle réserve il faut faire ce diagnostic par la radioscopie, et j'ai mis en garde contre l'erreur qui consisterait à décider trop vite qu'il existe une sténose du pylore parce que le bismuth séjourne longtemps dans la partie inférieure de l'estomac. Mais il y a des cas dans lesquels cette sténose peut se diagnostiquer sans difficulté. On trouve alors du clapotage le matin à jeun; il existe des contractions péristaltiques visibles de la poche inférieure au moment de l'examen radioscopique, et, dans ces conditions, on peut d'avance indiquer au chirurgien qu'il trouvera une sténose pylorique. L'opération qu'il devra faire alors consistera non seulement dans le rétablissement de la communication de la poche supérieure avec la poche inférieure, mais aussi dans le rétablissement de la communication de la poche inférieure avec l'intestin.

Je n'ai pas eu l'intention de faire ici une étude complète de la sténose mésogastrique d'origine ulcéreuse, mais simplement d'indiquer quelles sont les acquisitions récentes faites dans ces toutes dernières années, grâce à l'examen radioscopique de ces malades. En tout cas, par l'exposé précédent, j'ai indiqué ce que j'ai gagné moi-même à collaborer pour les études de ce genre avec mon ami et collègue Béclère.

AUTOUR
DU
CONGRÈS INTERNATIONAL DE CHIRURGIE
DE NEW-YORK (13-16 avril 1914)

Par M. C. DEHELLY,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Chirurgien des hôpitaux du Havre.

Ce Congrès international de New-York marque une date importante dans l'histoire de l'Association internationale de chirurgie; c'est la première fois que le Congrès quitte Bruxelles et c'est la première fois que les Européens se sont déplacés en nombre pour se rendre aux Etats-Unis. Ce déplacement était justifié et fut récompensé par les progrès vraiment remarquables dont les chirurgiens américains nous rendirent témoins, car, notre orgueil dût-il en souffrir, il faut avouer que presque tous les derniers progrès de notre art nous sont venus en ces dernières années de cet étonnant pays.

Considérables et vraiment stupéfiants sont les progrès accomplis journellement et ce voyage venant deux ans après ma première visite, nous a bien montré la rapidité d'évolution de la chirurgie américaine, nous ne voulons en retenir pour aujourd'hui que quelques exemples :

L'anesthésie,
Le traitement sanglant des ankyloses,
La scoliose,
Le traitement sanglant du mal de Pott,
La transfusion.

Qu'il s'agisse d'opérations sanglantes, d'orthopédie, de recherches physiologiques et expérimentales, tout marche de front; en même temps que nous restons stupéfaits du chiffre formidable fourni par les statistiques.

Avant d'entrer dans le détail de ces principaux progrès, qu'il nous soit permis d'en signaler les causes.

Sans doute, les chirurgiens américains ne sont pas plus que ceux des autres pays exempts de critiques, mais ce qui fait leur force dans la marche en avant, ce sont les quatre points suivants :

1° Les organisations administratives;
2° Le nombre considérable des malades qui passent entre leurs mains;
3° Les laboratoires physiologiques et expérimentaux;
4° L'intime collaboration confraternelle entre chirurgiens de valeur.

1° LES ORGANISATIONS ADMINISTRATIVES. — Chaque grand établissement hospitalier a une existence autonome; fondé et entretenu par de riches donateurs, consacrant à son évolution scientifique et matérielle les bénéfices que fournit la clinique payante juxtaposée à la clinique du pauvre, il ne cherche le bénéfice que dans le progrès. (Citons pour exemple les frères Mayo dépensant l'an dernier 2 500 000 francs pour refaire leurs laboratoires.)

2° LE NOMBRE DES MALADES QUI PASSENT ENTRE LEURS MAINS. — Ne pouvant pas donner des chiffres fermes du nombre des malades qui passent chaque année dans tel ou tel grand établissement chirurgical, nous nous contenterons de dire ce que nous avons vu. Chez les frères Mayo, il y a deux ans, en cinq jours, j'ai vu 127 opérations de toutes sortes. Ces jours derniers chez Murphy à Chicago, la veille du jour où les congressistes y étaient, il y avait 18 opérations prévues, presque toutes sur la chirurgie osseuse ou articulaire. Chez Cushing à Boston, chaque jour durant cinq jours, j'ai vu pratiquer une ou deux opérations sur les centres nerveux; chez Crile à Cleveland, 8 à 10 opérations tous les jours, etc.

Ainsi s'explique le chiffre imposant des statistiques qui pour nous autres, Européens, semblent tout d'abord une sorte de bluff, quand ce n'est qu'une vérité.

3° LES LABORATOIRES PHYSIOLOGIQUES ET EXPÉRIMENTAUX. — Si le chirurgien américain connaît bien son anatomie et le prouve par l'audace de ses opérations, il ne lui demande que de guider son bistouri, c'est aux recherches physiologiques et expérimentales qu'il demande l'inspiration. Il faut voir ces merveilleux laboratoires où tout est assuré et livré à profusion pour comprendre l'esprit qui les anime. Nous ne pouvons entrer ici dans le détail soit matériel, soit intellectuel de ces alambics de la science, mais

nous devons insister sur ce point qu'on y accueille volontiers l'étranger qui a fait ses preuves; faut-il citer les Carrel, les Noguchi, etc., préparant ainsi une pléiade de savants qui aident à la diffusion de la science dans leur propre pays.

C'est en réalité l'organisation de l'Institut Pasteur transporté sur un autre terrain. Ce que la France a fait pour la bactériologie, pour ces laboratoires pour infiniment petits, où l'on trouve côte à côte les Pasteur, les Roux, les Metchnikoff, les Besredka, les Américains le font aujourd'hui dans leurs laboratoires de physiologie expérimentale dont le modèle est le Rokefeller Institute que nous espérons voir un jour se développer aussi richement chez nous. Car ne l'oublions pas, c'est la possibilité de dépenser sans compter, qui permet les travaux plus délicats comme ceux de longue haleine. C'est d'ailleurs ce que reconnaissait le professeur Hartmann, lorsque, présidant une des séances de ce Congrès, il ne put s'empêcher en félicitant Carrel, qui avait fait une communication des plus importantes sur la chirurgie intrathoracique et cardiaque, de féliciter aussi les Américains de posséder un tel homme, ajoutant que probablement, s'il était resté en France, il n'aurait pu trouver les moyens indispensables à la réalisation de ses expériences.

4° L'INTIME COLLABORATION CONFRATERNELLE ENTRE CHIRURGIENS DE VALEUR. — Lors de mon premier voyage, il y a deux ans, j'avais été très touché à Chicago de l'accueil que me fit Carl Beck, mais surtout frappé des renseignements immédiats qu'il me donnait, précisant les jours et les heures où je devrais aller chez Murphy pour la chirurgie des os et des articulations, chez Ochsner pour la chirurgie viscérale, etc. Cette documentation si précise, cette absence totale de jalousie m'étonnèrent, je l'avoue, mais je devais bientôt en avoir la juste explication.

Quand un chirurgien tente une opération nouvelle, il en fait part à ses collègues, ceux-ci ne tardent pas à aller y assister et s'engagent rapidement dans la même voie. Très vite l'opération est jugée par des pairs impartiaux qui l'ont vu pratiquer et qui l'ont pratiquée eux-mêmes, ce n'est qu'alors qu'elle prendra droit de cité scientifique.

Cette camaraderie, si on veut nous permettre ce mot, est le gage certain de la valeur ou, il faut bien le dire, de la nullité de la nouvelle méthode proposée.

Sans doute ces chirurgiens n'habitent pas toujours la même ville, souvent même des distances qui nous paraissent considérables en France les séparent; mais au moindre appel soit le chirurgien lui-même, soit son premier assistant se déplace, c'est ainsi que nous pouvons dire, sans exagération, que l'élite des chirurgiens américains est en collaboration constante et se tient journellement les coudes.

Maintenant que nous connaissons le pourquoi des rapides progrès américains jetons un coup d'œil sur ceux qui nous ont le plus frappé et que nous signalions dès le début de notre article.

A. L'ANESTHÉSIE. — Ce que nous voulons signaler sous ce titre, ce ne sont pas particulièrement les modes d'anesthésie auxquels les chirurgiens américains ont habituellement recours. Personne n'emploie le chloroforme. L'éther est le plus généralement employé, soit à la compression, soit avec un appareil de Bennett, analogue à celui d'Ombrédanne, et qui a pour principe comme lui de donner l'éther avec un mélange d'oxygène et d'acide carbonique; c'est l'éther aussi qui est employé pour l'anesthésie avec insufflation intratrachéale. L'anesthésie est presque toujours commencée avec le protoxyde d'azote. Crile même se sert du protoxyde pour toute la durée de l'anesthésie en y ajoutant soit quelque peu d'éther, soit l'anesthésie locale, ainsi qu'il l'a préconisé comme conséquence de sa théorie du shock opératoire; il est inutile d'insister sur ce point qu'il nous a fait connaître lui-même dans la *Revue de chirurgie*. (V. *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 29, p. 478.)

Le fait dominant au point de vue anesthésie, celui que nous tenons à signaler, c'est l'*anesthésie par insufflation intratrachéale*. Cette méthode, née du principe de Meltzer-Auer, était appliquée sur l'homme grâce à l'appareil d'Elsberg à Mount Sinai Hospital, depuis quelques jours à peine en janvier 1912. Aujourd'hui, il n'est pas une salle d'opérations, aux Etats-Unis ou au Canada, où je n'aie vu un appareil à insufflation, au point qu'il ne m'est pas possible de les décrire ou même de les nommer tous. En tous cas, la méthode est acceptée largement, non seulement pour la chirurgie du thorax, où elle a évidemment son indication primordiale, qu'il s'agisse de chirurgie pulmonaire cardiaque ou œsophagienne, mais encore pour la chirurgie de la face, du cou, du cerveau, du cervelet, de l'hypophyse, comme je l'ai vu faire par Cushing à Boston.

L'anesthésie par insufflation intratrachéale est donc aujourd'hui non seulement jugée bonne, mais acceptée sans conteste dans tous les cas où elle paraît indiquée.

Qu'on ne lui objecte pas, comme vient de le faire M. Tuffier dans une communication à la Société de chirurgie, les difficultés du modus faciendi et les dangers qui pourraient en résulter pour le larynx lui-même. Sans doute ici comme partout ailleurs en chirurgie il faut apprendre son métier et se servir de l'instrument indiqué. C'est tout d'abord un gros introducteur de Jackson ou ses dérivés et non pas le tube relativement étroit de Kilian qu'il faut employer; seul le gros tube permet à la fois de voir où l'on va et de conduire sa sonde. Cette sonde n'est pas en Amérique la sonde molle en caoutchouc rouge mais la sonde en gomme à la fois souple et ferme que l'on dirige comme on veut. Quant à l'introduction de la sonde à bout de doigt en la frottant sur les parois sales de la bouche et du pharynx, elle nous paraît présenter pour la trachée et les bronches des dangers d'infection que n'a pas l'introduction à travers un tube stérile comme l'est l'introducteur à gros calibre. La manœuvre peut être délicate, mais est-ce que le tubage de la glotte ne l'est pas aussi, est-ce que tout chloroformisateur, est-ce que tout assistant chargé de l'anesthésie sous quelque forme que ce soit n'a pas dû faire son éducation?

Aussi bien M. Sébileau n'a-t-il pas déclaré à deux reprises à la Société de chirurgie que ce n'était pas

aussi difficile que le disait M. Tuffier et que, si difficulté il y avait, elle ne pouvait être un argument sérieux contre la méthode?

B. Traitement sanglant des ankyloses. — Je n'ai pas à rappeler ce qu'est le procédé préconisé par Murphy pour le traitement des ankyloses. Rupture des adhérences à la gouge, réfection des surfaces articulaires dans leur forme normale à l'aide d'instruments appropriés, interposition entre les surfaces osseuses sanglantes d'un ou deux lambeaux aponévrotiques pédiculés, extension continue prolongée pour éviter l'écrasement de ce lambeau, mobilisation retardée (1).

Mais ce que nous pouvons affirmer, ce sont les résultats absolument parfaits que nous avons pu constater soit pour le genou, soit pour la hanche, soit pour l'articulation temporo-maxillaire, soit pour le coude. Retour des fonctions normales sans mouvements anormaux.

A ce propos qu'il nous soit permis de dire qu'il est regrettable qu'au Congrès français de chirurgie de 1913 la méthode de Murphy ait été attaquée sans aucun fait d'observation et au nom d'idées purement théoriques.

C. La scoliose. — Le traitement de la scoliose a été complètement modifié par les travaux des orthopédistes américains Abbott, Lovett et Mackensie Forbes. Ce dernier s'est particulièrement attaché à la recherche du mécanisme de formation de la scoliose et en a déduit une méthode nouvelle de traitement qui n'a du reste pas encore fait ses preuves. Abbott a mis au point un autre procédé de redressement qui est maintenant bien connu en France et que nous utilisons tous. Ce traitement est encore discuté au nom de certaines objections qu'il nous faut rappeler. Abbott s'attaque tout à la fois à la courbure vertébrale et aux mouvements de rotation avec déformation consécutive du thorax, n'est-ce pas là une simple illusion et n'est-ce pas au prix d'une déviation inverse ou d'un mouvement anormal de compensation que l'état apparent est obtenu? En un mot, peut-on redresser une colonne vertébrale sans faire appel à une autre courbure de compensation? Peut-on ramener dans l'alignement un segment thoracique bombé sans entraîner un double aplatissement?

A ces objections théoriques, il faut répondre par l'examen des malades; or, si, comme nous en avons eu la bonne fortune, on peut parcourir avec toute l'attention nécessaire une série de photographies et de radiographies, le doute n'est plus permis, le résultat obtenu s'impose : c'est le retour ad integrum.

D. Le traitement sanglant du mal de Pott. — Le mal de Pott, lui-même, n'est-il pas entré sous une forme nouvelle dans le domaine de l'actualité, grâce aux travaux d'Albee et de Hibbs de New-York. Le principe général du traitement de cette affection est tout entier, de l'aveu de tous, dans l'immobilisation de la portion malade de la colonne vertébrale, mais tandis que l'ensemble des chirurgiens le demande à l'immobilisation de tout le rachis, et souvent du corps tout entier, Albee et Hibbs, s'inspirant peut-être des travaux et des recherches de Chipault, cherchent à créer un soutien postérieur à la colonne. Chipault se contentait de lier entre elles les apophyses épineuses, Albee tente de créer une colonne osseuse rétro-vertébrale par un greffon transplanté, Hibbs par l'utilisation du squelette vertébral lui-même.

Pour notre compte personnel, nous avons pu voir quelques résultats de l'un et de l'autre procédé.

Les résultats obtenus par la méthode d'Albee aux Etats-Unis ne semblent guère plus encourageants que ceux qu'Ombrédanne a obtenus en France avec la même méthode. J'ai vu à Boston, chez Lovett, à Montréal, chez Mackensie Forbes et ailleurs des résultats assez mauvais dus les uns à l'élimination du transplant, les autres à sa résorption partielle, à son incurvation ou à des fractures multiples. Par contre chez Lovett, ou à New-York Orthopœdic Hospital, j'ai vu des résultats encore récents mais bons de l'opération de Hibbs. Celui-ci m'a du reste montré une pièce où, par son procédé, il avait obtenu l'ankylose du segment vertébral qu'il s'était proposé d'immobiliser.

E. La transfusion du sang. — La transfusion du sang doit sa réapparition à l'excellent travail de Crile, de Cleveland. Elle est employée en Amérique par tous les chirurgiens. Cette intervention de première nécessité a été et est encore en France si ardemment combattue, après la publication des observations communes à Guillot et à moi, qu'en Amérique il semble étrange qu'on puisse se refuser à enregistrer les résultats inespérés qu'a déjà donnés la transfusion. Ce qu'il faut rechercher actuellement n'est plus de savoir si oui ou non la transfusion est bonne, c'est entendu; mais d'en préciser la technique pour être assuré de son innocuité et de sa simplicité, tout en recherchant la netteté dans les indications.

C'est l'ambition actuelle des chirurgiens américains, aussi s'efforcent-ils de répondre à certains desiderata qu'il nous serait incontestablement très utile de connaître :

1° La quantité de sang que nous donnons;
2° Celle que nous pouvons prendre à un donneur sans danger pour lui;
3° Celle qui est nécessaire dans tel ou tel cas;
4° Doit-on dans certains cas répéter la transfusion et à quels intervalles?
5° Dans ces derniers cas faut-il utiliser le même donneur?

C'est à répondre à ces diverses questions que s'attachent tout particulièrement Lindeman, Liebmann, Kimpton, Satterlee et Hooker, que ce soit avec les seringues de Lindeman, que ce soit avec le gros tube gradué qu'emploient les autres, le fait dominant est double : transport d'une quantité donnée de sang et transport de veine à veine.

(1) Guillot et Dehelly. L'arthroplastie par la méthode de Murphy, *Lyon chir.*, 1er sept. 1913.

L'avenir pourra seul juger ceux qui aujourd'hui, nous l'avouons, nous paraissent un peu faire retour aux méthodes anciennes comme les procédés de Roussel et de Collin. J'ai souvent insisté dans nombre de communications ou d'articles, sur la supériorité incontestable de la transfusion directe sur ces méthodes indirectes, mais ce qu'il importe avant tout, c'est d'applaudir à toute tentative nouvelle qui peut faire progresser la transfusion en la rendant plus scientifique.

Telles sont les réflexions que m'a suggérées ma visite aux Etats-Unis, j'ai voulu surtout montrer les méthodes de travail et leurs résultats et non des hommes qui sont, comme partout, les uns remarquables et les autres mauvais; les premiers seuls sont intéressants et j'ai préféré vous parler des travaux de ces hommes plutôt que des fautes entrevues au cours de mon voyage. C'est à accroître notre propre bagage scientifique que j'ai voulu travailler, car il ne suffit pas d'être riche, il faut savoir encore augmenter ses revenus.

Il est certain que si nous avons à apprendre quelque chose chez les Américains, ceux-ci peuvent venir chez nous et ne s'en iront pas les mains vides, je souhaite qu'ils prennent un peu moins le chemin de l'Allemagne lorsqu'ils viennent en Europe et c'est à nous de savoir les intéresser et les retenir.

Le Congrès en lui-même a été des plus intéressants et les rapports discutés souvent avec abondance et entrain; les séances où ont été traitées les questions de greffes et de transplantations ont été particulièrement animées. Lexer, Wetzel, Murphy nous ont parlé de leurs travaux sur les articulations, Carrel nous a exposé l'état actuel de la question des greffes des organes qu'il connaît mieux que quiconque. Tout cela sera publié en détail ailleurs, je n'insiste donc pas. Mais je dois adresser mes remerciements émus à tous ceux qui nous ont accueillis avec tant de simplicité et d'attentions. Les Français doivent une reconnaissance toute particulière au professeur Gibson (de New-York). Son rôle d'organisateur a dû être ardu et souvent fatigant et cependant toujours la meilleure humeur a présidé aux nombreuses demandes de renseignements dont il a été assailli. Je suis donc particulièrement heureux d'avoir l'occasion de lui adresser et mes félicitations pour le succès du Congrès et mes remerciements pour les heures agréables que je lui dois.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 MAI 1914)

Expériences sur la vie sans microbes. Elevage aseptique de cobayes. — MM. Michel COHENDY et Eugène WOLLMAN. Il est actuellement établi que des animaux appartenant aux groupes les plus divers et pourvus normalement d'une riche flore intestinale peuvent être élevés dans des conditions d'une asepsie parfaite sans qu'il en résulte pour eux une infériorité quelconque par rapport aux témoins non aseptiques.

Les résultats obtenus par les auteurs établissent le fait avancé par Nuttall et Thierfelder sur la possibilité d'élever des cobayes aseptiquement. Joints à ceux obtenus par Küster sur le chevreau, ils complètent les données acquises sur la vie aseptique des animaux et montrent que les mammifères, eux aussi, peuvent utiliser leurs aliments et se développer en dehors de toute intervention microbienne.

La voie se trouve donc ouverte aux travaux qui nécessitent l'élimination de la flore microbienne normale : études sur le rôle des diverses espèces de microbes dans les voies digestives, sur les associations microbiennes, sur les affections microbiennes d'origine intestinale, etc. C'est dans cette direction que MM. Cohendy et Wollman se proposent de conduire leurs recherches.

Traitement de la blennorragie par la méthode des virus-vaccins sensibilisés. — M. Louis CRUVEILHIER. M. Besredka a imaginé un procédé d'atténuation des virus basé sur leur mise en contact avec des sérums spécifiques qui a permis d'obtenir des vaccins actifs contre un grand nombre de maladies telles que la peste, le choléra, la fièvre typhoïde, la rage, la clavelée, etc.

M. Cruveilhier a été le premier à adapter au gonocoque cette méthode des virus-vaccins sensibilisés. Les résultats qu'il a obtenus, particulièrement au cours des complications de l'infection blennorragique, lui ont paru manifestes.

Dans aucun des cas traités il n'y a eu de complications.

Quelques considérations nouvelles à propos des cultures de gonocoques. — MM. Auguste LUMIÈRE et Jean CHEVROTIER.

NOTES POUR L'INTERNAT

TUBERCULOSE INTESTINALE

DÉFINITION. DIVISION. — Sous le nom de tuberculose intestinale nous étudierons les localisations du bacille de Koch sur l'intestin, à l'exception de la région anorectale (tuberculose verruqueuse de l'anus, abcès, fistules, etc.); nous n'insisterons que peu également sur l'appendicite tuberculeuse. Extrêmement nombreuses sont les formes anatomo-cliniques réalisées par la tuberculose de l'intestin; on peut observer soit des *formes aiguës*, granuliques, ce qui est rare, soit beaucoup plus souvent des formes chroniques; les formes chroniques peuvent revêtir plusieurs types anatomiques distincts : une *forme ulcéreuse*, connue depuis longtemps, bien décrite par Laënnec, c'est l'ENTÉRITE TUBERCULEUSE, ou forme médicale de la tuberculose intestinale; des *formes scléreuses* (Kœberlé, Hartmann et Pilliet, Bérard et Patel), dont on décrit au niveau de l'intestin grêle deux variétés : une première ulcéro-cicatricielle sténosante, une seconde sténosante pure d'emblée; il est fréquent, enfin, de rencontrer au niveau du gros intestin des *formes hypertrophiques*, sténosantes (Duguet, Terrier, Hartmann et Pilliet) dont les plus importantes sont la tuberculose hypertrophique du cæcum, du côlon et du rectum; les formes sténosantes, hypertrophiques, surtout la tuberculose iléo-cæcale sont considérées comme les *formes chirurgicales de la tuberculose intestinale*, nous nous contenterons de signaler sans y insister la dégénérescence amyloïde de l'intestin.

ÉTIOLOGIE PATHOGÉNIE. — La tuberculose intestinale est rarement primitive, sauf chez l'enfant; l'affection décrite chez lui sous le nom de CARREAU est, en effet, souvent symp-

tomatique d'une lésion tuberculeuse primitive de l'intestin; chez l'adulte, la tuberculose intestinale est presque toujours secondaire, sauf lorsqu'il s'agit du tuberculome cæcal; en général elle survient au cours de la tuberculose pulmonaire; elle est due à la déglutition de crachats bacillifères; on l'a signalée comme complication de la tuberculose linguale, amygdalienne, pharyngée; elle peut encore s'observer en même temps que la tuberculose d'autres viscères ou séreuses (plèvre, péritoine, reins, os, etc.); aussi est-il nécessaire d'étudier avec soin les différentes voies par lesquelles les bacilles parviennent à l'intestin, les causes qui favorisent cette localisation et qui font apparaître, suivant les cas, telle ou telle forme anatomique.

Voies de l'arrivée du bacille. — a. *Voie digestive.* — Il peut s'agir, soit d'auto-infection lorsque le sujet déglutit des crachats bacillifères, soit d'hétéro-infection; chez l'enfant, la tuberculose intestinale est due le plus souvent à l'ingestion de lait bacillifère; chez l'adulte, la contamination se fait aussi, parfois par l'ingestion de bacilles apportés par le lait, la viande (identité du bacille humain et bovin, Nocard), les poussières : signalons à ce propos sans y insister la théorie de l'origine presque exclusivement intestinale, digestive, de la tuberculose humaine (Calmette), théorie que bien peu d'auteurs admettent d'une manière aussi exclusive. En réalité, la voie digestive n'a pas l'importance qu'elle paraît présenter tout d'abord dans la pathogénie de la tuberculose intestinale. Bien souvent en effet les bacilles traversent la muqueuse sans l'altérer (Cornil et Dobroklonsky), et, parvenus dans la sous-muqueuse, ils seront phagocytés et entraînés dans la circulation sanguine ou lymphatique.

b. *Voie sanguine.* — C'est par voie sanguine que très souvent se réalise la tuberculose intestinale, il en est toujours ainsi dans la forme granulique; il en est encore de même dans les cas où se rencontrent des ulcérations annulaires disposées suivant le trajet des vaisseaux; en réalité, la voie sanguine est suivie, sans aucun doute, beaucoup plus souvent qu'on ne le croit par les bacilles, ainsi que le démontre bien la fréquence de la bacillémie chez les tuberculeux.

c. *Voie lymphatique; propagation par contiguïté.* — La tuberculose intestinale succède encore parfois à une tuberculose péritonéale, mésentérique, génitale, rénale, etc.; les bacilles, qui ont traversé la muqueuse intestinale sans l'altérer, peuvent enfin revenir se localiser sur l'intestin par voie lymphatique (Destot).

De toutes manières d'ailleurs, la localisation du bacille de Koch sur l'intestin sera favorisée par les lésions antérieures du tube digestif (traumatismes, hernies, entérites, côlites, ulcérations typhiques, dysentériques, etc.). Plus complexe est la question de savoir pourquoi, suivant les cas, se réalise telle ou telle forme anatomique; l'intestin grêle, grâce à sa riche vascularisation, à la minceur de ses parois, à sa mobilité, paraît plus apte aux ulcérations et en conséquence aux rétrécissements que le gros intestin; ce dernier, par sa structure plus robuste, son immobilité relative, se trouve au contraire dans des conditions plus favorables à la résistance, aussi se défend-il mieux et réagit-il en hypertrophiant ses parois; la conformation spéciale de la région iléo-cæcale enfin favorise peut-être l'infection si fréquente de cette région. La double évolution scléreuse ou caséeuse des formations tuberculeuses est ici, comme ailleurs, le résultat de la réaction spéciale des poisons bacillaires, chloroformo ou éthéro-bacilline d'Auclair. Expérimentalement on a pu réaliser la tuberculose intestinale en faisant ingérer aux animaux, en même temps que des bacilles, des corps durs susceptibles de léser la muqueuse, ou en traumatisant au préalable l'intestin.

Anatomie pathologique. — La tuberculose intestinale se manifeste, la dégénérescence amyloïde mise à part, soit par des granulations tuberculeuses auxquelles succèdent des ulcérations suivies ou non de cicatrisation ou de perforation, soit par une réaction fibreuse sous-muqueuse réalisant des sténoses ou de véritables tumeurs, avec, suivant les cas, retentissement ganglionnaire et péritonéal.

a. *Granulations.* — La surface interne de l'intestin montre des lésions analogues à la psorrentérie, mais qui s'en distinguent par le volume, la dureté, la saillie des granulations; celles-ci sont groupées tantôt sur une plaque de Peyer tuméfiée, limitée par un amas de granulations, tantôt sur les follicules qui paraissent transformées en furoncles; tantôt elles sont disséminées au niveau des villosités, dans le stroma glandulaire. Ces granulations sont abondantes surtout au niveau du jéjunum; extérieurement l'intestin paraît œdématié et le péritoine altéré; il faut rapprocher de cette forme la tuberculose nodulaire qui est rare.

b. *Ulcérations.* — L'intestin est raccourci, affaissé, les anses sont agglutinées; le péritoine est recouvert de fausses membranes; les ganglions mésentériques sont volumineux, caséeux; extérieurement, au niveau des points lésés, l'intestin est violacé, noirâtre et montre, par transparence, tout un semis de granulations. Les ulcérations siègent surtout sur l'*iléon*; elles sont rares sur le gros intestin; il peut s'agir d'ulcérations *lenticulaires*, régulières, provenant du ramollissement d'une granulation isolée, d'*ulcérations confluentes*, en forme de godet, dues à la nécrose en masse d'une ou plusieurs plaques de Peyer; elles siègent sur le côté opposé au mésentère, leurs bords sont déchiquetés, épaissis, décollés; parfois les ulcérations sont dues à l'éclosion au pourtour d'un ulcère folliculaire primitif d'une série de granulations caséeuses secondaires.

Les *ulcérations en bande, transversales, annulaires* sont dues au sphacèle de la muqueuse, succédant, en général, à la thrombose des artères mésentériques par compression, par artérite, ou à des lésions du système lymphatique (Girode); les bords de ces ulcérations sont décollés, le fond en est peu tomenteux; la vascularisation y est très marquée. On décrit encore des *ulcérations serpigineuses*, très irrégulières, à bords décollés, à fond tomenteux.

Dans tous ces cas, les lymphatiques sont très apparents sous le péritoine (lymphangite tuberculeuse). On peut noter parfois l'ulcération d'un vaisseau de l'intestin expliquant l'hémorragie; *histologiquement*, la granulation siège dans le follicule clos, dans la sous-muqueuse; les artères présentent de l'endartérite, les veines, les lymphatiques sont thrombosés, les glandes de Liebeskühn atrophiées ou multipliées. Les ulcérations respectent assez longtemps la tunique musculaire de l'intestin, elles peuvent guérir, créant ainsi un rétrécissement cicatriciel. Parfois au contraire la tuberculose se propage assez rapidement aux couches sous-jacentes, déterminant alors une *perforation*; celle-ci siège presque toujours au niveau de la région iléo-cæcale; comme il y a le plus souvent, contrairement à l'opinion de Delpeuch, participation du péritoine au processus tuberculeux intestinal (*forme entéro-péritonéale* de Bérard et Patel), des adhérences se sont constituées, aussi la perforation est suivie, soit de péritonite localisée, soit de fistule d'anse à anse ou de fistule pyostercorale; en dehors de toute perforation d'ailleurs, on constate que les ganglions mésentériques sont bien souvent envahis, surtout chez l'enfant, réalisant le *carreau*.

Les ulcérations siègent quelquefois sur le gros intestin, soit en même temps que sur l'iléon, soit d'une manière discrète, se limitant même à un segment, à la valvule de Bauhin, à l'appendice, ne se révélant extérieurement que par l'existence d'adénopathies considérables de l'angle iléo-cæcal; il s'agit d'ulcérations serpigineuses, larges, anfractueuses; la muqueuse est décollée, congestionnée, c'est la colite dysentériforme de Spillmann. Parfois elle est gangrenée; tout le cæcum est envahi, le péritoine a un aspect tomenteux, sanieux; il se forme des clapiers purulents, avec phlegmon péricæcal mêlé à la masse caséo-purulente; c'est la typhlite et la pérityphlite tuberculeuses. Nous étudierons plus loin les lésions de l'appendice.

(*A suivre.*)

Erratum. — Dans les notes sur « Œdèmes de la glotte », la bibliographie renferme une erreur. Au lieu de *Traités classiques* : Castex, in Brouardel-Gilbert..., lire : « Castex et H. Barbier. Article « Maladies du larynx », in Brouardel-Gilbert. » L'article « Œdèmes de la glotte » a été rédigé par M. Barbier.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Imprimerie Levé, 17, rue Cassette, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 10 francs par an.
Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 14 mai. — MM. Troisier, 16; Faure-Beaulieu et Laroche, 17.

Prochaine séance, mardi 19 mai, à seize heures trente, à l'Hôtel-Dieu.

— CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 13 mai. — MM. Le Lorier, 29; Lequeux, 28.

Séance du 14 mai. — MM. Lemeland, 20; Dupont, 12; Guéniot, 24.

— CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR. — Le concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année, année 1914-1915 (concours de chirurgie et d'accouchement), aura lieu le jeudi 21 janvier 1915, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau).

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration tous les jours, de onze heures à trois heures, du 16 au 21 novembre 1914 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au service du personnel au plus tard le samedi 21 novembre 1914, à trois heures, dernier délai.

— CONCOURS DU PROSECTORAT. — Un concours pour la nomination à deux places de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux sera ouvert le lundi 27 juillet 1914, à quatre heures, à l'amphithéâtre d'anatomie, rue du Fer-à-Moulin, 17.

Les candidats qui voudront concourir se feront inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel), à partir du jeudi 18 juin jusqu'au samedi 4 juillet, inclusivement, de onze heures à trois heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS DE L'ADJUVAT. — *Lecture.* — MM. Caudrelier, 24; Bloch, 23; Charrier, 21; Mossé, 20.

Prochaine séance, samedi 16 mai, à quatre heures quarante-cinq.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — Le concours pour l'admission à deux places d'interne, en médecine et en chirurgie, à la Maison départementale de Nanterre, qui seront vacantes le 1er octobre prochain, s'ouvrira le 1er juillet 1914; il comprendra quatre épreuves : une épreuve portant sur deux questions, l'une de pathologie interne, l'autre de pathologie externe ou d'obstétrique; une épreuve de médecine opératoire; une épreuve de clinique médicale; une épreuve de clinique chirurgicale.

Les internes titulaires reçoivent un traitement de 1800 fr. et une indemnité de logement de 300 francs.

Les inscriptions sont reçues du 11 mai au 6 juin (dimanches et fêtes exceptés) de dix heures à quatre heures, à la préfecture de police (direction du Cabinet, personnel, rue de Lutèce), où le programme sera remis aux candidats.

CONGRÈS DES PRATICIENS (*27-29 mai 1914*). — TITRES DES RAPPORTS. — I. *Contre toutes les tentatives de fonctionnarisation;* rapporteur : M. Le Fur.

II. *L'hygiène administrative, son impuissance;* rapporteur : M. Lenglet.

III. *Organisation de l'hygiène technique par le corps médical;* rapporteur : MM. Campinchi et Lafontaine.

IV. *L'assistance médicale gratuite et le corps médical;* rapporteur : M. Rinuy.

V. *La lutte contre la tuberculose;* rapporteur : M. Kuss.

VI. *Contre l'alcoolisme;* rapporteur : M. Bertillon.

En outre, seront publiées des études sur l'organisation de l'hygiène en Allemagne (rapporteur : M. Kolbé, de Châtel-Guyon); en Amérique (rapporteur : M. Abadie), etc.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES. — Le 53e Congrès s'ouvrira, à Marseille, le mardi 6 avril 1915.

Les journées des mardi 6, mercredi 7, jeudi 8 et vendredi 9 seront consacrées aux travaux du Congrès.

La séance générale de clôture aura lieu le samedi 10 avril, à deux heures précises.

L'INSTITUT MÉDICO-LÉGAL. — En compagnie de MM. Dausset et Lemarchand, conseillers municipaux, des docteurs Thoinot et Balthazard, de MM. Ferlet et Paoli, directeurs de l'administration centrale, le préfet de police vient de visiter l'institut médico-légal en cours de construction.

Diverses critiques avaient été formulées en ce qui concerne les matériaux employés, le mode d'éclairage, l'aération, etc., de la future morgue. On s'est mis d'accord sur tous ces points avec l'architecte M. Tournaire, et il est vraisemblable que l'institut pourra être inauguré au mois d'avril 1915.

REVUE GÉNÉRALE

LE KALA-AZAR INFANTILE OU MÉDITERRANÉEN

Par J. MILHIT,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Chef de clinique médicale infantile de la Faculté.

Introduction. — Peu de sciences ont évolué avec la même rapidité que la parasitologie; réduite il y a quelques années à l'étude des helminthes, du paludisme et de quelques végétaux parasites, elle a fait depuis cette époque, grâce à l'usage plus répandu du microscope et de la méthode expérimentale, des découvertes qui ont attiré sur elle l'attention du monde médical tout entier (Brumpt). Dans le seul domaine des protozoaires par exemple, on découvre deux trypanosomes, plusieurs espèces de corps de Leishman, le tréponème de la syphilis, certaines amibes pathogènes, etc. A ces acquisitions déjà si considérables, il faut encore ajouter une découverte capitale, c'est la culture pure ou mixte, sur des milieux spéciaux, de divers protozoaires, trypanosomes, corps de Leishman, etc.

Parmi ces acquisitions récentes, celles qui concernent les maladies dues aux corps de Leishman sont particulièrement intéressantes à bien connaître.

La *Gazette des hôpitaux* a, par deux fois déjà, consacré à ces affections une Revue générale. En 1909, M. Schneider étudiait ici même les leishmanioses en général, et en 1910 M. Benoît exposait en ce journal tout ce que l'on savait à cette époque sur le clou de Gafsa (bouton d'Orient) ; aussi les lecteurs doivent-ils se demander s'il est bien nécessaire de consacrer une nouvelle Revue générale à l'étude d'une troisième affection à leishmania.

Il nous a paru cependant que le moment était opportun de vulgariser les connaissances acquises sur cette maladie récemment identifiée le « kala-azar infantile » ou anémie infantile par leishmania.

Peut-être nous objectera-t-on que, cette affection ne s'observant jamais en France, il n'est pas très utile d'en faire connaître la description à des médecins qui n'auront jamais à la diagnostiquer ? Cet argument ne serait pas sans valeur, si cette affirmation était bien exacte, mais en est-il bien ainsi ? Si cette maladie ne se rencontre point en France, tout au moins sur le littoral français méditerranéen, ne serait-ce pas plutôt qu'on ne sait pas encore la diagnostiquer? Voilà, en effet, une affection qui sévit en Italie, en Sicile, en Grèce, en Tripolitaine, en Tunisie, en Algérie, en Espagne, et par un de ces hasards prodigieux notre littoral seul en serait totalement indemne ?

Nous avons peine à croire à un tel régime de faveur ; cela est si peu vrai d'ailleurs que le docteur Pringault (de Marseille) vient de découvrir (janvier 1914) des corps de Leishman chez un chien à Marseille même. Aussi, bien que, comme l'écrivait tout récemment encore Nicolle (mars 1914), l'identité du kala-azar humain et de la leishmaniose canine ne soit pas encore formellement démontrée, tout porte cependant à penser que des cas humains ne tarderont pas à être reconnus dans le sud de la France, pour peu que la sagacité des médecins s'exerce à les y rechercher.

Il semble donc bien que le moment soit venu de résumer l'état de nos connaissances sur cette maladie afin de permettre au médecin, le cas échéant, de savoir la dépister.

Avant d'aborder l'étude du kala-azar infantile proprement dit, nous allons énumérer tout d'abord rapidement les diverses affections qui reconnaissent à leur origine des leishmania.

Leishmanioses en général. — Par leishmanioses, il faut entendre avec Ross (1903) des affections causées par des protozoaires ayant la forme de corpuscules arrondis ou ovalaires, de 2 à 4 μ de long, sur 1 μ 5 à 2 μ de large, le plus souvent inclus dans des leucocytes mononucléaires. Ces parasites sont munis d'un noyau et d'un petit centrosome en forme de bâtonnet. Ils contiennent de plus une autre formation, le rhizoplaste, ayant l'aspect d'un trait et qui est un rudiment de flagelle. Les leishmania présentent de grandes affinités avec les trypanosomes dont ils ne sont en somme qu'un stade évolutif ; ils peuvent être considérés comme des flagellés, adaptés à une vie parasitaire endocellulaire ; on connaît actuellement cinq espèces de leishmania parasites de l'homme ; parmi ces cinq espèces, trois réalisent des leishmanioses cutanées, et deux des leishmanioses viscérales.

Les leishmanioses cutanées sont au nombre de trois : 1° le bouton d'Orient (ou clou de Gafsa, clou de Biskra) [1], dû à *leishmania furunculosa*, décrit par Firth en 1891 ; 2° la leishmaniose américaine (bouton de Bahia), due à *leishmania brasiliensis*, bien étudiée en 1912 par Laveran et Nattan-Larrier ; 3° les nodules de Leishman, dus à *leishmania nilotica*, décrits chez des nègres égyptiens par Thomson et Balfour (1910).

Les leismanioses viscérales sont au nombre de deux : le kala-azar indien (leishmaniose tropicale, fièvre dum-dum), dû aux corpuscules décrits presque simultanément, en 1903, par Leishman, à Londres, et Donovan, à Madras (corps de Leishman-Donovani), corpuscules qui n'ont été trouvés que chez l'homme et ne sont pas inoculables aux animaux; et le kala-azar infantile (kala-azar méditerranéen, anémie infantile par leishmania), dû à un parasite analogue au précédent, mais qui s'en distingue cependant en ce qu'il est un parasite habituel du chien et ne vit qu'accidentellement chez l'enfant. Nous discuterons plus loin la question de l'identité ou de la dualité de ces deux affections.

Nous allons maintenant exposer l'état de nos connaissances sur le kala-azar infantile.

I

Kala-azar infantile. — On appelle kala-azar infantile, ou anémie par leishmania, une maladie infectieuse, répandue surtout sur les côtes de la

(1) Benoit. Le granulome ulcéreux de Whright (clou de Gafsa), revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 94.

Méditerrannée, présentant le plus souvent une évolution chronique, frappant principalement les enfants dans les premières années de la vie, caractérisée par de la fièvre, de l'anémie, une augmentation progressive du volume de la rate, de l'amaigrissement et qui est due à un parasite analogue à celui que Leishman et Donovan ont rencontré dans l'Inde chez les malades atteints de kala-azar tropical; cette maladie se termine généralement par la mort; son origine canine est aujourd'hui bien établie (Nicolle).

Historique. — Cliniquement, dès 1880, Cardarelli décrivit cette affection sous le nom de *pseudo-leucémie infantile infectieuse*, mais, tout en se rendant compte de la nature infectieuse de la maladie, il ne réussit pas à mettre en évidence l'agent pathogène. En 1904, Laveran et Cathoire découvrirent chez un enfant de quatre ans de La Goulette (Tunisie) le premier cas authentique de kala-azar observé dans nos climats; cette affection n'est cependant pas nouvelle, car le *ponos* de la Grèce insulaire doit être identifié au kala-azar.

Ce fut Pianese (de Naples) qui mit le premier en évidence la nature leishmanique de certaines anémies spléniques infantiles (1905).

En 1907, Charles Nicolle démontre la présence du kala-azar infantile à Tunis; il commence aussitôt ses recherches expérimentales qui le conduisirent en quelques mois à la culture du parasite, à la reproduction de la maladie chez le singe et chez le chien, enfin en 1908 à la découverte chez le chien domestique d'une infection de même nature, qui se transmet du chien à l'homme par la piqûre des puces.

Parmi les plus importants travaux consacrés à cette question, il nous faut citer le remarquable rapport du professeur Jemma (*Congrès international de pédiatrie de Paris* 1912), celui de Laveran et Nicolle (*XVIIe Congrès international de médecine de Londres* 1913), ainsi qu'une très consciencieuse et toute récente étude de Lagane (1). Le 18 mars 1914, Charles Nicolle publiait encore un nouvel article de vulgarisation sur le kala-azar auquel il a consacré de si consciencieuses et de si fécondes recherches depuis 1908 (2).

Distribution géographique. — Le kala-azar méditerranéen est signalé en Tunisie septentrionale (37 cas depuis 1904), en Algérie (3 cas), à Tripoli, dans l'Egypte et le Soudan égyptien, dans la Grèce insulaire et continentale, à Malte, en Sicile surtout, dans l'Italie méridionale et même centrale, en Espagne (Tortosa, Grenade), au Portugal (Lisbonne), enfin dans le Caucase. La leishmaniose canine offre une distribution géographique absolument analogue: signalons, la récente découverte due à Pringault (3) d'un cas de leishmaniose chez un chien de Marseille; nous reviendrons plus loin sur l'intérêt de cette constatation.

Symptomatologie. — Le kala-azar méditerranéen est une maladie de l'enfance, principalement des tout jeunes enfants; les 30 cas décrits à Tunis par Nicolle vont de cinq mois à trois ans; la maladie a été exceptionnellement observée chez des sujets de plus de dix ans; Tashim à Tripoli cite une jeune fille de dix-sept ans; Archer en Crète un soldat de vingt-quatre ans; sur 60 cas, M. le professeur Jemma a rencontré 7 malades de sept mois à un an, 26 de un an à deux ans, 22 de deux à trois ans, un de quatre ans, trois de cinq ans, un de six ans. Le sexe est sans importance; l'affection paraît plus fréquente en mai et en juin, mais il n'y a là rien d'absolu; la *race italienne* offre une sensibilité remarquable; la maladie s'observe surtout dans la classe pauvre, négligeant toute hygiène et vivant toujours en contact avec des chiens.

La *période d'incubation* est inconnue; si l'on en juge par la leishmaniose expérimentale, cette période doit être longue. On peut diviser la succession des phénomènes morbides, en trois périodes:

La *période initiale* qui échappe en général à l'examen du médecin se caractérise par de la fièvre et des troubles gastro-intestinaux; les premiers symptômes observés sont ordinairement mis sur le compte d'une affection banale ou du paludisme; le type fébrile n'a rien de caractéristique, parfois on observe le type intermittent, parfois le type continu, rémittent; les troubles gastro-intestinaux qui précèdent ou accompagnent la fièvre consistent en diarrhée, avec selles muco-sanguinolentes, en vomissements.

La *seconde période* est dominée par l'anémie, la fièvre, l'amaigrissement, l'hypertrophie splénique.

a. *Anémie.* — La pâleur attire immédiatement l'attention, ce n'est pas la pâleur terreuse du paludisme, c'est une teinte plus pâle, d'un blanc mat et transparent; les muqueuses participent à cette pâleur; cette anémie oriente aussitôt le médecin vers un examen hématologique.

Examen hématologique. — Le taux de l'hémoglobine est toujours diminué, il peut parfois tomber très bas; les globules rouges sont rarement en nombre normal, parfois il y a oligocytémie intense; la polychromatophilie est fréquente, l'anisocytose et la poïkilocytose sont rares; rarement il existe des érythroblastes; en conséquence le plus souvent la valeur globulaire est inférieure à l'unité. Cannata a signalé la diminution de la résistance globulaire. En règle générale on note de la leucopénie, 59 p. 100 des cas d'après Jemma; parfois la formule est normale (30 p. 100), parfois il y a hyperleucocytose (11 p. 100), presque toujours ce sont les lymphocytes qui dominent; les éosinophiles manquent rarement, on rencontre aussi quelques myélocytes neutrophiles. Nicolle signale la lenteur de la coagulation, Longo a observé une lipémie parfois très accusée; en résumé il n'y a rien de très caractéristique sauf la fréquence de la leucopénie et la prédominance des lymphocytes.

(1) LAGANE. Le kala-azar infantile, *Le Nourrisson*, n° 1, janvier 1914.

(2) NICOLLE. Aperçu sur le kala-azar, *Presse médicale*, 18 mars 1914; les remarquables travaux de Nicolle sur le kala-azar ont paru dans les *Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, depuis l'année 1908, et dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, mai et juin 1909.

(3) E. PRINGAULT. *Société de pathologie exotique*, 14 janv. 1914.

b. *Fièvre.* — La fièvre ne manque jamais, elle est le symptôme qui attire toujours l'attention; elle offre une allure irrégulière, elle est rarement précédée de frissons; l'accès fébrile qui se termine par des sueurs n'est aucunement influencée par la *quinine.* Au début la fièvre procède par poussées, dépassant rarement 39 degrés; elle finit par atteindre 40 degrés et par devenir plus ou moins continue, sans cesser de conserver le plus souvent cependant son irrégularité, irrégularité même si constante, qu'elle peut être prise pour base dans le diagnostic de l'affection; en trois heures d'observation, on peut en effet noter la disparition complète de l'accès fébrile et sa réapparition avec son intensité primitive. Le pouls est toujours rapide.

c. *Rate.* — La rate est généralement énorme; elle peut remplir l'hypocondre gauche et descendre jusqu'au pubis; sa consistance est dure, il est rare que la palpation éveille de la douleur; la rate est mobile avec les mouvements respiratoires et on arrive à la déplacer très facilement tant de bas en haut que latéralement; il n'y a aucun rapport entre l'augmentation de volume de l'organe et l'évolution de la maladie; dans les quelques rares cas où la guérison a été observée, la rate est tantôt rentrée dans ses limites normales, tantôt elle n'a regressé qu'incomplètement. Le foie est hypertrophié, mais toujours à un degré moindre, les ganglions sont parfois appréciables, mais ils demeurent toujours petits.

d. *L'amaigrissement* est en général très accusé, surtout au niveau de la figure; l'enfant prend le masque de l'athrepsie, le tronc est décharné, les membres squelettiques; cette maigreur généralisée contraste avec le volume du ventre qui est au contraire très volumineux; l'hypocondre gauche est soulevé par la rate, la peau est sillonnée d'un réseau veineux très apparent, il existe parfois un peu d'ascite. Il n'est pas rare d'observer des *œdèmes* (paupières, mains, pieds, scrotum), ces œdèmes sont mous, non douloureux; ils ont un début brusque, une durée éphémère.

Parmi les symptômes de second plan importants à connaître cependant, signalons la stomatite catarrhale et ulcéreuse, les hémorragies gingivales, la diarrhée profuse, parfois même des hémorragies intestinales; les urines sont peu modifiées, exceptionnellement on note de l'albuminurie, une diazoréaction d'Ehrlich positive. Le système nerveux est en général peu touché; on a décrit cependant des méningites vraies avec leishmania dans le liquide céphalo-rachidien; les symptômes respiratoires ne sont accusés que s'il existe des complications intercurrentes. Pianese insiste sur l'apparition d'épistaxis plus ou moins graves.

La *troisième période est la période terminale, cachectique.* — La fièvre ne quitte plus le malade, la pâleur de la peau s'accentue; parfois la rate diminue de volume dans les jours qui précèdent la mort, tout comme dans le kala-azar indien, diminution coexistant avec une diarrhée profuse; peu à peu l'enfant tombe dans le marasme et meurt.

Des *complications* peuvent d'ailleurs survenir qui hâteront le dénouement fatal, maladies intercurrentes (pneumonie, pleurésie, *noma*), hémorragies (épistaxis, hématémèse, entérorragie), œdème de la glotte, accès de dyspnée, etc.

Evolution. Formes cliniques. — La durée de la maladie peut être variable; suivant cette durée on peut distinguer trois formes : une *forme aiguë* qui dure de trente à quarante jours, forme extrêmement rare, toujours très grave et caractérisée par une adynamie très accusée; une *forme subaiguë*, la plus fréquente, qui dure de cinq mois à un an; une *forme chronique*, à évolution très lente; la fièvre peut disparaître, l'anémie s'atténuer, la rate diminuer de volume, puis les symptômes reprennent et le petit malade peut mourir en deux ans, en trois ans et même davantage; c'est dans cette forme que l'on a observé quelques cas de guérison, alors que les deux premières formes se terminent toujours par la mort.

Longo a décrit une *forme hémorragique* avec hématémèse, melæna, hématurie, purpura; suivant la prédominance d'un symptôme on peut décrire une *forme diarrhéique*, une *forme méningitique*, etc. Tels sont les symptômes cliniques qui caractérisent le kala-azar méditerranéen. Il est indispensable maintenant, pour compléter cette description clinique, de décrire les procédés de laboratoire qui permettent de mettre en évidence le *parasite dont la constatation est indispensable pour permettre d'affirmer l'existence de la leishmaniose.*

II

Recherche du parasite. — Tandis que chez les sujets atteints de kala-azar indien Donovan a pu rencontrer les parasites dans le sang périphérique dans 93 p. 100 des cas (fait contesté d'ailleurs par d'autres auteurs), il est au contraire exceptionnel dans le kala-azar méditerranéen, que la recherche du parasite soit positive si elle est pratiquée dans le sang circulant; certes le sang contient bien des corps de Leishman, mais ils ne s'y trouvent qu'en très minime quantité et même en prélevant beaucoup de sang on s'expose encore à un échec; il en est de même si l'on opère sur la sérosité d'un vésicatoire (un seul cas positif sur de multiples tentatives); signalons cependant que la culture du sang sur milieu de Nicolle (*voir plus loin*) pourrait donner parfois des résultats positifs. Le sérum sanguin ne donne pas davantage soit la séro-agglutination, soit la déviation du complément; seule la réaction méiostagmique serait positive d'après Lévy. En résumé, toutes les recherches portant sur le sang ou le sérum n'exposent qu'à des échecs, et il faut y renoncer. Pour être sûr de mettre en évidence d'une manière certaine le parasite il faut avoir recours, soit à la ponction du foie et de la moelle osseuse (ces deux procédés étant surtout employés chez les animaux), soit à la PONCTION DE LA RATE, procédé de choix, d'une innocuité absolue, unanimement affirmée par tous les auteurs.

Technique de la ponction de la rate et de l'examen du suc splénique. — Il faut se servir d'aiguilles en acier, fines, neuves, stérilisées par l'ébullition ou à l'auto-

clave ; on aura soin ensuite de sécher complètement aiguille et seringue au gaz ou à l'étuve ; après stérilisation de la peau à la teinture d'iode, on plonge l'aiguille dans la rate et on retire le piston de la seringue; il n'est pas nécessaire de retirer beaucoup de suc splénique; il faut, par contre, éviter de retirer du sang pour ne pas délayer le tissu splénique. On retire l'aiguille et l'on fait appuyer par un aide quelques minutes avec le doigt sur le point où la ponction a eu lieu. Avec la pulpe retirée (et il suffit de la pulpe qui se trouve dans l'aiguille) on fait quelques frottis sur lames, puis on colore au Giemsa, au Leishman, au Laveran.

Nicolle recommande la technique suivante : fixer par l'alcool absolu ou par le mélange alcool-éther pendant quinze minutes; colorer ensuite avec la solution dont nous donnons la formule et qui sera préparée extemporanément :

Eau distillée non acide....	14 cent. cubes
Réactif de Giemsa........	1 —

Laisser agir quinze minutes, laver à l'eau distillée et sécher. Ne pas monter la préparation au baume ; pour la coloration au leishman ne pas fixer et laisser agir le réactif trente à cinquante secondes, ajouter un peu d'eau distillée pendant trois à quatre minutes, laver à l'eau distillée.

Parasitologie. — Cette coloration montre dans les cas positifs la présence de Leishmania typiques et toujours nombreuses. Elles sont libres, isolées ou groupées ou contenues dans de grands mononucléaires qui peuvent en renfermer de 1 à 80 et même plus ou dans les débris de ces cellules. « Ce sont des éléments arrondis, plus souvent ovalaires, mesurant alors 3 à 4 μ de longueur sur 2 μ de large, constitués par une membrane d'enveloppe mince et transparente, un protoplasma homogène et clair, légèrement coloré en bleu, et deux corps chromatiques, le noyau et le centrosome, ou blépharoplaste. Le noyau oval ou arrondi occupe ordinairement une situation médiane par rapport au grand axe et voisine d'un des bords de l'élément; il mesure dans sa forme ovalaire 1 μ 5 à 2 μ 5 sur 1 μ à 1 μ 5; le centrosome, disposé en face de lui, prend une coloration plus intense; il est teinté en rouge grenat alors que le noyau est violet. Il affecte ordinairement la forme d'un bâtonnet ; son épaisseur ne dépasse pas 0 μ 5, sa longueur est triple » (Nicolle); jamais on ne constate dans ces conditions de flagelle libre. Si l'examen microscopique du suc splénique donne un résultat négatif, on pourra en faire la culture suivant le procédé imaginé par Nicolle : cette technique est d'ailleurs indispensable pour affirmer la guérison dans les cas exceptionnels où celle-ci semble survenir.

Les *cultures de leishmania* se font facilement dans l'eau de condensation des tubes de gélose au sang préparée suivant la formule de Novy et Mac-Neal, modifiée ainsi qu'il suit par Nicolle : gélose, 14 grammes (mise à macérer à l'eau froide pendant une nuit pour la débarrasser de ses impuretés) ; sel marin, 4 grammes; eau distillée, 900 centimètres cubes; on fait dissoudre, on répartit en tubes et on stérilise à l'autoclave; en un second temps on liquéfie les tubes à 48-52 degrés et on les additionne aseptiquement d'un quart ou d'un cinquième de leur volume de sang de lapin prélevé par ponction aseptique du cœur. On les laisse inclinés une douzaine d'heures à la température du laboratoire, puis on les porte à l'étuve à 35 degrés pendant douze à vingt-quatre heures pour provoquer le dépôt de l'eau de condensation; on conserve ensuite les tubes hermétiquement fermés. Après ensemencement, les tubes sont placés à 18-20 degrés; les cultures apparaissent vers le quatrième jour; leur maximum de développement est atteint le douzième jour; si l'on empêche l'évaporation la vitalité peut persister jusqu'au soixantième jour; les repiquages doivent être faits tous les douze ou quinze jours; les leishmania poussent surtout dans les couches supérieures de l'eau de condensation ; ce sont des aérobies ; à la surface de la gélose elles forment de petites colonies grises, transparentes ; la morphologie du parasite se modifie dans les cultures ; il revêt de plus en plus l'aspect d'un *flagellé typique* : de sphérique, piriforme ou ovale, il devient très long et très étroit (8 à 24 μ de long sur 4 à 15 μ de large); il prend un flagelle de longueur égale ou légèrement supérieure à celle du corps, relié au centrosome par un rhizoplaste ; les deux corps chromatiques se modifient peu ; ils se disposent toujours de la même manière, le centrosome du côté flagellé, le noyau du côté opposé; les parasites se multiplient par division longitudinale ; ces organismes sont mobiles, mais ils se déplacent peu rapidement; ils oscillent parfois simplement sur place: dans les cultures un peu vieilles ils se groupent en rosaces ; on ne leur a jamais vu de membrane ondulante. L'optimum de température est de 22 à 27 degrés ; à 37 degrés les cultures fraîches survivent vingt-quatre heures, les cultures âgées à peine une heure ; ces parasites ne résistent pas à la symbiose avec d'autres germes; il suffit de la plus légère impureté pour détruire rapidement des cultures très florissantes. Il importe de rappeler ici que les premières cultures des parasites de Leishman ont été obtenues par Rogers, dans l'Inde, en maintenant à la température de 22 degrés des tubes contenant une certaine quantité de sang splénique additionné de citrate de soude. Nous reviendrons d'ailleurs plus loin sur les caractères du parasite indien.

Quelle place appartient aux corps de Leishman dans la classe des protozoaires ? Ross en fait un genre nouveau qu'il appelle « leishmania Donovani » ; Laveran et Mesnil les classent parmi les piroplasmes ; Jemma les rapproche des homogrégarines ; Leishman les range parmi les herpétomonas, et Nicolle enfin parmi les flagellés. Nous n'insisterons pas davantage ici sur cette classification.

Avant d'aborder l'exposé des recherches si fécondes en résultats concernant la transmission expérimentale du kala-azar infantile aux animaux, ainsi que la discussion, toute d'actualité, de l'identité ou de la dualité du kala-azar infantile et du kala-azar indien (Laveran, Académie des sciences,

avril 1914), nous allons rapidement esquisser le diagnostic clinique de cette affection et résumer l'état de nos connaissances anatomo-pathologiques.

III

Diagnostic clinique. — « Il est impossible de poser le diagnostic de kala-azar par les symptômes cliniques seuls surtout pendant la première période. » Telle est l'opinion que M. le professeur Jemma a défendue avec sa grande autorité lors du dernier congrès international de pédiatrie (Paris 1912). Pour cet auteur dont la compétence en la matière est indiscutable, seul l'examen du suc splénique permet ce diagnostic M. le professeur Crespin (d'Alger) s'est élevé contre cette opinion et, dans ce même Congrès, répondant au professeur Jemma, il s'est efforcé de montrer que l'on pouvait arriver au diagnostic positif par les seules ressources de la clinique. Pour Nicolle, le diagnostic clinique est malaisé, impossible même au début; il est encore difficile, même à la période d'état, en raison de l'identité du kala-azar avec certaines anémies spléniques d'origine paludéenne ou inconnue. On devra suspecter en pays méditerranéen toute anémie fébrile s'accompagnant de troubles digestifs, de pâleur précoce et d'hypertrophie de la rate apparaissant chez un jeune enfant. L'absence d'action de la quinine sur la fièvre permettra d'éliminer le paludisme, mais n'autorisera cependant pas à porter, d'une manière indiscutable, le diagnostic de kala-azar. Il existe en effet dans tout le bassin méditerranéen, des anémies fébriles de causes inconnues, dont la symptomatologie est celle du kala-azar et qui n'ont cependant absolument aucune relation de causalité avec cette affection. En résumé le diagnostic microscopique donne seul la certitude absolue et nulle observation, basée sur le seul examen clinique, ne peut être reçue comme authentique (Nicolle).

Outre le paludisme et les anémies spléniques de causes inconnues, il est encore d'autres affections qui peuvent simuler le kala-azar infantile : la maladie de Banti, les leucémies infantiles, certaines leucémies aiguës, la splénomégalie de l'hérédo-syphilis, du rachitisme grave, de la tuberculose, d'un état infectieux prolongé (fièvre de Malte, infection éberthienne, paratyphique). En raison des œdèmes, on pourra se demander s'il ne s'agit pas de brightisme; comme l'on a décrit un cas de méningite avec leishmania dans le liquide céphalo-rachidien, il faudra penser aussi aux leishmanioses en présence de réaction méningée; la ponction lombaire lèvera les doutes.

En raison de la difficulté du diagnostic clinique, il est indispensable de recourir aux procédés de laboratoire ; l'examen hématologique permettra tout d'abord d'éliminer les leucémies, ainsi que l'anémie oligosidérémique du rachitisme ; parfois le microscope montrera dans le sang la présence de l'hématozoaire du paludisme ; on recherchera également la réaction de Wassermann. Enfin et surtout l'examen microscopique du suc splénique retiré par ponction de la rate lèvera rapidement les doutes en affirmant ou en infirmant le diagnostic de leishmaniose ; si cet examen est négatif pour se mettre à l'abri d'une erreur toujours possible, on fera une culture du suc splénique.

Anatomie pathologique. — L'étude anatomique des organes d'un enfant ayant succombé au kala-azar montre des altérations rappelant celles des anémies graves ; mais en plus on trouve le parasite dans différents viscères, spécialement dans les organes hématopoïétiques et dans le foie.

Macroscopiquement, les organes les plus altérés sont la rate, les ganglions lymphatiques et le foie ; on trouve encore des lésions assez caractéristiques sur la dernière portion de l'iléon, le côlon, parfois sur les méninges, la pie-mère.

L'examen microscopique des viscères montre que les altérations constatées sont surtout déterminées par l'accumulation des parasites ; ce processus est surtout net au niveau des organes hématopoïétiques. On peut admettre que les parasites pénètrent avec le sang dans ces organes où ils se multiplient rapidement, qu'ils sont ensuite phagocytés en grande partie par l'endothélium des capillaires et qu'ils sont enfin éliminés surtout au niveau des reins.

Dans la RATE, les éléments spécifiques des follicules subissent des altérations atrophiques et dégénératives ; le système lacunaire est ectasié et l'endothélium de revêtement est riche en parasites. Les filaments du réticulum sont épaissis, spécialement dans le territoire de l'artère folliculaire. Les endothéliums des lacunes de la pulpe prennent une part active à la phagocytose. Les altérations dégénératives et nécrotiques des éléments de la pulpe, du réticulum et du follicule, sont suivies d'une dilatation des lacunes vasculaires, ce qui explique pour M. le professeur Jemma l'hypertrophie si considérable que subit la rate.

M. Lagane a pu examiner, récemment, avec l'obligeant concours du parfait histologiste qu'est M. Aug. Pettit, les organes de deux enfants morts de leishmaniose ; il décrit de la manière suivante les lésions de la rate et du foie : les coupes de la rate offrent l'apparence d'un tissu uniforme tant les corpuscules de Malpighi tranchent peu sur l'ensemble ; la capsule, les septa, ne semblent que légèrement épaissis, la pulpe est très congestionnée, les capillaires, dilatés à l'extrême, écrasent et dissocient les éléments des cordons de Billroth ; une réaction fibroplastique très accusée existe au niveau des cellules du réticulum ; on rencontre de nombreux macrophages et éosinophiles polynucléaires ; les corpuscules de Malpighi sont atrophiés, pauvres en leucocytes, ils sont envahis par un fin tissu de sclérose, l'artère est peu épaissie. Le FOIE présente une légère infiltration graisseuse, mais les lésions les plus remarquables consistent en la présence d'îlots de dimensions variables, nettement limités, formés de cellules hépatiques dégénérées et de lymphocytes ; entre ces lymphocytes apparaît un réseau assez compact de fibres conjonctives ; les îlots occupent de préférence les espaces portes, mais ils se rencontrent aussi en dehors d'eux, ils forment à proprement parler, non des îlots, mais des colonies. On trouve en outre des

amas de parasites dans les endothéliums des capillaires et dans les cellules de Kuper.

Ces lésions peuvent être comparées à celles qu'A. Pettit a déterminées chez les animaux en leur inoculant des trypanosomes ou des leishmania (*Arch. intern. de pharmacodyn. et de thérap.*, Bd. XXI, p. 163). Cet auteur a noté l'apparition dans le foie et dans d'autres organes d'îlots de formations lymphoïdes et hétérotopiques, compris dans les mailles d'une trame réticulée soit cellulaire, soit surtout fibrillaire. Pour Lagane, il n'y a aucune distinction absolue entre les deux cas observés et décrits par lui et ceux que l'on englobe sous le nom de maladie de Banti. Pour cet auteur, les cas de maladie de Banti de l'enfance seraient simplement des rates infectieuses et, contrairement à l'opinion de Banti, les descriptions qui précèdent montrent qu'il peut y avoir, dans la leishmaniose, « fibro-adénie splénique et augmentation du tissu connectif hépatique » (Lagane). Récemment (*Annales de méd.*, fév. 1914), M. L. Kindberg écrit également : « Il est enfin possible que dans quelques cas le kala-azar puisse produire un syndrome plus ou moins analogue à la splénomégalie primitive avec cirrhose du foie. »

Dans les *ganglions lymphatiques*, les cellules parasitifères se rencontrent particulièrement dans les éléments du réticulum et dans les endothéliums; dans la *moelle des os* (os longs et courts), on trouve chargés de parasites les éléments du réticulum qui subissent eux aussi des altérations dégénératives et nécrotiques ; dans l'intestin les parasites ne sont jamais nombreux; dans les méninges, les capillaires et les endothéliums sont le siège d'élection des parasites; on en retrouve aussi dans les capsules surrénales et plus rarement dans les capillaires pulmonaires.

Dans *les reins*, les endothéliums des anses glomérulaires et les capillaires de la région des tubes sont remplis de parasites; on en trouve aussi dans l'épithélium des tubes. Il est probable que les parasites aboutissent aux éléments des tubes après avoir traversé les glomérules comme il arrive dans certaines néphrites dites par élimination.

En résumé l'examen microscopique des organes montre des altérations de structure qui dépendent en partie de l'anémie et en partie de l'accumulation des parasites ; ceux-ci sont inclus spécialement dans l'endothélium des capillaires sanguins de la plupart des organes, dans les éléments cellulaires de l'estomac, dans les éléments réticulés des organes lymphatiques et hématopoïétiques, dans les cellules de la pulpe splénique et parfois aussi dans l'épithélium rénal. Il est probable que les parasites pénètrent avec le sang dans les organes hématopoïétiques; ils s'y multiplient, puis se répandent dans l'organisme par voie sanguine. Ils sont alors en grande partie phagocytés par l'endothélium des capillaires puis éliminés, en majeure partie par les reins, probablement aussi par d'autres émonctoires (Jemma).

IV

Kala-azar expérimental. — Nicolle a réalisé le premier l'infection expérimentale chez *le chien* : elle s'obtient en inoculant au chien, par voie veineuse ou intrapéritonéale soit du sang splénique d'enfant infecté, soit de l'émulsion d'organes riches en parasites (moelle osseuse, foie). L'inoculation des cultures donne des résultats variables.

La période d'incubation chez le chien ne semble pas inférieure à trente-cinq jours ; dans un cas, elle a été de trois mois; les jeunes chiens sont moins réfractaires que les vieux ; les chiens présentent soit une *forme aiguë* qui dure trois à cinq mois, avec amaigrissement, troubles moteurs, cachexie profonde, soit une *forme chronique* avec tendance à la guérison spontanée.

Nicolle a réussi également l'infection expérimentale chez le singe (*macacus sinicus*) et Laveran chez la souris blanche.

L'infection expérimentale peut se transmettre non seulement de l'enfant au chien, mais de chien à chien, de chien à singe, etc. Chez les animaux infectés, les parasites se rencontrent dans la rate, le foie, la moelle osseuse, rarement dans le sang périphérique; les altérations histologiques n'offrent rien de spécial, elles rappellent celles décrites chez l'enfant.

Kala-azar spontané du chien. — Nicolle qui observait avec le plus grand soin à Tunis les enfants atteints de leishmaniose fut frappé de constater presque toujours leur cohabitation avec des chiens. Aussi émit-il le premier l'hypothèse que les chiens présentaient peut-être une leishmaniose spontanée capable d'être transmise ensuite à l'enfant ; partant de cette hypothèse, il rechercha systématiquement le parasite sur tous les chiens. Sur 222 chiens ainsi examinés, 4 furent trouvés infectés ; en 1909, Basile reprend ces recherches à Bordonaro où sévissait le kala-azar infantile; sur 33 chiens examinés, il en trouve 27 infectés et 17 sur 60 examinés à Rome. Ed. et Et. Sergent à Alger trouvent 9 chiens infectés, sur 125 chiens examinés. Le 14 janvier 1914, E. Pringault signale, à la Société de pathologie exotique, la découverte d'un cas de leishmaniose chez un chien de Marseille et il laisse entendre que la découverte de la leishmaniose canine à Marseille peut faire redouter l'apparition du kala-azar infantile sur notre littoral. Le 11 mars 1914, M. Laveran fait remarquer (*Soc. de pathol. exotique*) que les conclusions de M. Pringault concernant l'existence de la leishmaniose canine à Marseille ne s'imposeraient que s'il était démontré que le chien infecté avait contracté l'infection à Marseille même.

MM. Yakimoff et Schokhov (*Soc. de pathol. exotique*, 11 mars 1914) ayant examiné, d'avril à septembre 1913 à Turkestan où sévissait le kala-azar dont ils ont observé 31 cas, 647 chiens en ont trouvé 157 infectés, soit 24,62 p. 100.

Ces constatations qui établissent d'une manière aussi indiscutable la concomitance des leishmanioses humaines et canines démontrent combien il est nécessaire de savoir porter le diagnostic de leishmaniose canine, si l'on veut être en mesure de réaliser une prophylaxie utile, en faisant disparaître les chiens infectés; bien que la preuve de la transmission

de la leishmaniose du chien à l'homme ne soit pas encore établie d'une manière irréfutable, on a tout lieu de supposer néanmoins que c'est bien ainsi cependant que l'infection s'essaime. Or il est très difficile cliniquement de dépister la *leishmaniose canine*, surtout dans sa *forme chronique* qui ne donne lieu à aucun symptôme apparent sauf parfois le tremblement et certains troubles moteurs du train postérieur; on a signalé également la chute des poils, l'opacité de la cornée, la kératite. La *forme aiguë* peut être soupçonnée, elle frappe surtout les jeunes chiens, elle s'accompagne de fièvre, de diarrhée, de troubles moteurs qui sont suffisants pour attirer l'attention et faire rechercher le parasite chez le chien suspect : pour cette recherche, Nicolle conseille la ponction du foie, plus facile chez le chien que celle de la rate; si l'examen du suc hépatique est négatif et qu'il y ait cependant des raisons sérieuses de croire à l'infection du chien, il sera bon de recourir aux cultures de foie, de moelle osseuse sur le milieu de Nicolle. Chez le chien, le parasite est surtout abondant dans la moelle osseuse; San Giorgi a même obtenu des cultures abondantes avec une moelle osseuse dont les simples frottis avaient été négatifs.

Les *cultures de leishmania canine* présentent les mêmes caractères que les cultures de leishmania infantile ; les caractères morphologiques, culturaux, biologiques des leishmania canine et infantile ne différant sur aucun point et d'autre part le chien étant accessible au virus humain, il semble bien que l'on doive admettre avec Nicolle, Basile, Jemma, l'identité de ces deux infections; une autre raison plaide encore en faveur de cette hypothèse, c'est le parallélisme de la distribution géographique des deux infections; où existe la leishmaniose humaine existe en effet la leishmaniose canine. Cette identité des parasites étant admise, une nouvelle question se pose : comment la maladie se propage-t-elle du chien à l'homme?

Transmission de la leishmaniose du chien à l'homme. — Nicolle émit le premier l'hypothèse que la transmission s'effectuait par les PUCES; mais c'est à Basile que revient le mérite d'avoir démontré la présence de leishmania dans le contenu intestinal d'un grand nombre de puces (*pulex irritans et pulex serraticeps*) prises sur des chiens infectés. Cet auteur réussit aussi à infecter des jeunes chiens indemnes jusque-là en déposant sur eux quelques puces contenant des parasites; ces expériences ont été confirmées par les recherches récentes de San Giorgi et d'Ed. Sergent; le même insecte transmet sans doute la maladie du chien à l'enfant, d'un enfant à un autre enfant et de l'enfant au chien. Certains auteurs ont encore incriminé les mouches ; Franchini et Patton admettent que la transmission peut s'effectuer, le premier par les moustiques (les anophèles plus spécialement), le second par les punaises. Cette question si importante du mode de transmission de la leishmaniose du chien à l'homme réclame certes encore d'autres recherches, mais néanmoins il n'est pas prématuré de conclure, pour les multiples raisons que nous venons d'exposer, que le chien est l'agent de conservation du parasite et que celui-ci passe du chien à l'homme, grâce à un hôte intermédiaire, la puce très probablement.

V

Rapports du kala-azar indien et du kala-azar méditerranéen. — Les leishmania déterminent deux affections viscérales que l'on a d'abord eu tendance à séparer : le kala-azar indien et le kala-azar infantile; actuellement on tend plus tôt à les identifier; rappelons brièvement les caractères du kala-azar indien. Le kala-azar indien, ou splénomégalie tropicale, atteint surtout les adultes, plus rarement les enfants; il a pour symptômes dominants la fièvre et la splénomégalie; la fièvre est irrégulière, rémittente ou intermittente, rebelle à la quinine, atteignant souvent 40 degrés; la splénomégalie est constante; le foie est ordinairement hypertrophié. Les malades amaigris, anémiés, sont parfois atteints d'une diarrhée dysentériforme, tenace (dysenterie du kala-azar), ayant pour substratum anatomique des ulcérations intestinales. La maladie se complique fréquemment de péritonite par perforation, d'exanthèmes divers, de pétéchies, d'œdèmes, de bronchites, de pleurésies. Le kala-azar indien se termine fatalement par la mort après deux à six mois.

Le *sang* présente des modifications importantes : le nombre des globules rouges est abaissé, mais beaucoup moins que pourrait le faire penser l'état cachectique des malades ; la caractéristique hématologique est une *leucopénie* inconnue jusqu'à présent dans les autres maladies; dans certains cas le chiffre des leucocytes descend à 800 et même 600. La diminution porte surtout sur les polynucléaires dont la proportion peut tomber à 50, 30 et même 5 p. 100. La maladie est due à des corpuscules découverts simultanément en 1903 par Leishman et Donovan; ces corpuscules sont absolument comparables à ceux que nous avons décrits dans le kala-azar méditerranéen ; on les met facilement en évidence par l'examen de frottis de suc splénique ou hépatique; au moment des accès fébriles, surtout vers la fin de la maladie, on peut trouver les parasites dans les leucocytes de la circulation périphérique. Le parasite se reproduit dans l'organisme par scissiparité; en recueillant aseptiquement du sang de la rate et en le rendant incoagulable par du citrate de soude, Rogers a pu obtenir le développement de formes flagellées; en 1906, Rogers, se basant sur ce fait que les cultures du parasite se font mieux en milieu légèrement acide (réaction habituelle de l'estomac des punaises et des moustiques) et que la température optima est de 22 degrés environ, émet l'hypothèse que les punaises et les moustiques sont probablement les vecteurs de la maladie. Patton, en 1907, croit suivre un cycle évolutif des corps de Leishman dans l'estomac de la punaise de l'Inde, mais Donovan n'a jamais pu répéter les expériences de Patton; aussi est-il prudent d'attendre la confirmation de ces recherches ; il faut enfin retenir le fait que, contrairement à la leishmaniose infantile, cette infection n'a pu être, jusqu'ici au moins, inoculée au chien;

cet animal ne semble pas non plus présenter dans l'Inde une leishmaniose spontanée (Brumpt).

En 1908, au début de ses recherches sur le kala-azar méditerranéen, Nicolle faisait d'importantes réserves au sujet de l'identité des deux affections. Depuis cette date des faits nouveaux ont été publiés qui semblent au contraire entraîner la conviction dans ce sens. Tout d'abord Ross établit que le parasite indien cultive sur le même milieu que le parasite méditerranéen ; d'autre part, s'il est exact que le kala-azar méditerranéen est presque exclusivement une affection propre à l'enfant, il faut néanmoins se rappeler que des observations indiscutables de kala-azar méditerranéen ont été signalées chez l'adulte par Basile et Tashim, et que dans l'Inde l'affection peut atteindre non seulement les adultes mais aussi les enfants. Cliniquement d'ailleurs les deux leishmanioses se ressemblent étrangement comme nous venons de le voir; morphologiquement aussi les parasites sont identiques; ils ne diffèrent qu'en ce qui concerne leur manière de se comporter vis-à-vis des animaux d'expérience, du chien en particulier.

Aussi, pour toutes ces raisons, presque tous les auteurs admettent-ils à l'heure actuelle que le kala-azar tropical est identique au kala-azar méditerranéen; certains vont même plus loin et soutiennent l'identité de toutes les leishmanioses viscérales et cutanées; nous ne discuterons pas ici cette question.

Récemment M. Laveran, partisan convaincu de l'identité des deux kala-azars, vient de faire connaître (Académie des sciences, avril 1914) le résultat d'expériences destinées à entraîner la conviction; un *macaccus cynomolgus*, immunisé pour le kala-azar méditerranéen se montre réfractaire au kala-azar indien, alors qu'un autre singe de même espèce, servant de témoin, inoculé dans les mêmes conditions, contracte une infection rapidement mortelle; — peut-être ces expériences vont-elles ouvrir une voie nouvelle aux tentatives thérapeutiques.

VI

Pronostic. — Le pronostic du kala-azar infantile est très sévère ; s'il est exagéré de dire que cette affection est toujours mortelle, il faut bien reconnaître que le nombre des guérisons en est très restreint ; peut-être cependant ces guérisons sont plus fréquentes qu'on ne le croit en raison de l'existence de formes légères, méconnues, qui évoluent spontanément vers l'amélioration définitive. Le pronostic est toujours fatal et à brève échéance chez les tout petits enfants au-dessous d'un an ; l'évolution est plus longue au-dessus de deux ans ; chez ceux qui sont un peu plus grands on a pu signaler quelques cas de guérison ; le kala-azar revêt dans certains pays une fréquence vraiment inquiétante : ainsi M. Lignos rapporte (mars 1914) que, dans l'île d'Hydra qui compte 6000 âmes, 14 enfants sont morts de kala-azar en 1911. La gravité de ce pronostic commande la mise en œuvre de mesures prophylactiques énergiques, d'autant plus que jusqu'ici il n'existe pas de traitement efficace contre cette affection.

Prophylaxie. — La prophylaxie doit consister essentiellement en la destruction des chiens infectés, d'où la nécessité de rechercher systématiquement la leishmaniose canine. En second lieu elle doit viser à la destruction des puces du chien et des puces de l'homme, d'où la nécessité d'une hygiène sévère de l'habitation, de nettoyages fréquents avec des solutions antiseptiques et la suppression ou tout au moins la diminution de la cohabitation constante avec le chien, « cet ami de l'homme », qui en est bien plutôt au contraire son mortel ennemi, si l'on veut se souvenir que c'est lui qui nous transmet la rage, le kyste hydatique, sans parler encore d'autres affections cutanées !

La prophylaxie consistera encore à signaler les cas de kala-azar infantile dûment diagnostiqués, à les isoler, à réaliser une désinfection assez rigoureuse des linges souillés, des matières fécales, des locaux, enfin il faudra détruire les chiens qui auront pu être contaminés.

VII

Traitement. — Tous les traitements essayés jusqu'ici n'ont donné que des résultats négatifs (échec de la quinine, de l'atoxyl, du bichlorure de mercure, de l'électromercurol, de l'iode, de l'émétique d'aniline, du 606, de la röntgenthérapie).

Donovan dans l'Inde a guéri un malade par des injections de fuschine en solution aqueuse à 20 p. 100 pratiquées trois fois par jour. Nicolle a guéri un chien par des injections de 606 ; Balfour et Archibald ont observé un cas de guérison par l'injection de 11 grammes de salvarsan dans le courant d'un mois ; Conseil a obtenu une guérison par l'injection de 13 grammes d'hectine en quatre mois ; Jemma a obtenu trois guérisons par des injections de cacodylate de fer à la dose quotidienne de 5 centigrammes, combinées à des applications de rayons X.

Laveran et Nicolle, dans leur rapport au Congrès international de Londres (1913), signalent tous ces échecs en insistant cependant sur le cas de guérison par l'*hectine* ; ils s'élèvent, d'autre part, contre la splénectomie préconisée par quelques auteurs (Makkas, Mellissidis), splénectomie qui s'est d'ailleurs montrée inefficace chez le chien. Ils rapportent en outre l'échec de tentatives intéressantes de di Cristino et Cannata ; ces auteurs ont essayé d'injecter des cultures du parasite tuées à 55 degrés ; chez 7 malades, ils ont pratiqué dix inoculations successives ; ils n'ont obtenu aucun résultat, malgré le développement consécutif d'anticorps spécifiques ; aussi Laveran et Nicolle formulent-ils en dernière analyse cette conclusion navrante qu'il n'existe pas à l'heure actuelle de traitement efficace de cette affection. Peut-être les récentes recherches de Laveran sur l'immunisation expérimentale vont-elles permettre à la thérapeutique de s'orienter vers des tentatives plus heureuses d'immunisation par les injections de sérum d'individus ou d'animaux guéris de kala-azar, comme nous venons de voir M. Netter traiter avec succès des poliomyélites épidémiques par le sérum d'individus antérieurement guéris de cette affection.

CONGRÈS DE THALASSOTHÉRAPIE

ET D'HÉLIOTHÉRAPIE MARINE

[CANNES, AVRIL 1914 (1)]

La mer guérit les maux des hommes.
(EURIPIDE.)

II et III. **Etudes sur l'héliothérapie appliquée aux affections chirurgicales et médicales (2).** — Les études sur les radiations solaires et la climatologie marine, qui formèrent la première partie des travaux du Congrès, furent aussi celles qui l'intéressèrent le plus, pour deux raisons :

1° Ces études, effectuées par des physiciens, étaient, pour la presque totalité des médecins qui les écoutaient, un langage nouveau, dont le sens précis leur échappait quelquefois, mais dont ils sentaient cependant l'immense portée;

2° Les premières conclusions, auxquelles ont abouti ces études, sont entièrement favorables au climat tempéré, à l'héliothérapie marine, et, par conséquent, à la Riviera. Il est assez naturel que les congressistes, réunis précisément en ce lieu, aient été plus satisfaits de ces conclusions des physiciens, que si elles avaient abouti à démontrer l'infériorité thérapeutique des stations hivernales françaises, par rapport aux stations d'altitude étrangères concurrentes.

Pour ces deux raisons, et aussi à cause du très réel mérite des travaux apportés par eux, les physiciens ont recueilli une grande partie du succès du Congrès.

Il en est autrement des études sur l'héliothérapie appliquée aux affections chirurgicales, qui se rangent dans la deuxième partie. En effet, l'examen des rapports, des communications et des discussions consacrés à ce sujet, montre que si ces travaux présentent un intérêt incontestable, les résultats qu'ils apportent sont, sinon semblables, du moins très analogues à ceux que l'on connaissait déjà, sous l'influence de la thalassothérapie. En d'autres termes, les cures d'héliothérapie, qu'elles soient pratiquées dans les stations d'altitude, ou au bord de la mer, quand elles s'appliquent aux affections chirurgicales, c'est-à-dire essentiellement aux tuberculoses osseuses et ganglionnaires de l'enfance, aboutissent aux résultats que, depuis de longues années, Berck nous a déjà fait connaître. L'héliothérapie n'a donc produit une révolution pour la cure de ces affections, que dans l'esprit des médecins qui n'ont pas suivi les progrès remarquables que les chirurgiens de Berck ont déjà obtenus.

Cela s'explique très bien par quelques considérations de pathologie générale, qui se dégagent nettement de la comparaison et de la critique des travaux soumis au Congrès. Le système lymphatique et le système osseux de l'enfant sont des points particulièrement sensibles de son organisme. Il est donc naturel que, lorsqu'il est infecté de tuberculose, lorsqu'il est placé dans de mauvaises conditions d'aération et de nutrition, lorsqu'il est, héréditairement, prédisposé à la déchéance, ce soit certain point du tissu osseux, ou du tissu lymphatique, qui serve de localisation à l'infection.

Il est naturel aussi que les mêmes enfants, placés dans de meilleures conditions, bien soignés, exposés à l'air, à l'action de la mer (qui, de tout temps, a été reconnue comme particulièrement puissante en ce cas), aux radiations solaires, se modifient avec la facilité que leur donnent leurs jeunes organismes et que des lésions, qui évoluaient vers la cachexie, rétrocèdent spontanément et évoluent vers la guérison, rendant souvent inutile l'intervention chirurgicale.

De même que Berck avait fait moins interventionnistes les chirurgiens parisiens, l'héliothérapie a fait moins interventionnistes les chirurgiens lyonnais. Et la querelle, aujourd'hui, n'est pas entre les partisans de l'héliothérapie ou de la thalassothérapie, puisque tous s'unissent pour reconnaître les bons effets de l'une et de l'autre, mais bien entre les interventionnistes et les non-interventionnistes.

Pour les premiers, la chirurgie est l'instrument principal de la cure et l'héliothérapie en est l'adjuvant. Pour les seconds, l'air, le soleil, la mer, sont des moyens d'action suffisants, et la chirurgie est inutile.

Mais ici se place la question de l'héliothérapie locale. Il semble que, sur les lésions superficielles, l'action directe du soleil exerce un effet cicatrisant remarquable. De là, pour Grinda, l'indication de transformer, par l'intervention chirurgicale, les lésions profondes en lésions superficielles, en les mettant à jour. Et voilà comment, pour ce chirurgien, l'héliothérapie rend interventionniste, dans des cas où on ne l'était pas.

Là se place aussi une question de temps, qui a son importance. Si l'enfant, traité par la thalassothérapie, guérit en une durée x, il guérit, de la même manière, mais avec une durée moindre, en joignant l'héliothérapie à la thalassothérapie; — et il guérit, dans une durée moindre encore, si la chirurgie lui apporte son concours par l'évacuation d'abcès, l'élimination de tissus mortifiés, et la cicatrisation plus facile qui en résulte. Ce n'est donc, en définitive, que dans les cas où la chirurgie devait, pour guérir, rechercher des procédés coûteux (ablation, résection, ankylose), qu'elle doit être désormais proscrite. Mais lorsqu'elle se borne à une action adjuvante, elle doit demeurer, parce qu'elle amène une économie de temps, et que cette économie, lorsqu'il s'agit d'assistance publique, se traduit par la possibilité de soigner un plus grand nombre de malades.

Pour les mêmes raisons, les appareils à l'aide desquels on obtenait, jadis, l'immobilisation des os malades, sont mis en discussion. Il semble qu'on doive admettre qu'il ne faut ni les rejeter entièrement, ni en user de manière à gêner ou rendre impossible la cure hélio-marine. C'est pourquoi on s'ingéniera à les transformer de telle sorte qu'ils aident à la cure, en diminuent le temps et en facilitent les résultats.

En résumé, l'exposition à l'air marin, les bains de mer chauds ou froids, les compresses d'eau saline, l'insolation générale et locale, sont désormais les éléments indispensables d'une cure qui ne doit point être dissociée. Et l'intervention chirurgicale, les appareils amovo-inamovibles, restent des adjuvants momentanés et nécessaires.

La cure d'altitude, privée de l'action marine, est donc, en cette matière, frappée d'infériorité. Elle subsiste néanmoins, mais au second rang.

Si l'étude de l'action de ces moyens physiques n'a apporté d'éléments nouveaux au Congrès que sur des points de détail, pour ce qui concerne le traitement des tuberculoses osseuses et ganglionnaires, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de la tuberculose intestinale, péritonéale et génito-urinaire. En effet, ces affections n'étaient pas de celles que l'on avait coutume de confier au climat marin et c'est à l'héliothérapie que revient le mérite d'en avoir montré la curabilité par les mêmes moyens physiques.

C'est par la voie abdominale que doit se faire l'exposition au soleil, pour les lésions des organes splanchniques et du petit bassin. Les résultats sont remarquables, notamment dans la péritonite tuberculeuse; mais, là encore, l'intervention chirurgicale ne doit pas être toujours rejetée (Stefani) et il est des cas où elle aura les mêmes avantages que nous lui avons reconnus dans la précédente catégorie. Mais ce n'est pas seulement dans les lésions tuberculeuses des organes

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 52, p. 853 et n° 53, p. 871.

(2) La citation de tous les rapports et communications a été faite dans le précédent article.

génitaux de la femme, que l'héliothérapie est indiquée, c'est aussi dans les lésions banales, les troubles fonctionnels, les arrêts de développement. Dans ce chapitre, comme dans les précédents, elle diminuera les indications d'intervention chirurgicale et donnera des résultats plus certains que les autres méthodes de traitement médical.

Enfin, pour beaucoup de lésions cutanées (ulcères, plaies torpides, brûlures, lupus), l'héliothérapie est le traitement de choix, ainsi que cela résulte d'une expérience déjà fort ancienne, puisque c'est précisément dans ces cas que l'on employait l'héliothérapie locale dans l'antiquité, et que l'on a recommencé à l'employer, en France, au XVIIIe siècle. Quelques auteurs nous ont aussi apporté des résultats encourageants, dans le traitement de la tuberculose laryngée, par les radiations solaires, dirigées, au moyen d'appareils spéciaux, sur les ulcérations.

Plus complexe, et moins certaine, est l'action des radiations solaires dans certaines affections médicales, notamment dans la tuberculose pulmonaire. Alors que certains lui attribuent des succès remarquables, d'autres lui voient des dangers non moins grands. Cependant, comme déjà la tuberculose pulmonaire bénéficie de la cure d'air, il est aisé d'y joindre prudemment l'héliothérapie et d'en observer les effets. Nul doute que, dans quelques années, cette difficile question ne soit réglée par des expériences plus nombreuses et plus variées. Notons cependant, dès maintenant, l'action heureuse de l'héliothérapie sur les formes torpides, les formes fibreuses et certaines localisations pleurales.

Cela se rattache, d'ailleurs, à la détermination des effets généraux de l'héliothérapie sur l'organisme humain. Ces effets ont été l'objet de plusieurs rapports et communications qui leur étaient spécialement destinés. Mais ils ont été invoqués et exposés aussi dans bien d'autres travaux, à propos des actions locales : c'est qu'en effet la plupart des héliothérapeutes attribuent l'action locale des radiations solaires à ces effets généraux. — Il nous semble qu'il y a là une tendance exagérée, et que les travaux gagneraient en précision et en clarté, en se limitant davantage. C'est ainsi que, dans un rapport consacré à l'étude de l'héliothérapie dans les affections non tuberculeuses, il n'est question que de l'action générale de cette médication, mélangée d'ailleurs aux effets de l'air et de la température, sans qu'on y puisse trouver aucune indication ou contre-indication précise, relativement à une maladie déterminée. C'est à cette manie généralisatrice qu'il faut attribuer l'obscurité qui règne dans l'héliothérapie médicale, comme elle règne encore d'ailleurs dans la thérapeutique thermale, pour les mêmes affections et pour les mêmes raisons.

S'il y a lieu de demander plus de précision dans les indications, les contre-indications et les effets de l'héliothérapie appliquée à une affection médicale mal déterminée, il y a lieu de s'élever aussi contre le mélange de l'héliothérapie, de la thalassothérapie et de la climatothérapie, qui sont trois choses différentes : promener un malade, nu, à l'air, c'est lui donner un bain d'air (qu'il y ait ou non du soleil); — l'exposer, immobile, totalement ou partiellement, dans une chambre, un abri, ou dehors, à l'action d'un rayon de soleil, c'est faire de l'héliothérapie, et celle-ci varie suivant que la peau du malade est pigmentée ou non, que l'on interpose des écrans, des vêtements, des glaces, etc.; — plonger un malade dans l'eau de mer, chaude ou froide, l'exposer, d'une manière continue, à l'air marin, sur la mer ou sur la plage, vêtu ou non, c'est faire de la thalassothérapie, qu'il y ait ou non du soleil; — enfin, promener des sujets nus, sur un champ de neige, ne peut être donné comme un exemple typique d'héliothérapie, car il s'agit surtout, en l'espèce, de bain d'air froid. Ce n'est que lorsque ces distinctions, et bien d'autres, seront entrées dans la pratique courante, que l'on s'entendra vraiment sur la technique et les résultats de l'héliothérapie.

Quoi qu'il en soit, il est déjà des points sur lesquels l'on possède des indications assez précises, relativement à l'effet des radiations solaires sur le corps humain : c'est, d'abord, la pigmentation, réaction de défense, qui se montre surtout dans les organismes vigoureux et, comme telle, est souvent l'indice d'un bon pronostic; — c'est l'élévation du nombre des hématies et de leur richesse en hémoglobine, l'augmentation des échanges respiratoires, la sudation, les modifications de la tension artérielle et de la sécrétion urinaire, l'élévation du poids, de la force, l'euphorie, etc., au point de vue général. C'est, au point de vue local, la sédation rapide des douleurs, la disparition des contractures qui en sont la conséquence, le nettoyage et le bourgeonnement des plaies, la fermeture des fistules, l'élimination des séquestres, des ganglions nécrosés, la résolution des exsudats, des fongosités, des abcès.

*
* *

Nous avons essayé d'exposer les impressions qui se dégagent de l'ensemble de ce congrès, qui fut vraiment une œuvre considérable, sans pouvoir analyser exactement les travaux, même importants, qui y furent apportés (1). En terminant, nous souhaiterons que les médecins empruntent, désormais, en cette matière, aux physiciens, leur langage précis et leurs habitudes d'expérimentation exacte, afin de bien parler d'une médication physique, qui doit être considérée, non comme une force mystérieuse et incompréhensible, mais comme un agent thérapeutique utilisable, au même titre que l'électricité, l'eau, la chaleur, etc. Les observations cliniques des chirurgiens sont déjà précises et bien ordonnées, — celles des médecins doivent le devenir. Les effets locaux du rayon solaire doivent être différenciés des effets généraux, et ni les uns ni les autres ne doivent être considérés comme négligeables.

Il faut aussi se garder de présenter l'héliothérapie comme une panacée convenant à toutes les maladies et à tous les cas, ainsi qu'on a eu la maladresse de le faire trop souvent, pour certaines eaux thermales et certains climats ; — il faut se garder plus encore d'opposer l'héliothérapie à d'autres méthodes thérapeutiques, lorsque celles-ci ont fait leurs preuves, dans le traitement d'une affection déterminée. Les efforts thérapeutiques doivent être associés et non contrariés les uns par les autres. — Il faut enfin se hâter de distinguer ce qui est de l'héliothérapie, c'est-à-dire « effet du rayon solaire sur une affection locale ou générale », de l'action des autres cures, d'air, d'eau, de climat, etc. Bien que concomitantes parfois, ces cures peuvent avoir des effets différents, voire opposés, et leur étude d'ensemble ne peut aboutir à rien de précis.

Depuis quelques années, les progrès réalisés autorisent les plus grandes espérances. Mais si l'héliothérapie est, empiriquement, aussi ancienne que les civilisations méditerranéennes, elle commence à peine à sortir de cet empirisme, et il faudra encore de sérieux efforts aux médecins, pour qu'ils apprennent à manier le rayon solaire, comme un physicien manie les ondes hertziennes, comme un doucheur manie sa lance, comme un électricien manie ses courants.

MAURICE FAURE.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'APEPSIE

Chez les apeptiques, le képhir rend les plus grands services en excitant d'une façon très active la sécrétion gastrique.

On donne un verre de « Képhir Salières », toutes les deux heures, dans les embarras gastriques longs à guérir et chez les cancéreux devenus très anorexiques.

---

(1) Deux volumes, qui contiendront ces travaux in extenso, paraîtront ultérieurement à la librairie de la *Gazette des eaux*, rue de Humboldt, 3, Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 12 MAI 1914)

La loi sur les aliénés. — M. Paul STRAUSS répond à M. G. Ballet en soutenant la nécessité de reviser la loi de 1838 sur les points qui ont provoqué les observations et les critiques de son honorable collègue.

Il insiste sur la nécessité de l'intervention de la magistrature en matière de placement définitif et rappelle que le principe de cette intervention avait d'ailleurs été admis, sur le rapport d'aliénistes éminents, par l'Académie de médecine en 1884. Elle sera confiée à des magistrats de l'ordre civil qui s'en acquitteront avec toute la discrétion désirable et qui déjà interviennent dans les actes multiples de la vie privée.

L'orateur souligne, en outre, la nécessité d'assurer des garanties aux malades soignés dans les domiciles particuliers et aux malades français traités dans des établissements de l'étranger.

En même temps qu'il voulait assurer la protection des biens des aliénés riches momentanément incapables de gérer leurs affaires, le législateur a envisagé, pour les malades indigents, la création de services spécialisés où ils verraient augmenter, par un traitement approprié, leurs chances de guérison. Au point de vue clinique, M. Paul Strauss se rallie à l'ordre du jour déposé par M. Magnan tendant à conserver dans la loi le terme d' « aliénation mentale ».

La loi nouvelle est une loi d'assistance médicale en même temps qu'une loi de protection de la liberté individuelle.

M. Gilbert BALLET, appelé à la tribune pour répondre à M. Strauss, demande à ne le faire que dans la prochaine séance en présence de M. Magnan, aujourd'hui absent.

Greffes épidermiques orbitaires dans les cas de symblépharose. — M. MAGITOT communique un nouveau procédé de greffes de peau dans l'orbite, permettant le port d'un œil artificiel en verre.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 9 MAI 1914)

Polyurie expérimentale par lésion de la base du cerveau, mécanisme régulateur de la teneur en eau de l'organisme (troisième note). — MM. J. CAMUS et G. ROUSSY poursuivant leurs recherches ont été amenés à comparer la polyurie obtenue par la lésion de la région opto pédonculaire de la base du cerveau à d'autres variétés de polyurie. Ils ont recherché également s'il était possible de troubler aussi fortement la régulation de la teneur en eau de l'organisme par d'autres mécanismes que par l'atteinte du système nerveux central.

De cette nouvelle série d'expériences, ils tirent les conclusions suivantes :

1° Il existe dans la région opto-pédonculaire de la base du cerveau, au voisinage du tuber cinereum, une zone nerveuse, qui reste à préciser et dont la lésion détermine la polyurie.

2° Cette zone paraît faire partie d'un mécanisme régulateur de la teneur en eau de l'organisme. Les lésions de cette zone peuvent donner (peut-être suivant leur étendue) soit de la polyurie avec polydipsie parallèle, sans trouble de la régulation par conséquent, soit de la polyurie sans polydipsie consécutive, c'est-à-dire avec perturbation du mécanisme régulateur (Caton) de la teneur en eau.

3° Chez les animaux jeunes le mécanisme régulateur de la teneur en eau de l'organisme semble fonctionner moins parfaitement que chez les adultes.

4° De toutes les perturbations apportées à l'absorption et à l'élimination de l'eau, injection d'urée, de glucose, de chlorure de sodium, de caféine, diète d'eau, piqûre de la base du cerveau, c'est cette dernière qui agit avec le plus d'intensité et de durée.

Variations du taux de l'urée sanguine chez les brightiques azotémiques sous l'influence de l'ingestion de chlorure de sodium. — M. PASTEUR VALLERY-RADOT. « MM. Romalo et Dumitresco ont rapporté récemment un cas de régression d'azotémie sous l'influence d'injections intraveineuses de chlorure de sodium.

MM. Widal, Ambard et Weill avaient déjà rapporté une courbe montrant chez un brightique œdémateux des oscillations de la constante uréo-sécrétoire suivant la chloruration ou la déchloruration du régime.

Depuis plusieurs mois, je me suis attaché à l'étude de ces variations. Voici les conclusions pratiques qu'on peut tirer de ces recherches.

Chez les azotémiques chroniques, ayant un chiffre d'urée inférieur à 2 grammes par litre, lorsque les malades ne sont pas encore à une période proche de la mort :

1° Si les reins ont une perméabilité diminuée au chlorure de sodium, le taux de l'urée sanguine sous l'influence de l'ingestion de chlorures s'abaisse notablement. Si l'on cesse l'ingestion des chlorures, le taux de l'urée s'élève. On peut ainsi à volonté faire varier le chiffre de l'urée.

2° Si les reins ont une perméabilité normale au chlorure de sodium, le taux de l'urée sanguine, sous l'influence de l'ingestion de chlorures, baisse généralement, mais non d'une façon aussi marquée que dans les cas précédents.

Les variations du chiffre de l'urée sous l'influence de la chloruration s'appliquent également aux petites azotémies voisines de 0g50.

Cet abaissement du taux de l'urée peut s'expliquer par deux mécanismes. L'augmentation de l'excrétion uréique est sensible dans un certain nombre de nos cas ; mais on sait combien cette excrétion, même avec un régime fixe, est variable ; on ne peut donc en tirer des conclusions précises.

La dilution sanguine peut être invoquée, en plus du mécanisme précédent, dans les cas de perméabilité rénale aux chlorures diminuée. Ces brightiques, sous l'influence de la chloruration, présentent des œdèmes et de la dilution sanguine, d'où abaissement du taux de l'urée. Quand la chloruration cesse, les œdèmes disparaissent, le sérum tend à revenir vers sa concentration normale, d'où augmentation du taux de l'urée.

En résumé :

1° Chez les brightiques œdémateux, le chiffre d'urée du sérum est inférieur au chiffre réel. Le dosage de l'urée ne doit donc être pratiqué que lorsque les œdèmes ont disparu.

2° Le dosage de l'urée, et par suite la recherche de la constante uréo sécrétoire, ne doit être pratiquée que chez les individus soumis depuis plusieurs jours au régime déchloruré.

3° Certains brightiques azotémiques peuvent bénéficier dans une certaine mesure du régime chloruré. »

Sur l'origine des anaphylatoxines. — MM. W. KOPACZEWSKI et S. MUTERMILCH ont expérimenté une substance colloïdale non azotée, notamment la combinaison sodique de la pectine; cette substance, additionnée au sérum frais de cobaye, le rend régulièrement toxique pour les cobayes de 200 à 300 grammes. Ces expériences prouvent qu'il n'est pas nécessaire, comme le croit Friedberger, de considérer les anaphylatoxines comme des produits de décomposition des substances azotées, contenues dans les antigènes, par les ferments du sérum.

Le réflexe oculo-cardiaque au cours de l'intoxication diphtérique. — MM. AVIRAGNET, H. DORLENCOURT et H. BOUTTIER rapportent le résultat de leurs recherches sur les modifications que subit le réflexe oculo-cardiaque au cours de la diphtérie. Ce réflexe permettant de mesurer en quelque sorte l'activité fonctionnelle du pneumogastrique, les auteurs l'ont recherché systématiquement par les méthodes digitale et graphique chez 5 enfants atteints de diphtérie. Leur statistique met en évidence l'atteinte fréquente du pneumogastrique par la toxine diphtérique et confirme ainsi cliniquement les expériences qui montrent in vitro la fixation élective de cette toxine au niveau du bulbe. Alors que chez l'enfant normal le réflexe est dans l'immense majorité des cas positif, il n'a été trouvé positif que dans 42 p. 1000 des cas de diphtérie. Le réflexe semble subir des modifications suivant la variété du bacille en cause; avec le bacille long il a été négatif dans

80 p. 1000, alors que quand il s'agissait de bacilles moyens ou courts il a été négatif respectivement dans 57 p. 1000 et 50 p. 1000 des cas.

Enfin la gravité de l'infection et surtout la précocité du traitement constituent autant de facteurs capables d'influer sur les modalités du réflexe.

Les auteurs après avoir signalé l'importance clinique de ces faits concluent en montrant leur intérêt possible au point de vue de la pathogénie des accidents cardiaques de la diphtérie ; l'étude méthodique du réflexe oculo-cardiaque pourra peut-être permettre de faire le départ entre les troubles qui relèvent d'une altération du myocarde et ceux qui sont dus à des lésions portant sur son innervation.

L'auto-hémolyse et la séro-hémolyse L'auto-hémolyse in vivo et la bilirubigénie. — M. G. Froin. L'auto-hémolyse provoquée et exagérée par le froid, après hyperchloruration des hématies, se constate dans toute la série animale. Mais l'hémolyse a frigore comparée à l'hémolyse a calore est toujours plus forte avec les hématies de l'homme qu'avec les hématies des autres animaux.

La séro-hémolyse ne peut jamais être réalisée par le froid. En effet, la toxine hématique sérique pour adhérer à l'antitoxine des globules doit abandonner le NaCl qui la lie à son antitoxine propre, et utiliser le NaCl du complexe globulaire sur lequel elle vient se fixer (chlorure d'emprunt ou d'adhésion hémolysante). Si elle peut, comme chez les hémoglobinuriques a frigore, abandonner son anti sous l'influence du froid, son incapacité d'emprunter le chlorure du complexe globulaire auquel elle adhère pendant la phase du refroidissement entrave d'une façon absolue la séro-hémolyse a frigore.

Ces ruptures pathologiques et brutales des complexes hématiques détruisent l'adhésion stroma-hémoglobine et se traduisent par une hémolyse rouge. In vivo, à l'état physiologique, l'hémolyse rouge et l'hémoglobinémie n'existent pas. Aussi l'hémoglobine ne peut être transformée en bilirubine ni dans le plasma sanguin ni dans la cellule hépatique. Les humeurs hémorragiques apportent la preuve que l'hémolyse in vivo est une auto-hémolyse avec hémoglobinolyse et bilirubigénie. L'hémoglobine, dans tout l'organisme, est transformée en bilirubine sur le globule lui-même par le ou les ferments du complexe globulaire.

Présentation d'un polygraphe clinique à inscription rectiligne. — M. Mougeot. L'inscription rectiligne, tous les styles se trouvant réglables de façon à inscrire tous sur la même ordonnée rectiligne perpendiculaire à l'axe du tracé, rend l'opération du repérage de la plus grande facilité et exempte d'erreurs.

Elle est obtenue à l'aide de styles coudés dont l'adhérence au papier est automatiquement réglée.

Vaccination anticholérique. Absence de sensibilisation. — MM. Slatineano et Mihaïesti. Il faut pratiquer sans crainte la vaccination anticholérique pendant l'épidémie même ; employer de fortes doses ; et vacciner indifféremment porteurs ou non-porteurs de germes.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE

(Séance du 7 mai 1914)

Canine incluse dans la voûte palatine. — M. Lebedinsky rapporte le cas d'une malade qui présentait une tuméfaction au niveau de la voûte palatine avec fistule intarissable. Des chirurgiens consultés avaient proposé des résections partielles plus ou moins étendues de l'os maxillaire supérieur. L'auteur fit radiographier la malade et put ainsi déceler la présence d'une dent en ectopie qui put être aisément enlevée par une intervention bénigne, et les troubles observés disparurent complètement. Plusieurs membres, à la suite de cette communication, présentent des observations analogues qui indiquent bien tout l'intérêt qu'il y aurait pour le chirurgien, avant de faire des résections importantes dans des cas de ce genre, de s'assurer qu'il n'y a point de dent incluse, circonstance qui permet de limiter au minimum l'intervention.

Etude critique de la terminologie des anomalies facio-maxillo-dentaires — M. Frey essaie de mettre un peu de clarté dans cette question que la multiplicité à l'infini des malformations rend tout particulièrement complexe. Ce serait déjà un résultat honorable de fixer un langage susceptible de permettre aux spécialistes mêmes de s'entendre. Et on peut dire que l'auteur s'est rapproché de ce but à atteindre autant que les données actuelles peuvent le permettre.

Les **mutilations dentaires au Congo français** font l'objet d'une communication de M. Tournier, médecin colonial, qui rapporte les multiples cas de résections qu'il a pu observer chez les peuplades de cette région encore peu soumises à l'influence de notre civilisation. Elles consistent en écartement des dents, production d'encoches plus ou moins profondes, limage en dents de scie, avulsion, qui souvent combinées à la mâchoire inférieure et à la supérieure arrivent à produire une variation de types remarquable. Ces mutilations, qui constituent une parure, portent sur les dents visibles, incisives surtout, et sont naturellement observées le plus fréquemment chez les femmes.

— Au début de la séance, la Société, dans le but de conserver son caractère véritablement scientifique par une sélection bien comprise, avait décidé de limiter le nombre de ses membres à soixante pour Paris et à trente pour la province.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

GASTRO-ENTÉRITE DES NOURRISSONS (DIARRHÉE VERTE, CHOLÉRA INFANTILE).

Suivant la gravité, diminuer ou supprimer le lait. Diète hydrique (maximum trois jours).

Dès le début des accidents, faire prendre à l'enfant un quart, une demi ou une cuillerée à café de sirop de Trouette-Perret à la papaïne avant chaque tétée ou biberon. On pourra ainsi, généralement, continuer le lait et obtenir la guérison sans s'astreindre à l'emploi des bouillons de légumes et aux complications de leur préparation.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 25 AU 30 MAI 1914

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 25 mai. — A trois heures de l'après-midi. — 1er fin d'année (histologie, N. R.), *Laboratoire des travaux pratiques d'histologie*, épreuve pratique.

A une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu.* 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu.*

Mardi 26 mai. — A trois heures. — 1er fin d'année (histologie, N. R.), *Laboratoire des travaux pratiques d'histologie*, épreuve pratique.

A une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 10 francs par an.
Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — *Epreuve opératoire.* — Séance du 15 mai. — « Ligature de l'artère humérale au pli du coude. — Désarticulation du poignet. »

MM. Le Lorier, 16; Guéniot, 14; Lévy, 17; Lequeux, 16; Chirié, 13.

Sont déclarés admissibles aux épreuves de la deuxième série : MM. Lévy, Le Lorier, Lequeux, Guéniot, Chirié.

Prochaine séance, mardi 19 mai, à seize heures trente, à Cochin.

— PRIX FILLIOUX. — En conformité du legs fait à l'Administration générale de l'Assistance publique par le docteur Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix de même valeur : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les *maladies de l'oreille*. Le montant de chacun de ces prix est fixé à la fin du concours.

Pour 1914, le concours sera ouvert le jeudi 10 décembre.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale (service de santé), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 5 au 17 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le samedi 17 octobre, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

I. *Programme du concours.* — 1° Un mémoire, manuscrit et inédit, sur les maladies de l'oreille, le sujet de ce mémoire étant laissé au choix des candidats qui devront nécessairement comprendre dans leur étude l'élément anatomo-pathologique ; 2° une épreuve clinique spéciale sur un malade atteint d'une affection de l'oreille. Il est accordé au candidat vingt minutes pour examiner le malade, et dix minutes pour faire sa leçon, après dix minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer à la suite de chacune de ces deux épreuves est de : pour le mémoire, 30 points; pour l'épreuve clinique, 20 points.

II. *Jury du concours.* — Le jury du concours est composé de cinq membres tirés au sort, savoir :

Trois parmi les chefs de service d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux, titulaires et suppléants;

Un médecin et un chirurgien parmi les médecins et les chirurgiens chefs de service des hôpitaux, en exercice ou honoraires, ainsi que parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux comptant huit années d'exercice à partir du 1er janvier qui a suivi leur nomination.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS DE L'ADJUVAT. — *Lecture.* — MM. Clap, 28; Monod, 21; Hartmann, 20.

Prochaine séance, mardi 19 mai, à quatre heures quarante-cinq.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Abadie (d'Oran) et Lacurie (de Marseille).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Bolot d'Ancier (de Varzy), Hybram (au Tari, Constantine), Mesguiche (de Souk-Ahras, Algérie), Moreau (des Hermites), Vérin (de Saint-Cloud) et Zychon (de Neuilly-Plaisance).

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — PRIX DUPARCQUE (1800 francs) à décerner fin décembre 1914. Sujet : « Des moyens d'apprécier l'activité fonctionnelle du foie. Leur application à la médecine et à la chirurgie. »

Les mémoires, inédits, anonymes, porteront une épigraphe reproduite sur une enveloppe cachetée renfermant le nom et l'adresse de l'auteur; ils devront être déposés, avant le 1er novembre 1914, au siège de la Société, 51, rue de Clichy, ou chez le secrétaire général, docteur Paul Guillon, 69, boulevard Malesherbes.

PRIX ALFRED GUILLON (200 francs) à décerner en 1914 pour un travail, manuscrit ou imprimé, sur les maladies des voies urinaires.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le très vif regret d'annoncer la mort du docteur Raoul Fauquez, ancien médecin adjoint de Saint-Lazare, décédé à l'âge de soixante-seize ans. Nous adressons à son fils, le docteur Raoul Fauquez, notre collègue et ami, l'assurance de notre très vive sympathie.

GYNÉCOLOGIE. — COURS DE PERFECTIONNEMENT. (Clinique gynécologique de l'hôpital Broca, Service de M. le professeur


RATOIRES
BUREAUX

POZZI.) — MM. les docteurs G. Rouhier, chef de clinique, et P. Séjournet, chef de clinique adjoint, feront un cours de perfectionnement à la Clinique gynécologique (hôpital Broca), à partir du 8 juin 1914. Les leçons auront lieu tous les jours, sauf les dimanches, à cinq heures de l'après-midi. Le cours sera complet en douze leçons. (Ces leçons auront un caractère essentiellement pratique.)

PROGRAMME DU COURS. — Première leçon : Examen gynécologique des malades.

Deuxième leçon : Les voies de l'infection génitale chez la femme. Vulvite et vaginite. Bartholinite. Symptômes, diagnostic et traitement.

Troisième leçon : Les métrites et leur évolution. Complication des métrites (en dehors des salpingites). Traitement médical des métrites. Indications du traitement opératoire dans les métrites.

Quatrième leçon : 1. Avortement et métrite. Indications. Technique du curettage. — 2. Les déviations utérines. Causes générales. Traitement palliatif. De l'emploi du pessaire. Indications du traitement opératoire.

Cinquième leçon : Les salpingites et les ovarites. Salpingite et appendicite. Salpingite et tuberculose. Péri-métro-salpingite. Phlegmon du ligament large. Indications du traitement opératoie.

Sixième leçon : Déchirures du périnée et prolapsus génitaux. Traitement prophylactique. Indications du traitement chirurgical.

Septième leçon : Types anatomiques et cliniques des fibromes utérins. Complications. Diagnostic. Traitement palliatif et indications opératoires dans les fibromes.

Huitième leçon : Anatomie pathologique, signes et diagnostic des cancers de l'utérus. Tumeurs placentaires. Traitement palliatif et limites de l'intervention radicale dans les cancers utérins.

Neuvième leçon : Kystes de l'ovaire. Tumeurs solides de l'ovaire. Anatomie pathologique. Signes et diagnostic. Complications (torsion, grossesse, etc.).

Dixième leçon : De l'hystérectomie abdominale totale et subtotale en général. Indications générales de l'hystérectomie vaginale.

Onzième leçon : Grossesse extra-utérine. Etiologie. Signes et diagnostic. Rupture et hématocèle pelvienne.

Douzième leçon : Questions à l'étude en gynécologie : le radium. Les greffes ovariennes. La stomatoplastie.

Le droit à verser est de 50 francs.

Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin du cours.

Seront admis les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants titulaires de seize inscriptions, sur la présentation de la quittance de versement. — Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

JURISPRUDENCE

TESTAMENT ET SYPHILIS

Intéressant, par son côté paramédical, le jugement que rendait, le 27 avril 1914, la deuxième chambre du tribunal de la Seine, à la suite des circonstances suivantes.

Un malade, atteint d'avarie, était décédé des suites d'une paralysie générale. Avant de mourir il avait fait un testament au profit de sa femme déshéritant sa sœur. Cette dernière attaqua le testament et demanda aux juges de prononcer la nullité de ces dispositions. Et elle faisait valoir, à l'appui de sa demande, que l'avarie dont était atteint le testateur et qui avait eu pour conséquence une paralysie progressive générale, était la cause que sa femme lui avait arraché ses dispositions dernières, par lesquelles il la déshéritait. Aussi réclamait-elle la nomination d'experts en écriture et de médecins aliénistes, avec la mission de rechercher si le testament avait été écrit par un homme sain ou au contraire par un homme atteint de paralysie générale et de déterminer, dans ce dernier cas, la période de la maladie pendant laquelle le testament aurait été libellé.

Le tribunal n'a pas cru devoir ordonner une pareille mesure.

« Attendu que l'expertise sollicitée dans ces conditions, en se fondant sur les constatations matérielles d'experts en écriture combinées avec les moyens scientifiques dont disposent les médecins aliénistes, présenterait des difficultés telles que les résultats ne donneraient que des bases trop incertaines pour assurer une décision de justice; que, d'autre part, on peut se demander si ce moyen de contester la date du testament doit être considéré comme reposant sur des éléments puisés dans le testament lui-même; qu'au surplus les résultats de l'expertise ne pourraient ni fixer sa date certaine pour la rédaction du testament, ni autoriser à affirmer que lorsque ce testament a été écrit son auteur n'avait pas un état d'esprit lui permettant de prendre des dispositions testamentaires. »

Il est certain que cette question était délicate, les experts auraient été fort embarrassés. Ne se seraient-ils pas trouvés dans la même situation qu'un médecin expert commis dans une affaire d'outrage à la pudeur qui eut son dénouement devant la neuvième chambre correctionnelle de la Seine, le 11 avril 1914, et n'auraient-ils pas été obligés de conclure comme le faisait leur collègue dans son rapport dont voici les conclusions?

« C. G... est un avarié dont la maladie est en pleine évolution.

Son attitude, ses manières, son état de dépression, son inégalité pupillaire, rapprochés de l'existence de cette avarie, doivent éveiller l'idée d'une paralysie générale. Rien ne permet d'affirmer ce diagnostic. Seule la ponction lombaire apporterait, en l'état, un élément de quasi-certitude du diagnostic.

Condamner G..., c'est s'exposer à frapper un malade. D'un autre côté, le déclarer irresponsable est une solution qui, en l'état actuel de l'inculpé, n'est pas conforme à la vérité. Donner des soins à cet homme est certainement la première chose à faire. Quant à l'interner, c'est une solution ne répondant nullement à l'état de l'inculpé. Dans un cas pareil où l'on est privé d'un élément important d'information, il ne faut pas hésiter à exposer les faits tels qu'ils se présentent au point de vue médical, dans l'état actuel de la science... »

Il est certain que, dans l'espèce qui nous occupe, les médecins n'auraient pu motiver un rapport, dont les conclusions auraient fait triompher la demanderesse. En effet, aux termes de l'article 901 du Code civil, les maladies du corps humain ne sont une cause de nullité des testaments que quand elles occasionnent le trouble dans les fonctions de l'intelligence. La preuve d'une maladie aiguë accompagnée de délire et de transport serait insuffisante, si l'on ne justifiait pas que le testament a été fait hors des instants d'intermittence que peut admettre une pareille affection. Aussi les juges de fond sont souverains pour déclarer, en s'appuyant sur les documents de la cause, qu'un testateur était sain d'esprit au moment où il a fait son testament et qu'en conséquence il n'y a pas lieu d'ordonner, à cet égard, une expertise médicale et une enquête (Cass. Req., 20 nov. 1899, *D. P.*, 1900, I, p. 20). C'est la solution à laquelle le tribunal a cru devoir s'arrêter dans son jugement, estimant que l'écriture et la médecine sont deux choses totalement étrangères l'une à l'autre.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

IVe CONGRÈS
DE
L'ASSOCIATION INTERNATIONALE DE CHIRURGIE

(New-York, 13-16 avril 1914)

Pour la première fois depuis sa fondation, il y a douze ans, ainsi que l'a indiqué ici même notre collègue Dehelly (1), l'Association s'est réunie en dehors de la Belgique. Ce nouveau précédent sera suivi, puisque le prochain Congrès aura lieu à Paris, en septembre 1917, sous la présidence du docteur William W. Keen (de Philadelphie).

La France était représentée par MM. Hartmann, Morestin, Michon, Robineau, Proust et Verchère. Le président du Congrès était le docteur Depage (de Bruxelles).

La bienvenue fut souhaitée aux délégués étrangers, au nom du président des Etats-Unis, empêché, par le colonel Gorgas, l'hygiéniste de la zone du canal de Panama.

En souhaitant la bienvenue aux congressistes au nom de l'American surgical Association, dont la réunion annuelle venait de se tenir dans les mêmes locaux, de telle sorte que les Européens arrivés à temps avaient pu y assister, le docteur William J. Mayo souligna la dette que l'Amérique doit à l'Europe au point de vue chirurgical. S'il y a actuellement aux Etats-Unis une chirurgie prospère, brillante, bien développée, présentant des caractéristiques américaines fort prononcées, il n'en reste pas moins vrai qu'il n'y a point d'école américaine, à proprement parler, et que, jusqu'à ces dernières années, l'Amérique était redevable à l'Europe de ce qu'il y avait de mieux dans son instruction chirurgicale.

M. Depage, dans son discours présidentiel, parla du pacifisme, de la guerre des Balkans, de l'interdiction des shrapnels et de la nécessité de donner à chaque soldat, en même temps que ses cartouches, un paquet de pansement individuel; et aussi de lui apprendre les règles fondamentales des premiers soins.

***

La première question à l'ordre du jour était les **amputations du pied et de la jambe.**

Le rapporteur français, M. M. Durand (de Lyon), s'était volontairement limité à la bibliographie française, laissant à Binnie et à Witzel les travaux anglais et allemands.

On peut amputer l'un des trois orteils médiaux et le petit orteil : 1° par désarticulation de la deuxième phalange; 2° par désarticulation métatarso-phalangienne ; 3° par amputation dans la continuité de la première phalange. Aucun trouble fonctionnel du pied ne résulte de ces opérations. Le gros orteil est justiciable de toutes les amputations. La désarticulation totale (surtout par méthode sous-périostée) est une excellente opération. La désarticulation des cinq orteils ne modifie guère la marche.

L'amputation ou la désarticulation des quatre derniers métatarsiens n'entraîne aucun trouble fonctionnel. L'amputation ou la désarticulation du premier métatarsien est un peu plus gênante pour la marche, mais pas autant qu'on l'a dit. Ne pas amputer plus de deux métatarsiens en conservant les autres.

Les opérations transmétatarsiennes et le Lisfranc donnent d'excellents résultats. Au contraire le Chopart expose au renversement du moignon et n'a que des indications rares.

L'opération de Ricard et la désarticulation sous-astragalienne, les amputations ostéoplastiques du tarse postérieur (Sédillot, Pirogoff et modifications) sont très satisfaisantes. De même la désarticulation tibio-tarsienne (Syme ou Roux) exécutée de manière sous-périostée est aussi bonne que la plupart des opérations plus conservatrices sur le tarse postérieur.

Les amputations sus-malléolaire et du tiers inférieur de la jambe donnent, au point de vue de l'appui des appareils prothétiques, des résultats meilleurs que l'amputation au tiers moyen. L'amputation au tiers supérieur n'est plus une opération de choix, mais une de nécessité. L'amputation intracondylienne semble préférable à la désarticulation du genou. Les progrès de la technique ont fait disparaître la mortalité imputable à l'acte opératoire lui-même et la conicité des moignons. Les progrès de la prothèse nous permettent de faire des opérations plus économiques (tiers moyen et inférieur de la jambe au lieu du tiers supérieur).

Ce travail, très long et complet, donna un reflet fidèle des préférences orthopédiques toujours si remarquables de l'école de Lyon.

M. Binnie (de Kansas City) étudie les **amputations de la jambe.** Le niveau d'amputation n'a point d'influence sur la mortalité ; à ce point de vue on ne doit s'occuper : 1° que de la nature de la lésion, et 2° de l'utilité du moignon à obtenir. Il faut amputer le plus bas possible, pourvu que l'on puisse avoir un bon moignon. Les progrès accomplis sont tous dus à l'obtention de meilleurs moignons, ce qui entraîne aussi des perfectionnements dans la prothèse. Les procédés de Hirsch et de Bunge donnent d'excellents moignons de sustentation. Une transplantation d'un fragment d'os libre remplace avantageusement la méthode de Bier et est de technique plus simple.

M. Witzel (de Dusseldorf) envisage les **amputations en général.** Les amputations sont devenues des raretés dans la pratique civile, et leur nombre se réduit aussi énormément en chirurgie militaire. On ne peut fixer à bon droit d'indications opératoires pour une amputation que si l'on connaît bien toutes les ressources modernes du traitement conservateur : traitement aseptique des plaies contuses et des fractures ouvertes, chirurgie vasculaire, hyperémie prophylactique ou curatrice, orthopédie, résections suivies de transplantation.

Pas de mortalité et un bon moignon, voilà les conditions *sine qua non* d'une amputation. Le danger opératoire est réduit au minimum par le relèvement de la résistance organique avant l'intervention, l'hémostase préalable complète en cas d'accidents, la tonification du cœur par l'huile camphrée, les injections salines, les inhalations d'oxygène, le réchauffement artificiel, la gymnastique respiratoire.

L'anesthésie locale sera bonne pour les petites opérations, l'anesthésie tronculaire pour les exérèses plus importantes, mais toujours associée aux anesthésiques généraux, à cause de l'influence psychique. La rachianesthésie n'a que de rares indications ici.

En tissu sain, on peut recourir à des méthodes plus compliquées; en tissu infecté, il faut des plaies élémentaires. La section des tissus doit être nette, pas d'antiseptiques : travailler avec « douceur, humidité et chaleur ». Les cardiotoniques et la gymnastique respiratoire préviendront les thrombo-embolies.

La section haute et nette des tissus nerveux assurera un moignon indolore. La désarticulation et l'amputation épiphysaire évitent l'ouverture du canal médullaire et la névrite des filets nerveux de l'os sectionné. L'obturation du canal médullaire (procédés de Bier, Wilms, Ritter, Bunge) tendent au même but, ainsi que le traitement postopératoire de Hirsch. Au point de vue prothétique, il importe de considérer la rétraction inégale des différents muscles, de suturer les antagonistes entre eux pour assurer l'équilibre le plus complet possible. A l'avant-bras, on peut faire avec des groupes de tendons des anneaux que l'on recouvre de peau.

(1) Dehelly. Autour du Congrès international de chirurgie de New-York (13-16 avril 1914), *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 56, p. 922.

M. Ranzi (de Vienne). La condition la plus importante pour avoir un bon moignon de sustentation est d'éviter une production exagérée de cal à la surface de section de l'os. Les méthodes de Bier, Wilms et Bunge tendent à ce but. La méthode de Bunge est la meilleure, parce qu'elle est la plus simple et que, si la réunion par première intention n'est pas obtenue, ses résultats sont cependant satisfaisants, tandis qu'ils sont fort compromis dans les deux autres procédés.

Amputations de la main. — M. von Kusmik (de Budapest). Pour la main et les doigts, on doit pousser les tendances conservatrices à l'extrême. Toutes les ressources thérapeutiques modernes doivent être préalablement épuisées : héliothérapie, hyperémie, thermothérapie, vaccinothérapie, immobilisation. Comme les autres rapporteurs, l'auteur préfère les méthodes de Hirsch et de Bunge à celle de Bier, difficilement applicable à la main. Il est extrêmement important d'éviter la formation de névromes. Tous les procédés opératoires ont donné de bons résultats.

Le professeur Ceci (de Pise), qui devait faire un rapport, était absent.

Discussion.

M. Depage (de Bruxelles). Le grand progrès en chirurgie de guerre est l'application de méthodes plus conservatrices. Il ne faut pas que le champ de bataille soit un champ d'expériences pour les jeunes chirurgiens. Les amputations immédiates en chirurgie de guerre doivent être bannies.

M. Lambotte (de Bruxelles) ne se sert pas de bande d'Esmarch pour les amputations, mais lie au fur et à mesure. Au pied, la désarticulation sous-astragalienne de Roux est le procédé de choix. Une fois l'auteur a fait une opération dermoplastique de Keetley pour ulcère rebelle, avec plein succès.

M. Zarahdnicky (de Hongrie) a eu une mortalité de 9 p. 100 sur 255 opérations : 65 sur le membre supérieur avec 4 morts, 60 amputations de cuisse avec 10 morts, 70 de jambe avec 5 morts. En tout 190 opérations sur le membre inférieur avec 10 p. 100 de mortalité, surtout causée par gangrène.

M. Hutchings (de Detroit). Les vaccins autogènes rendent de grands services dans les cas septiques.

M. Willy Meyer (de New-York). L'emploi sous-cutané de la solution de Ringer peut quelquefois épargner une amputation, surtout dans les cas d'endartérite chez les sujets jeunes.

M. Harris (de Chicago). La mortalité est élevée chez les gens âgés et après les grands écrasements. L'anesthésie dans ces cas doit être tronculaire et non générale.

M. Estes (de South Bethlehem). La pression sanguine est une indication importante. Si elle est à 80 ou au-dessous, il est inutile d'opérer; au-dessus, on peut opérer. Ceci est vrai surtout dans les écrasements. L'auteur n'emploie plus la bande d'Esmarch, mais l'hémostase au fur et à mesure. Il n'y a point alors de suintement postopératoire. Sur 724 amputations, presque toutes ont été faites avec lambeau périostique, 18 seulement ont eu besoin d'une seconde opération. Il faut sectionner les nerfs à 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'os. Sur 42 opérations sur le tarse, le Chopart a été fait 36 fois, avec de bons résultats.

MM. les docteurs Steinthal (de Stuttgart), Lorthiois (de Bruxelles), Morestin, Pranke (de Brunswick) et Ritter (de Posen) prirent aussi part à la discussion.

***

La deuxième question à l'ordre du jour était l'**Ulcère de l'estomac et du duodénum** pour lesquels les rapporteurs étaient : pour la France, MM. Hartmann et Lecène ; pour l'Amérique, M. William J. Mayo; et pour les pays de langue allemande, M. de Quervain.

L'histoire de l'ulcère gastrique a été faite par Cruveilhier, l'histoire clinique de l'ulcère duodénal date de 1887 (travail de Bucquoy), disent MM. Hartmann et Lecène. Depuis dix ans on a voulu mettre l'ulcère duodénal au premier rang comme fréquence. Les rapporteurs français sont sceptiques et croient que l'on exagère en Angleterre et en Amérique. Ils admettent un ulcère duodénal pour 8 ou 10 pyloriques. Il se peut que l'ulcère duodénal soit réellement plus fréquent en Angleterre et en Amérique. Mais aussi il se peut qu'il n'y ait qu'affaire d'étiquetage de la localisation. Les lésions siègent toujours au voisinage immédiat du pylore, qu'il s'agisse du versant gastrique ou du versant duodénal. Les critériums cliniques (symptomatologie de Moynihan) ou anatomiques (veine pylorique) sont très critiquables. Le syndrome de Moynihan n'est que le syndrome de spasme pylorique de Hartmann et Soupault. La veine pylorique est inconstante comme siège et comme disposition.

Les lésions anatomiques sont bien connues. Au fond des ulcères calleux, on trouve souvent des lésions de névrite qui expliquent bien les douleurs. Les auteurs n'attachent aucune valeur à la méthode d'examen rapide des coupes congelées pour déterminer au cours d'une opération s'il s'agit d'ulcère calleux ou d'ulcéro-cancer. La fréquence de la transformation cancéreuse est moins grande que les auteurs récents ne le prétendent, elle est d'environ 20 p. 100. Si l'on ne trouve pas un fond d'ulcère simplement formé de tissu fibreux enflammé et épaissi avec cancérisation commençante des bords de l'ulcère, on n'a pas le droit de parler d'ulcéro-cancer, car comment savoir qu'il ne s'agit pas simplement d'un cancer ulcéré?

La muqueuse à distance de l'ulcère présente pour ainsi dire toujours des lésions de gastrite diffuse, d'où la nécessité d'un long traitement médical postopératoire.

Au point de vue clinique, les **ulcères juxtapyloriques** sont les ulcères du duodénum de Moynihan; on ne saurait les distinguer cliniquement; peut-être cependant le procédé de Léon Meunier permettra-t-il de dire sur quel versant ils siègent.

L'ulcère de la petite courbure est remarquable par l'intensité des douleurs, les vomissements sont fréquents et la sialorrhée précoce. L'ulcère duodénal vrai, suivant la définition de Mathieu, c'est-à-dire situé assez loin pour ne pas intéresser la valvule pylorique, n'a pas de symptômes absolument caractéristiques, il n'est guère possible de faire un diagnostic absolument positif avant l'opération.

L'importance de la radioscopie et de la radiographie dans le diagnostic des ulcères gastriques est aujourd'hui universellement reconnue, surtout pour le diagnostic des ulcères calleux pénétrants, des estomacs biloculaires par ulcère, des sténoses pyloriques ulcéreuses et des périgastrites. Les rayons X ne servent pas à grand'chose pour le diagnostic des ulcères du duodénum.

Dès qu'un ulcère gastrique ou duodénal résiste à un traitement médical bien conduit, il faut opérer. Les statistiques de guérison médicale sont fallacieuses, à cause des rechutes. L'ulcère est souvent rebelle au traitement médical. La gravité immédiate du traitement chirurgical est faible. La mortalité des auteurs, de 1905 à 1913, est de 3,1 p. 100 seulement : encore les trois morts de la dernière série de 94 sont-elles dues à l'état d'épuisement des malades et ne se seraient probablement pas produites avec une intervention plus précoce. Les résultats éloignés sont bons : l'hyperacidité diminue presque immédiatement.

Le traitement des perforations doit être précoce. Contre l'hémorragie précoce et abondante, mieux vaut s'abstenir. En cas d'hémorragie répétée, opérer et faire précéder ou suivre la laparotomie d'une transfusion sanguine. La gastro-entérostomie postérieure à anse jéjunale courte, pratiquée au point déclive de l'antre pylorique, est la méthode de choix pour l'ulcère juxtapylorique. La bouche fonctionne même si le pylore est perméable. L'exclusion du pylore doit encore être étudiée. Le simple blocage du pylore est généralement suffisant; l'exclusion vraie doit être réservée à certains cas limités (hémorragies).

Dans les ulcères calleux pyloriques, lorsque l'on soupçonne une dégénérescence cancéreuse, la pylorectomie (Billroth) est l'opération de choix si elle est possible; dans les ulcères calleux de la petite courbure, il faut exciser la zone ulcéreuse soit par une excision en selle, soit par une résection segmentaire de l'estomac.

M. MAYO (de Rochester) divise l'histoire de la question à son point de vue en trois périodes : de 1893 à 1900 il n'a fait que la chirurgie de l'obstruction pylorique ; de 1900 à 1906, il y eut une série d'études anatomo-pathologiques sur pièces opératoires où il apprit à connaître les stades antérieurs à la sténose pylorique qui n'est que la phase terminale; de 1906 à 1914, les méthodes de diagnostic ont été grandement perfectionnées et l'évolution a été fixée par des statistiques considérables.

Jusqu'au 31 décembre 1913, 1841 ulcères de l'estomac et du duodénum ont été opérés à la clinique des Mayo : 457 chez des femmes et 1384 chez des hommes; 636 étaient gastriques, 1205 duodénaux, bien que tous les cas du début aient été d'office étiquetés gastriques. Dans les derniers 1000 cas bien étudiés, il y a eu 748 duodénaux et 252 gastriques. Les trois quarts des cas de chaque variété étaient chez des individus du sexe masculin. Mayo se base sur les veines pyloriques pour déterminer la position d'un ulcère. Les deux derniers centimètres de l'extrémité pylorique ne sont pas souvent le siège d'ulcères. Le siège le plus fréquent est la petite courbure. L'ulcère de la face postérieure est plus fréquent que celui de l'antérieure. Il y a souvent deux ulcères aux points de contact des deux parois. Les ulcères chroniques ne s'observent pas souvent à l'opération. Les processus aigus d'ulcération stomacale sont de nature toxique et n'aboutissent point à l'ulcère chronique.

Les ulcères du duodénum sont d'habitude situés dans les 5 centimètres supérieurs du duodénum et le plus souvent sur la paroi antéro-supérieure; ils s'étendent quelquefois jusqu'à la valvule pylorique sous laquelle ils peuvent creuser. Souvent dans l'ulcère duodénal on ne trouve pas de cratère, mais une plaque de couleur anormale qui semble « mangée aux vers », au centre de laquelle il y a une induration typique. Cette variété d'ulcère explique pourquoi tant d'ulcères duodénaux échappent à l'examen nécropsique.

Il y a une variété d'ulcère duodénal qui intéresse la papille du cholédoque et donne lieu à des crises douloureuses ressemblant à des coliques hépatiques et à des hémorragies profuses. Les trois cas de ce type vus par Mayo furent trouvés à l'autopsie, la mort ayant été causée par hémorragie après des symptômes simulant ceux de la lithiase biliaire.

Les perforations incomplètes, « protégées », de l'ulcère duodénal sont très fréquentes.

Le malade atteint d'ulcère et traité médicalement est en bien plus grand danger de mort par hémorragie, perforation, obstruction ou dégénérescence cancéreuse qu'il ne le serait du fait d'une opération.

La gastro-jéjunostomie est l'opération de choix dans l'ulcère gastrique. Il faut toujours exciser l'ulcère si possible. L'excision doit être suivie de gastro-jéjunostomie. L'excision transgastrique rend des services dans les ulcères de la face postérieure de l'estomac. Près de l'extrémité pylorique, la pylorectomie est la meilleure opération. Dans les cas non opérables, la jéjunostomie rend des services.

Dans l'ulcère du duodénum, faire la gastro-jéjunostomie avec blocage du pylore. Le blocage n'est que temporaire avec la technique de Moynihan, mais il protège l'ulcère pendant la cicatrisation. Si l'on veut un blocage permanent il faut recourir à la technique de Wilms ou de Kolb. Mayo excise souvent les ulcères duodénaux.

Les résultats sont bons : guérison ou grande amélioration dans 95 p. 100 des cas d'ulcère gastrique sans sélection. La mortalité opératoire est de 3,8 p. 100, toutes complications comprises. Ils sont encore meilleurs pour l'ulcère duodénal : 98 p. 100 de guérison ou amélioration, mortalité de 1,5 p. 100.

M. DE QUERVAIN (de Bâle) s'occupe plus particulièrement du diagnostic des ulcères. Ce que nous pouvons faire au point de vue chirurgical dépend, en première ligne, de ce que nous pouvons diagnostiquer. Il y a certains faits bien établis, mais il reste encore bien des points obscurs. Les éléments diagnostiques, cliniques et surtout radiologiques sont passés très consciencieusement en revue par l'auteur qui étudie successivement les types d'ulcères que l'on peut diagnostiquer, la façon de reconnaître les adhérences, la transformation cancéreuse, les conclusions que les recherches modernes permettent au point de vue des indications opératoires et du choix du procédé opératoire. Enfin, ce que nous apprennent les rayons X quand il s'agit de juger les résultats postopératoires immédiats ou éloignés?

Le rapporteur signale les problèmes diagnostiques suivants non encore solutionnés et dignes de discussion : 1° la fréquence du spasme dans l'ulcère superficiel de la petite courbure, conditions dans lesquelles ce spasme survient en l'absence de tout ulcère; 2° l'influence sur le pylore d'ulcères éloignés de celui-ci, explication du résidu alimentaire assez fréquent après six heures dans ces cas; 3° quels sont les signes les plus sûrs et les plus pratiques de différenciation entre le spasme pylorique et la sténose commençante; 4° quelle est la signification diagnostique de la réplétion persistante du bulbe duodénal (bonnet ou coiffe gastrique); 5° valeur séméiologique de la motilité duodénale de l'estomac; 6° différenciation des ulcères duodénaux empiétant sur le pylore d'avec les ulcères pyloriques proprement dits et d'avec les ulcères duodénaux bas situés au double point de vue de leur action sur le réflexe pylorique et sur le chimisme gastrique; 7° diagnostic radiologique précis des adhérences situées au niveau de l'estomac et du duodénum.

Il fut aussi lu un travail de M. PAYR (de Leipsig) sur le même sujet. Il y a deux théories sur l'origine des ulcères de l'estomac et du duodénum : vasculaire et nerveuse; aucune des deux n'est suffisante. Il y a aussi un élément bactério-toxique. Il y a deux types bien différents d'ulcères du duodénum suivant qu'ils siègent sur la paroi antérieure ou la paroi postérieure. Il y a des différences anatomiques marquées entre l'ulcère de l'estomac et celui du duodénum. Il est souvent difficile de diagnostiquer l'ulcéro-cancer vrai du cancer ulcéré; il est impossible de dire la réelle fréquence du cancer greffé sur ulcère. L'ulcère duodénal s'accompagne de cancer excessivement rarement.

Au point de vue thérapeutique, Payr se déclare franchement en faveur de l'excision des ulcères calleux de l'estomac, toujours avec gastro-jéjunostomie complémentaire. Pour l'ulcère duodénal, il faut faire la gastro-jéjunostomie avec exclusion du pylore et gastrosuspension s'il le faut.

Discussion.

M. GERSTER (de New-York) parle du danger des sutures dans un estomac altéré et de la nécessité d'un traitement médical prolongé.

M. OCHSNER (de Chicago). L'ulcère de l'estomac est favorisé par les mauvaises habitudes alimentaires, le mauvais état des dents, les infections chroniques des gencives et des amygdales. Un traitement médical est nécessaire et donne souvent de bons résultats. Quelquefois il est utile d'opérer en deux temps, ainsi que le conseille Lilienthal.

M. LILIENTHAL (de New-York) est en faveur de l'excision des ulcères calleux. Lorsque l'opération est difficile et l'état général précaire, il faut opérer en deux temps, faire d'abord une gastro-entérostomie, puis, quand l'état général s'est relevé, faire une pylorectomie.

M. BEVAN (de Chicago) rappelle les expériences de Rose-

now, qui montrent qu'un microbe modifie ses caractéristiques vitales et son influence pathogène suivant le milieu où il se développe : il semblerait que l'ulcère de l'estomac soit dû à un microbe spécialisé. Le traitement médical est efficace.

M. Mayo critique les conclusions tirées des résultats de Rosenow au point de vue de l'ulcère ordinaire : celui-ci a obtenu des ulcères aigus, et M. Mayo croit que l'ulcère aigu ne se transforme que très rarement, sinon jamais, en ulcère chronique. Il n'est pas non plus en faveur de l'opération en deux temps.

M. Rodman (de Philadelphie) fait observer que beaucoup des opérés guérissent opératoirement, mais ne sont pas réellement guéris. Ceci devrait nous faire tendre vers encore plus de radicalisme thérapeutique. La pylorectomie est la meilleure opération; si l'on n'y recourt pas plus souvent, c'est que l'on s'en exagère les dangers. Sur 378 opérations stomacales, la mortalité est de 5 p. 100.

M. Lambotte (de Bruxelles) est en faveur de l'exclusion pylorique par ligature simple lâchement placée autour de l'anneau pylorique. Cette méthode ne demande que quelques secondes, considération importante quand il s'agit de malades cachectisés. Cette ligature ne tombe pas dans la lumière de l'intestin. Lambotte n'a pas eu l'occasion de s'en assurer directement pour le pylore, mais il l'a vérifié plusieurs fois en chirurgie intestinale, où il emploie un procédé analogue. Il a vu un cas d'ulcère peptique postopératoire sur 600 opérations; il croit que la cause est à chercher non pas tant dans le choix de tel ou tel procédé opératoire que dans un manque de douceur dans les manipulations au cours de l'opération, d'où traumatisme et affaiblissement de la vitalité des tissus.

M. Gibson (de New-York) a colligé 74 cas de la pratique hospitalière, 47 gastriques et 27 duodénaux; 66 chez des hommes, 8 chez des femmes. Tandis que ces chiffres montrent une prépondérance d'ulcères gastriques, ils confirment les statistiques de Mayo et d'autres sur la plus grande fréquence chez l'homme, contrairement à la notion courante.

M. Sonnenburg (de Berlin) insiste sur le traitement postopératoire et les difficultés du diagnostic.

M. Murphy (de Chicago). L'ulcère duodénal et gastrique sont des lésions métastatiques. Murphy se sert actuellement d'une modification de son bouton, de forme plus allongée.

M. Willy Meyer (de New-York) est en faveur de l'excision quand elle est possible pour les ulcères gastriques; pour les ulcères duodénaux, de la gastro-entérostomie avec exclusion pylorique; il n'approuve pas l'idée de l'opération en deux temps.

M. Büening (de Giessen) parle en faveur de l'exclusion de von Eiselsberg et de la ligature du pylore.

(*A suivre.*) F. GARDNER.

ACTUALITÉS

LE CYTO-DIAGNOSTIC DES MALADIES DE L'ESTOMAC

Dès 1882, Rosenbach avait pu diagnostiquer au microscope le cancer dans des fragments de muqueuse gastrique rejetés avec les vomissements; Ewald, Riegel, Boas recherchèrent ensuite les éléments cellulaires dans les vomissements ou les liquides de rétention; puis Cohnheim et Reineboth eurent l'idée de pratiquer des lavages de l'estomac pour examiner ce qui était ainsi extrait de la cavité gastrique. Tous ces travaux n'avaient pas été beaucoup poursuivis quand, en 1909, Marini rappela qu'on pouvait trouver des cellules cancéreuses dans les liquides de lavage; mais c'est surtout à Lœper et Binet que l'on doit une série de recherches sur cette question. En 1911, ces auteurs publièrent un premier mémoire sur le cyto-diagnostic des affections de l'estomac (1), mémoire dans lequel ils donnent une technique précise et indiquent les résultats obtenus dans les diverses affections gastriques.

Depuis cette époque, Lœper et Binet ont examiné avec cette méthode de nombreux malades chez lesquels ils pratiquaient en même temps l'étude chimique du repas d'épreuve et l'inspection radiologique; pour un certain nombre de cas, l'intervention chirurgicale et pour quelques autres l'autopsie permirent de vérifier les résultats de la cytologie, si bien que Lœper et Binet ont pu se baser sur 160 observations pour faire une étude d'ensemble sur le cyto-diagnostic de l'estomac (2). Dans un article de Simon et Caussade (3), plus particulièrement consacré au cancer, se trouvent relatés une quarantaine de cas où le cyto-diagnostic donna des renseignements toujours très exacts.

Lœper et Binet opèrent uniquement l'examen cytologique sur des liquides de lavage, le lavage étant fait alors que le malade est complètement à jeun depuis douze heures. L'examen des liquides résiduels, l'examen du contenu de l'estomac une demi-heure après l'ingestion d'un repas d'épreuve ne fournissent en effet que des résultats inconstants dans le premier cas, toujours négatifs dans le second. Le malade étant donc à jeun depuis la veille au soir, on commence par laver l'estomac avec 250 à 300 centimètres cubes d'eau distillée ; si l'eau ressort claire, il n'est pas procédé à un nouveau lavage; si elle est rendue sale, jaune verdâtre, on fait un second lavage et parfois même un troisième; quand la cavité gastrique est ainsi nettoyée, on y introduit 250 à 300 centimètres cubes de sérum physiologique à 7 p. 1000; immédiatement ou quelques secondes après sa pénétration, le sérum est extrait, recueilli dans un verre et il va servir à l'examen cytologique, tandis que l'eau du premier lavage pourra être utilisée pour diverses réactions chimiques, telles que recherche du sang, recherche des acides organiques, de l'acide chlorhydrique, dosage de l'acidité. Simon et Caussade, qui emploient la technique de Lœper et Binet, font remarquer que, dans un estomac dilaté et atonique, le sérum tombe dans les bas-fonds sans humecter toute la cavité gastrique, il peut donc laisser inexplorés certains points de la muqueuse gastrique; aussi ces auteurs conseillent-ils, pour que toute la muqueuse stomacale soit lavée par le sérum, de faire asseoir et coucher le malade plusieurs fois de suite, de pratiquer même une malaxation prudente de l'épigastre avant d'extraire le sérum de l'estomac.

Voici donc le sérum recueilli dans un verre; on le laisse reposer de manière à ce que les particules alimentaires qui peuvent s'y trouver en suspension se déposent au fond; puis, avec une pipette, on prélève dans la partie surnageant immédiatement le dépôt une quantité de liquide suffisante pour remplir un tube à centrifuger. Il ne faut pas prendre le liquide à la surface, car on y trouve de la salive dont la présence viendrait fausser les résultats; avant de déposer le sérum dans le tube de centrifugation, on aura soin de porter l'extrémité de la pipette sous un mince filet d'eau, pour enlever la salive qui pourrait s'y trouver. On centrifuge pendant un quart d'heure; le culot est étalé sur lames, fixé par la chaleur et l'alcool, examiné sans coloration et après coloration à l'hématéine-éosine.

Lœper et Binet ont examiné ainsi des sujets normaux pour connaître leur formule cytologique ; on ne voit sur les lames que de rares éléments pavimenteux de la bouche et de l'œsophage, quelques noyaux de chromatine et parfois quelques

(1) Lœper et Binet. Cyto-diagnostic des affections de l'estomac, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 5 mai 1911.

(2) Lœper et Binet. Le cyto-diagnostic de l'estomac, *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrition*, avril 1914.

(3) Simon et Caussade. Le cyto-diagnostic du cancer de l'estomac, *Presse méd.*, 8 avril 1914.

débris protoplasmiques, quelques levures ou microbes. La muqueuse gastrique fonctionne donc à l'état normal sans desquamation et sans hypergenèse cellulaire, sans hypersécrétion muqueuse, en un mot, sans aucune réaction cytologique appréciable. En cas de sialophagie, ce qui est fréquent chez les sujets normaux, le culot de centrifugation contient une quantité parfois considérable de cellules pavimenteuses provenant de la bouche et même de l'œsophage.

Lœper et Binet abordent ensuite l'étude cytologique des diverses affections de l'estomac. Ils montrent que le cytodiagnostic permet de différencier la dyspepsie pure des gastrites. Dans la dyspepsie, c'est-à-dire dans l'ensemble des troubles fonctionnels ne dépendant pas d'une lésion organique de l'estomac, l'examen cytologique ne peut naturellement pas révéler d'altérations de la muqueuse gastrique et en effet on ne constate alors que la formule cytologique des sujets normaux. Au contraire, dans les gastrites, l'examen du culot de centrifugation révèle soit de l'hypergénèse muqueuse, soit de l'hypergénèse cellulaire, soit de la leucocytose, avec ou sans globules rouges. La prédominance de l'un de ces quatre éléments permet de distinguer, au point de vue cytologique, quatre variétés de gastrites. C'est d'abord la gastrite muqueuse caractérisée par l'extrême abondance d'une substance fortement colorable en rose par l'éosine, en violet pâle par le violet de gentiane, substance nettement granuleuse renfermant quelques débris d'un protoplasma cellulaire vacuolaire ou des cellules gastriques. Puis vient la gastrite hypergénétique et desquamative, avec une quantité tout à fait anormale d'éléments cellulaires provenant de la muqueuse gastrique; il s'agit d'éléments arrondis ou polygonaux, à contours peu nets, à angles émoussés; teintés en rose par l'éosine, ils sont finement granuleux, paraissent peu épais, possèdent un noyau qui se colore bien. Lœper et Binet n'ont jamais pu retrouver dans ces éléments la véritable cellule bordante ou la cellule principale décrites dans les traités d'histologie. La troisième variété de gastrite est une gastrite diapédétique, avec leucocytose prédominante; les leucocytes sont de trois ordres, polynucléaires, lymphocytes et éosinophiles. Dans certains cas enfin, la gastrite est congestive, caractérisée par la présence de globules rouges indiquant une fragilité spéciale de la muqueuse et une dilatation de ses capillaires. Il ressort des recherches de Lœper et Binet que les gastrites sont beaucoup plus fréquentes que les dyspepsies pures; le cyto-diagnostic permet de reconnaître une gastrite discrète, atténuée, dans un grand nombre de cas qualifiés dyspepsies. Par conséquent « la cytologie tend à diminuer le nombre des dyspepsies pour accroître celui des gastrites; elle élargit la frontière des gastrites ». Le cyto-diagnostic de l'estomac fournit donc un argument très important en faveur de la théorie de Hayem sur les gastrites. En faisant l'historique des gastrites, Hayem et Lion (1) montrent combien l'opinion médicale a varié sur la place que doivent occuper les gastrites dans la pathologie de l'estomac; la gastrite, écrivent-ils, est encore aujourd'hui, suivant les auteurs, sacrifiée au profit de la dyspepsie ou placée au premier rang de la pathologie stomacale. D'après Hayem, les troubles fonctionnels de l'estomac correspondent, dans les cas les plus habituels, à des lésions; les travaux de Lœper et Binet confirment pleinement cette manière de voir.

Lœper et Binet ont examiné douze cas d'ulcère de l'estomac. La formule cytologique est toujours identique : petite quantité de cellules épithéliales en voie de digestion et de désintégration, grande quantité de leucocytes et proportion variable de globules rouges. Les variations de la formule suivent fidèlement l'évolution de l'ulcère; quand la lésion se cicatrise, leucocytes, hématies et débris épithéliaux disparaissent progressivement. La cytologie permet encore de dépister, dans le groupe des dyspepsies, un grand nombre d'ulcères latents ou dissimulés. Chez des malades considérés comme atteints d'hypersthénie avec hyperchlorhydrie, ou même d'hyposthénie gastrique, Lœper et Binet ont parfois retrouvé la formule de l'ulcère et affirmé l'origine ulcéreuse de l'état morbide. Par contre, la cytologie ne fournit aucun renseignement quand il existe un ulcère haut situé de la petite courbure, car le lavage n'atteint que difficilement l'endroit où siège la lésion; il en est de même en cas d'ulcère sous-pylorique, le sérum introduit dans l'estomac ne pouvant pas pénétrer jusqu'à la zone malade; les résultats du cytodiagnostic fournissent ainsi un élément de diagnostic différentiel entre l'ulcère de l'estomac et l'ulcère du duodénum.

La cytologie permet enfin de diagnostiquer le cancer de l'estomac et même d'en reconnaître la nature. Quelle que soit la variété du cancer, ce qui frappe d'abord à l'examen microscopique c'est la présence d'éléments nouveaux attirant immédiatement l'attention; ce sont des cellules de coloration foncée, à contours bien délimités, avec un noyau riche en grains chromatiques, présentant quelquefois des figures de kariokinèse, ou dédoublé; ces cellules appartiennent au type polygonal petit ou grand, cylindrique ou vacuolaire. La cellule néoplasique ne se trouve pour ainsi dire jamais seule; elle est toujours accompagnée d'un grand nombre de leucocytes, polynucléaires pour la plupart, et de quelques globules rouges.

Dans les cas où Lœper et Binet ont pu pratiquer l'examen direct de la tumeur gastrique à la suite d'une intervention chirurgicale ou après autopsie, ils ont toujours retrouvé les mêmes éléments cellulaires que ceux qu'ils avaient constatés par la cytologie faite pendant la vie du malade. Le cyto-diagnostic de l'estomac, tout comme le cyto-diagnostic des pleurésies ou des méningites, constitue donc une véritable biopsie. Les observations de Simon et Caussade montrent bien quel parti on peut tirer de cette méthode d'examen; sur 25 cas de cancer stomacal confirmés par l'opération ou l'autopsie, le cyto-diagnostic avait permis 24 fois d'affirmer le cancer; le seul résultat négatif tenait sans doute à ce que l'examen cytologique n'avait pas été bien fait. Dans 13 autres cas, où, de par l'examen clinique, on pouvait penser au diagnostic de cancer, le cyto-diagnostic n'avait pas révélé la formule habituelle du néoplasme; l'évolution ultérieure ou l'intervention chirurgicale montrèrent qu'il ne s'agissait pas de cancer.

Il faut retenir toutefois que si un résultat positif impose le diagnostic de cancer, on ne doit pas, en cas de résultat négatif, éliminer ce diagnostic. Lœper et Binet ont trouvé le cytodiagnostic en défaut dans deux circonstances; lorsqu'une tumeur linitique, fibreuse, non ulcérée, ne déverse pas d'éléments cellulaires dans la cavité gastrique, l'examen cytologique demeure négatif. D'autre part, quand les liquides de rétention sont très abondants, il devient presque impossible de vider entièrement l'estomac et de retrouver, au milieu des débris alimentaires, quelques cellules néoplasiques éparses et conservées; dans ce cas d'ailleurs, les acides de fermentation ont entraîné la digestion et par conséquent la disparition de tous les éléments cellulaires, qu'ils soient cancéreux ou non.

Le cyto-diagnostic de l'estomac n'est donc pas infaillible. Mais est-il un procédé d'exploration médicale infaillible? En présence d'un cas clinique difficile, il convient d'utiliser toutes les méthodes d'examen qui sont actuellement à notre disposition, de vérifier les résultats de l'une par les données de l'autre. Pour ce qui est du cancer de l'estomac, en particulier, les diverses recherches pouvant aider au diagnostic sont très nombreuses (1); quelques-unes sont plus difficiles et plus

(1) HAYEM et LION. Maladies de l'estomac, *Nouveau traité de médecine et de thérapeutique*, fascicule XVI, 1913.

(1) SAVIGNAC. Un diagnostic moderne de cancer de l'estomac, *Presse méd.*, 20 déc. 1913.

compliquées que le cyto-diagnostic; celui-ci mérite donc d'occuper le « rang honorable » que demandent pour lui Lœper et Binet. M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 15 MAI 1914)

L'azotémie dans la colique de plomb. — MM. MOSNY et JAVAL ont observé, depuis quatre ans, un assez grand nombre de saturnins qui, au moment d'une colique de plomb, avaient dans les humeurs un certain degré de rétention uréique.

Cette azotémie, qui peut dépasser 1 gramme, est en général transitoire. Elle coïncide avec l'oligurie et diminue au moment de la polyurie, qui marque la fin de la crise.

Comme les accidents intestinaux, l'oligurie de la colique de plomb est un phénomène de spasme ou d'inhibition : l'urée prête à être excrétée est entravée dans son libre cours et reflue momentanément dans les humeurs. On ne saurait trouver meilleure comparaison qu'avec l'anurie calculeuse dans laquelle on voit se produire des azotémies encore beaucoup plus prononcées, mais non durables, contrairement à celles du mal de Bright chronique.

La petite azotémie de la colique de plomb peut s'expliquer par ce mécanisme, sans qu'il soit besoin d'invoquer des causes plus complexes.

Ostéomalacie à évolution chronique chez une femme vierge âgée de soixante-sept ans. — MM. DUFOUR, LEGRAS et RAVINA présentent une malade atteinte d'ostéomalacie.

L'intérêt en est dû à ce qu'on se trouve en face d'un cas ayant débuté dès le plus jeune âge (un an) et qui peut rentrer dans le cas discuté des ostéomalacies infantiles.

L'évolution de l'affection a été continue; dans son existence, la malade a présenté les troubles les plus habituels de l'ostéomalacie : fractures multiples des diverses diaphyses avec consolidation vicieuse; douleurs multiples violentes et persistantes, diminution de la taille qui atteint 1m30 centimètres avec cyphose dorsale et sternum en carène.

Elle ne présente aucun passé génital. Réglée normalement de douze à quarante-six ans, la ménopause n'a eu aucune influence sur l'évolution de la maladie. Dans l'ensemble, on note 21 fractures diverses. Des fractures humérales bilatérales n'ont pas été suivies de coaptation des fragments, qui semblent avoir subi une résorption osseuse assez appréciable; ils sont unis par une bride fibreuse facilement palpable.

Paralysie faciale zostérienne chez un malade atteint de lipomatose symétrique. — M. LAIGNEL-LAVASTINE et Mlle ROMME présentent un malade de cinquante et un ans, atteint d'une lipomatose symétrique évoluant depuis neuf ans. Ainsi que dans la plupart des observations publiées, la localisation même des masses graisseuses, qui dans ce cas ont acquis un développement énorme au niveau du cou, du thorax, de l'abdomen et du segment proximal des membres, vient infirmer la théorie lymphogène de la lipomatose symétrique; toutes les tumeurs, en effet, ne répondent pas au siège d'élection des ganglions.

D'autre part, ce malade présente une paralysie faciale droite à type périphérique, des plus nettes, qui est survenue au décours d'un zona occipito-cervico-facial; quelques vésicules confluentes occupant la cavité de la conque témoignaient de la participation du ganglion géniculé au processus zostérien et légitimaient le développement ultérieur de la paralysie faciale, suivant la théorie de Ramsay Hunt.

Il persiste de plus, à la suite de ce zona, des troubles importants de la sensibilité; outre les douleurs paroxystiques violentes dont se plaint le malade, on constate dans le territoire de l'éruption zostérienne une hypoesthésie marquée, tactile, douloureuse et thermique, maxima à la face postérieure du cou, à la partie inférieure de la joue, dans le domaine des deuxième et troisième racines cervicales, et au niveau du lobule, de l'hélix et l'anthélix de l'oreille droite.

Ce zona, enfin, sans aucun autre signe clinique qu'une céphalée violente et persistante, s'est accompagné d'une réaction méningée intense, dont les auteurs, par des ponctions lombaires répétées, ont pu suivre l'évolution au triple point de vue de la pression, de l'albumine et des leucocytes du liquide céphalo-rachidien.

Acidose et insuffisance hépatique. Paralysie toxique. Coma. — MM. Marcel LABBÉ et Abel BAUMGARTNER. Parmi les signes d'insuffisance hépatique, l'acidose mérite d'être mise au premier plan. Les auteurs rapportent l'observation d'une malade de trente-six ans, atteinte de coma avec hémiplégie droite, ptosis et mydriase du même côté, qui présentait en même temps de fortes réactions d'acidose dans l'urine. Cette femme n'était pas diabétique et ne présentait aucun signe d'affection hépatique. Le liquide céphalo-rachidien était normal et les réflexes tendineux, le réflexe plantaire n'offraient aucune modification caractéristique d'une affection organique du système nerveux. A l'autopsie, on trouva un foie complètement dégénéré; pas de lésions des reins; pas de lésions de l'encéphale capables d'expliquer la paralysie. Voilà donc un exemple de paralysie toxique comme on en voit dans l'urémie et comme L. Lévi en a rapporté trois exemples au cours de l'hépatotoxémie. Ce cas rappelle trois autres faits du même genre publiés antérieurement par MM. Labbé et Bith. L'acidose, qui a été le seul indice d'une lésion du foie et qui a permis pendant la vie de faire le diagnostic d'insuffisance hépatique offre donc une grande valeur clinique.

Dosage de l'urée du sang des addisoniens. — MM. SICARD et HAGUENEAU ont eu l'occasion de doser l'urée du sang au cours de la maladie d'Addison. Dans certains cas, à évolution rapidement mortelle, ils ont pu constater une élévation du taux de l'urée sanguine, oscillant autour de 2 grammes, sans que le rein eût présenté à l'autopsie de lésions macroscopiques ou histologiques.

Ils ont également noté chez les sujets addisoniens une persistance de l'hypotension sanguine, malgré l'azotémie élevée.

On peut ainsi se demander si certains signes de la série addisonienne, tels que torpeur, vomissements, troubles psychiques, ne sont pas conditionnés par l'hyperurée sanguine, au même titre que les réactions cliniques analogues observées dans le syndrome azotémique de Widal et Javal.

Un cas d'hémiplégie dans la diphtérie. — MM. J. HALLÉ, Marcel BLOCH et FOIX. Les hémiplégies organiques de la diphtérie sont assez rares, du moins en France; on en a relevé à peine quelques observations. Les auteurs ont pu cependant réunir plus de 70 observations. Dans le fait observé par eux il s'agissait d'un enfant de trois ans et demi atteint d'une angine maligne soignée à l'hôpital des Enfants-Malades avec de grosses doses de sérum antidiphtérique. Les fausses membranes étaient tombées le septième jour, mais il y avait de la paralysie du voile dès le lendemain. Le onzième jour, sans convulsions ni élévation thermique, hémiplégie droite avec aphasie avec tous les signes d'une lésion organique. L'enfant résiste encore trente jours à l'intoxication diphtérique; pendant ce temps on assiste à l'amélioration de l'hémiplégie et à la disparition de l'aphasie. Cependant le malade succombe tardivement, et à l'autopsie on note l'absence de lésions cardiaques nettes mais un ramollissement cérébral limité aux 2/5 de la partie postérieure du putamen, sans lésion de la capsule interne. Au microscope, lésions

nettes intéressant les vaisseaux et ne permettant pas de dire s'il s'agit d'embolie ou de thrombose mais devant cependant expliquer l'hémiplégie et l'aphasie.

Si on songe que dans tous les cas relevés par les auteurs on note 46 hémiplégies droites et 25 gauches, que l'aphasie est la règle, que la coïncidence de gangrène des membres n'est pas rare, que c'est toujours dans les formes malignes de diphtérie et dans des formes avec crises cardiaques que l'on voit l'hémiplégie organique diphtérique, il y a lieu de croire que les paralysies relèvent du processus de l'embolie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 13 MAI 1914)

Rupture du tendon de la longue portion du biceps. — M. MAUCLAIRE fait un rapport sur une observation présentée par M. Lapointe. Il s'agit d'un homme de trente-quatre ans qui, portant un poids très lourd sur la tête en le maintenant par le bras relevé et replié, fait une chute et sent un craquement au voisinage de l'épaule. A la partie supérieure du bras on sent une saillie globuleuse. On fait du massage qui ne donne aucun résultat. M. Lapointe intervient et constate qu'il s'agit d'une rupture du tendon de la longue portion du biceps enroulé sur lui-même. Il la suture à la capsule. En général la rupture de ce tendon s'accompagne d'arthrite sèche de l'épaule. Ici il n'y avait pas d'arthrite. Il s'agissait bien d'une rupture traumatique. M. Lapointe a pu réunir huit observations de ce genre dans lesquelles la suture a été faite en divers points. Peut-être serait-il indiqué de faire une suture intraarticulaire. Quoi qu'il en soit, la suture faite par M. Lapointe a donné un bon résultat.

M. SAVARIAUD a observé deux cas de ce genre. Dans le premier cas, il s'agissait de la rupture du tendon inférieur. On ne fit pas de suture. Dans le second cas, c'était le tendon de la longue portion du biceps qui s'était rompu sous l'influence d'un violent effort. Suture, bon résultat fonctionnel qui se maintient depuis dix ans. L'intervention semble bien indiquée dans ces cas de rupture tendineuse traumatique.

M. SOULIGOUX a récemment observé un cas de ce genre. Rupture traumatique du tendon de la longue portion, intervention ; le tendon est plutôt désinséré que rompu; suture à l'apophyse coronoïde, bon résultat, pas d'arthrite sèche.

Hernie étranglée dans une cicatrice d'appendicectomie. — M. AUVRAY fait un rapport sur une observation de M. Veau. Il s'agissait d'une hernie étranglée dans une cicatrice d'appendicectomie avec drainage. M. Veau intervient le jour même où se sont manifestés les symptômes d'étranglement. Il trouve une anse d'intestin étranglée déjà en voie de menace de sphacèle. Il réduit, ferme la paroi. Guérison. Malgré toutes ses recherches, M. Veau n'a pas trouvé d'exemples de ce genre. Il a pu réunir 115 cas de hernies dans des cicatrices d'appendicectomies sans un seul cas d'étranglement. C'est donc là un fait très rare.

M. SAVARIAUD observe très rarement des éventrations depuis qu'il fait l'incision verticale, ménageant les muscles qu'il dissocie sans les couper.

M. PICQUÉ a observé un cas d'étranglement herniaire dans une cicatrice d'appendicite chez un aliéné. C'est le seul cas qu'il ait jamais observé.

M. ARROU a vu un seul cas d'étranglement trois ans après une opération d'appendicite avec drainage. C'est ce dernier qu'il accuse et il déclare que si jamais il devait être opéré d'appendicite il supplierait ses collègues de ne pas le drainer.

Rupture traumatique de la vésicule biliaire. — M. LENORMANT communique une observation de plaie par coup de feu de la vésicule biliaire. Il n'en existe jusqu'ici qu'une seule observation de M. Riche.

M. Lenormant a été appelé comme chirurgien de garde à Cochin auprès d'une jeune fille qui venait de se tirer, à bout portant, un coup de revolver dans l'hypocondre droit, par chagrin d'amour. Le pouls était rapide et il y avait des signes nets de plaie pénétrante de l'abdomen. Il intervint immédiatement, trouva dans le ventre du sang mélangé de bile. L'estomac était plein et non lésé. Il trouva une plaie de la vésicule biliaire et pratiqua la cholécystectomie. Il y avait une perforation d'une languette hépatique qui ne saignait pas. Rien d'apparent à l'intestin, mais en pénétrant plus profondément il trouva une petite plaie de la face postérieure du duodénum qu'il sutura. Guérison, et peu de temps après cette jeune fille épousait celui pour lequel elle avait tenté de se suicider.

Les plaies d'origine traumatique de la vésicule biliaire sont très rares. M. Couteaud, dans un travail, n'a pu en réunir que 13 cas où l'on est intervenu. Il y a peut-être une dizaine d'autres observations depuis ce travail. C'est donc là une blessure rare.

M. Lenormant insiste sur trois points : 1° la fréquence des lésions concomitantes; il faut toujours s'assurer, dans ces cas, de l'état des organes voisins; 2° la symptomatologie, sur laquelle il y a peu de chose à dire ; un seul signe certain c'est l'issue de bile par la plaie ; 3° quant au traitement de la blessure de la vésicule, M. Lenormant, dans son cas, n'a pas hésité à procéder tout de suite à l'ablation de cette vésicule. Il a vu depuis, dans les auteurs, que sur 24 cas on n'a pratiqué que 4 fois la cholécystectomie. Dans tous les autres cas on a fait la suture. Il se demande quel grand intérêt il peut y avoir à conserver une vésicule qui a été lésée. Au point de vue de la rapidité, de la simplicité de l'opération et de la sécurité des suites, il lui semble bien que la cholécystectomie est l'opération la plus simple et la plus bénigne. C'est ce qu'il a fait et c'est ce qu'il referait à l'occasion.

M. CUNÉO est de l'avis de M. Lenormant et croit que la cholécystectomie est la meilleure opération dans ces cas. Il revient, à cette occasion, sur la position à donner au malade et croit qu'il est préférable que le chirurgien se place à gauche du malade incliné sur la droite. Il s'étonne que les frères Mayo continuent à opérer suivant l'ancienne méthode.

M. HARTMANN partage le même étonnement et ne comprend pas qu'on n'adopte pas le procédé de Rio Branco.

M. DELBET reconnaît avoir eu récemment beaucoup de peine à trouver un calcul dans le cholédoque, l'opéré ayant le bassin soulevé par un coussin placé sous les reins. Un de ses collègues qui assistait à l'opération lui disait : « Mettez donc votre malade à plat. » M. Delbet souriait et continuait à chercher le calcul qu'il ne trouvait toujours pas. Il finit par mettre le malade à plat et trouva aussitôt le calcul qu'il put extraire facilement.

L'anesthésie régionale dans la prostatectomie. — M. LEGUEU fait connaître la technique à laquelle il a recours et qui lui a donné de très bons résultats. Son assistant M. Chevassu anesthésiait bien la paroi selon la méthode de Reclus, mais arrivé sur la prostate il était obligé de recourir à l'anesthésie générale. M. Legueu procédait ainsi. Mais depuis quelques semaines, il a changé sa méthode et arrive à d'excellents résultats en procédant de la façon suivante : anesthésie de la peau et de la vessie selon la méthode de Reclus, la vessie doit être très anesthésiée, il faut au moins 6 à 8 centimètres cubes pour les parois vésicales. Arrivé sur la prostate, à l'aide d'aiguilles très longues, très résistantes, de courbure appropriée, il fait sur la courbure de la prostate une série de piqûres étagées et injecte ainsi 8 à 10 centimètres cubes de novocaïne. Ces injections sont faites suivant le plan de clivage où il portera ses doigts pour le décollement de la prostate. Cela demande un certain temps. Pour que l'anesthésie soit obtenue, il faut attendre de vingt à vingt-cinq minutes. Les malades

souffrent un peu de la première piqûre, mais dès la seconde ils ne souffrent plus, chacune des piqûres procurant une anesthésie suffisante pour rendre insensible la suivante. En dernier lieu, on fait une piqûre dans l'urètre et l'énucléation se fait alors très facilement, très rapidement et sans la moindre douleur. La dose totale de novocaïne pour une prostatectomie faite dans ces conditions peut aller à 60 ou 80 centigrammes. Sur 25 malades opérés de prostatectomie, cette anesthésie par voie endovésicale a donné à M. Legueu les meilleurs résultats.

M. Michon a essayé l'anesthésie locale sans en obtenir de très bons résultats. Il était obligé d'y ajouter le plus souvent l'anesthésie générale. Mais il passait par le périné, il injectait de 20 à 30 centigrammes de novocaïne au centième. La sensibilité vésicale persistait, c'est ce qui l'obligeait à recourir au chloroforme. A l'avenir, M. Michon procédera, comme M. Legueu, par la voie endovésicale.

Cystites tuberculeuses. — M. Vinet fait une communication sur le traitement des cystites tuberculeuses par des injections d'acide lactique.

Fistule pharyngo-cutanée. — M. Broca présente une petite malade, avec les radiographies, malade qu'il a opérée il y a huit jours d'une fistule pharyngo-laryngée complète.

Chorio-épithéliome. — M. Faure communique l'observation d'une jeune femme qui, après un accouchement normal en avril 1912, eut une nouvelle grossesse qui se termina en mars 1913 par l'accouchement d'une mole, suivie d'hémorragies; on fit un curettage, les hémorragies se reproduisirent et ne cessèrent plus. Le corps utérin était globuleux. M. Faure fit alors l'hystérectomie. Dans l'intérieur de l'utérus, au niveau de la corne droite, on trouve une petite tumeur ressemblant à un petit fibrome ulcéré. Il s'agit d'un chorio-épithéliome.

M. Lejars en a observé 2 cas. Le premier date de sept ans. C'était une femme qui avait un très gros utérus et perdait beaucoup. M. Lejars fit une hystérectomie totale. Cette malade est restée guérie depuis sept ans. Il s'agissait d'un chorio-épithéliome.

Le second cas ne date que de quatre ans, hystérectomie, après curettage, guérison.

M. Tuffier fait observer que les guérisons après hystérectomie pour chorio-épithéliomes ne sont pas toujours aussi durables. Il cite un cas de chorio-épithéliome vaginal résultant probablement d'une greffe, bien que l'utérus fût vide au moment de l'opération. Cette malade vécut un certain temps sans traces de récidive, mais celle-ci est toujours à craindre.

M. Legueu cite un cas analogue, chorio-épithéliome du vagin, ablation, hystérectomie et découverte d'un chorio-épithéliome intra-utérin. Cette malade est morte de généralisation trois ans après.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 7 MAI 1914)

Hydrocéphalie acquise par méningite ourlienne. — M. Sicard présente un garçon de quinze ans, chez lequel se développa, il y a deux ans, à la suite d'une méningite ourlienne une hydrocéphalie caractéristique avec tétraplégie spasmodique. La pathogénie de ce syndrome paraît reconnaître une épendymite séreuse ou une plexo-choroïdite avec hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien.

Les sections nerveuses chez les cénestalgiques. — MM. Sicard et Haguenau rapportent les cas de plusieurs malades cénestalgiques chez qui les sections nerveuses dirigées contre l'état douloureux n'ont amené aucune sédation. Ils insistent sur le caractère très rapide de la récupération postopératoire de la sensibilité objective tégumentaire dans les territoires tributaires des nerfs sectionnés.

Myopathie unilatérale non héréditaire. — M. Thomas présente un garçon de onze ans, dont le membre inférieur droit grossit depuis deux ans, surtout le molet avec légère enflure le soir. On ne trouve rien du côté des téguments, aucun trouble de la sensibilité; les réactions électriques sont diminuées, secousses plus atténuées sans inversion de la formule, il s'agit probablement d'une myopathie acquise non familiale, paraissant d'origine circulatoire.

Signe de Babinski provoqué par des excitations cutanées autres qu'à la plante du pied. — M. Guillain relate un fait exactement semblable à celui qu'il a montré dans la dernière séance (V. *Gaz. des hôp.*, 1914, p. 732). Une fille de vingt ans, atteinte d'athétose double, ne présente pas le signe de Babinski si l'on excite la plante du pied; on l'obtient par des excitations cutanées sur tout autre point du tégument. M. Thomas rappelle la production du signe chez certains sujets lors de l'effort.

Relations entre la paralysie radiale et la syphilis. — MM. Baudouin et Marcorelles apportent 3 observations confirmant l interprétation de M. de Massary à propos des paralysies à type saturnin (radiales avec intégrité du long supinateur), pouvant relever de la syphilis. Elle est ici prouvée par les réactions de laboratoire, le plomb ne put être retrouvé dans le liquide céphalo-rachidien. Le peu d'efficacité du traitement spécifique s'explique par l'apparition tardive des accidents dix à douze ans après l'infection syphilitique.

Amnésie antéro-rétrograde postémotive. — M. Laignel-Lavastine. La malade, prétentieuse, imaginative, fut prise aussitôt après une colpotomie, sous l'influence de l'émotion provoquée par l'acte opératoire, d'une amnésie antéro-rétrograde diffuse, légère, portant sur les faits récents et qui s'explique par la fatigabilité avec perte de l'attention.

Inversion du réflexe tricipital dans un zona. — MM. Souques et Baudouin montrent un homme de soixante-dix ans, atteint d'un zona des quatre dernières racines cervicales et de la première dorsale, avec intégrité relative de C 5, troubles moteurs et sensitifs, mydriase dans le liquide céphalo-rachidien, 80 centigrammes d'albumine, lymphocytose; l'inversion du réflexe tricipital coïncide avec la conservation de la cinquième, non de la sixième racine cervicale.

Désaccord entre le siège exact d'une lésion médullaire et celui indiqué par la limite supérieure de l'anesthésie. — MM. Dupré, Heuyer et Bergeret. Une femme reçut une balle de carabine que la radiographie montra écrasée contre la lame de D 1. Il résulta un syndrome de Brown-Séquard, mais l'anesthésie ne remontait pas au-dessus de D 6 avec hypoesthésie douteuse jusqu'à D 4; les troubles de la sensibilité osseuse ne vont pas plus haut que la crête iliaque; l'anesthésie ne disparaît pas dans la région sacrée.

Hémi-Parkinson ou lésion lenticulaire? — MM. Pélissier et Morel présentent un homme de trente ans chez qui la rigidité apparut à dix ans, le tremblement à dix-huit dans le côté gauche seulement. Ce cas donne lieu à une discussion animée sans que l'on puisse affirmer s'il s'agit d'un hémi-Parkinson ou d'une lésion lenticulaire. Le syndrome de Wilson est peu probable ici. Il n'y a pas de troubles hépatiques; l'évolution est beaucoup plus lente.

Macrogénitosomie. — MM. Colin et Heuyer présentent un garçon de onze ans d'une taille de 1m55 pesant 60 kilos. Les poils du pubis et des aisselles sont développés, sans encore d'appétit sexuel. Boulimie, arriération mentale considérable; l'état mental est celui d'un enfant de cinq à six ans.

Dans les cinq faits analogues suivis d'autopsie qui ont été publiés, la glande pinéale était atteinte; ici, il y a soudure précoce des épiphyses à la radiographie, pas d'élargissement de la selle turcique, pas de stase. — Cependant MM. SICARD et CLAUDE conseillent de mesurer la pression du liquide céphalo rachidien en raison de la possibilité d'une hydrocéphalie latente.

Ophtalmoplégie périodique. — M. CHATELIN. Il s'agit d'un malade sujet à des migraines et qui, depuis juin 1913, a eu à quatre reprises des crises d'ophtalmoplégie transitoire durant quinze jours. L'occlusion de l'autre détermine des troubles de l'équilibre; il existe de la pulsion du côté malade. Réactions de laboratoire de la syphilis et des méningites négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Paralysie faciale dans le zona. — M. SOUQUES. Ramsay Hunt a montré que, entre les territoires cutanés du trijumeau et des racines cervicales existe une petite zone comprenant la conque et le conduit auditif externe et qui dépend du ganglion géniculé, branche sensitive du facial; il a insisté sur les troubles auditifs, vertiges, bourdonnements, hypoacousie qui accompagnent les troubles sensitifs dans cette zone. Ces troubles ont précédé ici de quinze jours le zona auriculaire. M. Souques se demande si dans les paralysies faciales douloureuses le ganglion géniculé ne serait pas de même atteint. — MM. DÉJERINE et HEUYER ont relaté un fait analogue. — MM. CLAUDE et SCHEFFER aussi. Ces derniers assignent comme cause la poliomyélite postérieure dont parle d'ailleurs Ramsay Hunt.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 8 MAI 1914)

Tumeur pararénale gauche. — M. CATHELIN relate le cas d'une malade qu'il opéra d'une tumeur pararénale gauche diagnostiquée cancer.

Fistule uretéro-vaginale. — M. CATHELIN rappelle l'histoire d'une malade atteinte de fistule uretéro-vaginale gauche postopératoire ayant nécessité, après des explorations multiples, la néphrectomie.

M. LAPOINTE, dans un cas analogue, malgré son peu de confiance dans la conservation du rein, voulut tenter une uretéro-néocystostomie. Après quelques incidents, en particulier le passage d'une certaine quantité d'urine par la plaie, tout s'arrangea et la malade sortit en parfait état; mais le néoméat uretéral ne donne rien, et il est vraisemblable qu'il faudra, comme d'habitude, faire une néphrectomie secondaire.

Mobilisation et assouplissement des scolioses graves. — M. SANDOZ montre que la grande difficulté, dans le traitement des scolioses graves, est la mobilisation et l'assouplissement de la colonne vertébrale; et cela est si vrai qu'on peut dire qu'une scoliose mobilisable est toujours curable. On a proposé le cadre d'Abbott; mais on arrive à des résultats plus rapides et plus commodes par la mobilisation à l'aide des appareils mécanothérapiques Zander. C'est seulement quand le rachis est mobilisé qu'on a le droit de soumettre le malade à la manœuvre d'Abbott et de le plâtrer.

L'auteur présente un corset à ressort qu'il préfère au corset plâtré, parce qu'il est léger, dissimulable sous les vêtements et permet d'exercer une pression élastique et réglable sur la gibbosité.

Du traitement endo-bronchique de l'asthme. — M. GUISEZ rappelle que, d'après les plus récentes données de la bronchoscopie, et en particulier les recherches d'Ephraïm (de Breslau), l'asthme ne doit plus être considéré comme une névrose diathésique de l'appareil respiratoire, mais comme ayant son origine dans une affection des petites bronches, véritable « bronchite desquamative » de celles-ci. L'accès d'asthme est constitué quand les occasions externes et internes se produisent, et l'on pourra agir sur l'asthme si l'on agit sur le catarrhe bronchique. L'auteur a traité systématiquement toute une série d'asthmatiques par la méthode des injections intrabronchiques, faites après anesthésie aussi complète que possible de la trachée, des grosses et des petites bronches; il a toujours obtenu une grande amélioration et même dans certains cas une guérison définitive, comme l'attestent plusieurs malades suivis par lui, et guéris depuis deux ou trois ans sans retour de crises asthmatiques.

M. G. ROSENTHAL donne la préférence aux injections intratrachéales pour lesquelles il utilise une seringue montée sur la canule à fourche qu'il a présentée à la Société de médecine de Paris en 1912, et qui lui permet de faire les injections susglottiques sans anesthésie locale, ce qui est avantageux au moins dans les cas chroniques. Dans les cas où l'accès buccal de la trachée, même avec anesthésie locale, est difficile ou impossible, la trachéofistulisation avec l'aiguille ou la plaque permet de faire les injections. Mais quoi qu'il en soit, l'asthme reste toujours une affection trop complexe pour qu'une thérapeutique locale en ait définitivement raison.

M. HOULIE estime que le traitement médicamenteux, tel que le préconise M. Guisez, agit peut-être en guérissant l'épine irritative pulmonaire quand elle existe.

Du diagnostic chimique de l'appendicite ou de la salpingite. — MM. PERAIRE et BOYET proposent, comme moyen de diagnostic, un procédé qui consiste à rechercher l'acide diacétique dans les urines. La diacéturie a une valeur incontestable dans les affections inflammatoires des trompes et de l'appendice et prouve que les lésions sont en évolution; elle apparaît brusquement avec la crise, régresse parallèlement avec elle et disparaît lorsque les lésions sont éteintes. Cette constatation est des plus importantes, car elle indique à quel moment l'intervention s'impose.

MM. Marcel LABBÉ et S. VITRY ont constaté cinq fois sur treize la diacéturie au cours de l'appendicite aiguë; mais ils pensent que cette diacéturie doit être recherchée par la réaction de Gerhardt au perchlorure de fer; tandis que la réaction d'Ondréjovich a une signification douteuse et est d'une technique délicate dont les limites sont difficiles à préciser. Ils estiment que la diacéturie doit être considérée comme l'indice d'une altération fonctionnelle ou d'une lésion du foie, telle qu'on en rencontre souvent au cours de l'appendicite.

M. GUELPA. L'acétonurie, chez l'homme, est une simple fonction d'autophagie; les sujets soumis au jeûne et à la purgation font presque toujours de l'acétonurie au troisième jour de privation absolue d'aliments.

M. LEMATTE. Avant l'apparition de la température, quand l'organisme prépare un processus inflammatoire, on trouve une rétention chlorurée. Si l'on tient compte des entrées en eau de boisson et sel, on constate que le volume de l'urine est proportionnel aux entrées en eau, mais que les chlorures sont retenus en partie.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE LA COLIQUE HÉPATIQUE (TOPIQUES ET ANALGÉSIQUES)

Contre l'accès douloureux de la colique hépatique, il est d'usage d'employer des topiques calmants et tous les sédatifs de la douleur. Parmi eux, beaucoup sont insuffisants parce que l'on ne proportionne pas les doses à l'intensité des souffrances. Ainsi, l'application des topiques sur la région hépatique est illusoire et d'ailleurs bien difficile en raison de la douleur superficielle empêchant tout contact étranger.

Les applications chaudes ou bien encore les applications réfrigérantes, glace, éther, chloroforme, chlorure de méthyle, rendent quelques services. La pommade belladonée, le salicylate de méthyle seront également employés. Le liniment suivant a des partisans :

Alcoolat de menthe.....
Baume de Fioraventi...
Chloroforme..........
Glycérine.............
} *ââ* 25 grammes.

Bien que les grands bains tièdes à 35 degrés aient souvent des effets calmants, nous ne les conseillons pas en raison des mouvements que l'on est obligé d'imprimer au malade pour le mettre dans le bain et qui peuvent provoquer le retour des paroxysmes douloureux.

Huile d'olive prise à l'intérieur, chloral, éther amylvalérianique ont leurs défenseurs, mais contre la douleur il faut en revenir toujours à l'injection de morphine ou mieux à l'injection d'une ampoule de pantopon.

Le pantopon Roche (opium total soluble) est un sédatif absolument remarquable de la douleur intense de la lithiase biliaire, et on peut le redonner par la suite sans crainte de morphinomanie. Ses effets secondaires sont d'ailleurs moins redoutables que ceux des alcaloïdes de l'opium pris isolément, et il est aussi d'un maniement plus commode.

On a reproché aux opiacés d'arrêter le calcul dans sa migration nécessaire. Cette crainte est mal fondée, car la quantité de morphine et surtout de pantopon employée est trop faible pour agir sur la contractilité des fibres lisses et se borne à la suppression de la douleur.

Le seul reproche à faire à la morphine, c'est de provoquer des vomissements et le collapsus. Cet inconvénient n'existe pas avec l'injection de pantopon, ce qui permet l'utilisation immédiate de ce remède sans adjonction d'atropine.

L'antipyrine est à rejeter, car ses effets analgésiques sont insuffisants. Nous en dirons autant du salicylate de soude, qu'il faut réserver aux intervalles des crises.

Il ne faut jamais employer de purgatifs dans la crise hépatique, car ils provoquent facilement la rupture des conduits biliaires ou l'enclavement des calculs. M. CHEVRIN.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de chirurgie d'urgence (1), par Félix LEJARS.

La septième édition du *Traité de chirurgie d'urgence* témoigne du succès mérité que ne cesse d'obtenir un ouvrage dont il serait ridicule de paraître découvrir aujourd'hui les qualités remarquables. Elle montre surtout le souci qu'apporte le professeur Lejars à tenir ses lecteurs au courant des acquisitions nouvelles de la chirurgie ayant le caractère commun de nécessiter une intervention rapide.

Ces chapitres inédits traitent de la dilatation aiguë de l'estomac, des pancréatites aiguës, de l'oblitération des vaisseaux mésentériques, des sigmoïdites et périsigmoïdites, des luxations du bassin.

La septième édition du *Traité* comporte, en outre, de nombreuses additions de technique et 92 figures nouvelles.

P. CHASTENET DE GÉRY.

(1) Gr. in-8. 7e édit. revue et augmentée. — Paris, Masson et Cie.

NOTE DE THÉRAPEUTIQUE

PNEUMONIE GRIPPALE

Se souvenir que « le danger est au cœur et au rein ». Instituer le régime lacté puis prescrire :

Le premier jour, bromhydrate de quinine (1 gramme à 1g50 à prendre en trois fois le matin, à une heure d'intervalle).

Le deuxième jour, digitale (macération ou infusion).

Les jours suivants, trois à quatre cachets, pro die, de 0g25 de Théosalvose caféinée ou spartéinée (à continuer à doses moindres pendant un certain temps).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

EXAMENS DE DOCTORAT

Mercredi 27 mai. — A trois heures. — 1er fin d'année (histologie, N. R.), *Laboratoire des travaux pratiques d'histologie*, épreuve pratique.

A une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque.*

Jeudi 28 mai. — A trois heures. — 1er fin d'année (histologie, N. R.), *Laboratoire des travaux pratiques d'histologie*, épreuve pratique.

Vendredi 29 mai. — A trois heures. — 1er fin d'année (histologie, N. R.), *Laboratoire des travaux pratiques d'histologie*, épreuve pratique.

A une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque.*

Samedi 30 mai, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re, 2e et 3e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon*.

THÈSES

Mercredi 27 mai, à une heure. — M. ROULTET. Contribution à l'étude des fractures de l'extrémité inférieure du radius, chez l'enfant. (MM. Reclus, président; Roger, Marfan et Zimmern.) — M. HARISTOY. Introduction à l'étude du rôle du cæcum dans la digestion des graisses. (MM. Roger, président; Reclus, Marfan et Zimmern.) — M. PRUVOST. Traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants par les injections de vaccin spécifique. (MM. Marfan, président; Reclus, Roger et Zimmern.)

Jeudi 28 mai, à une heure. — M. MOLLET. Les hémiplégies organiques d'origine diphtérique. (MM. Hutinel, président; Pozzi, Gilbert et Richaud.) — Mlle FEYGIN. Du cancer radiologique. (MM. Hutinel, président; Pozzi, Gilbert et Richaud.) — M. NAFILGAN. Contribution à l'étude expérimentale et clinique du lipoïde homostimulant de l'ovaire. (MM. Pozzi, président; Hutinel, Gilbert et Richaud.) — M. CALVET. La splénectomie dans l'ictère chronique splénomégalique. (MM. Gilbert, président; Hutinel, Pozzi et Richaud.) — M. MAGROU. Les grains botyomycotiques. Leur signification en pathologie et en biologie générales. (MM. Gilbert, président; Hutinel, Pozzi et Richaud.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.
PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 59. — JEUDI 21 ET SAMEDI 23 MAI 1914. 87e ANNÉE. JEUDI 21 ET SAMEDI 23 MAI 1914. — N° 59.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 10 francs par an. Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 19 mai. — MM. Harvier, 18; Tixier, 20; Leconte, 17; Monier-Vinard, 20.

Prochaine séance, samedi 23 mai, à seize heures trente, à l'hôpital Necker.

— CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 19 mai. — MM. Lévy, 18; Chirié, 14; Le Lorier, 20; Lequeux, 15.

Deuxième épreuve clinique. — Séance du 20 mai. — MM. Lévy et Le Lorier, 30.

Le concours se termine par la nomination de MM. les docteurs Le Lorier et Lévy.

— CONCOURS DU PROSECTORAT. — Questions données à l'épreuve écrite :

Anatomie. — Articulation de l'épaule.

Histologie. — Fibres musculaires lisses.

Physiologie. — Phénomènes chimiques de la contraction musculaire.

Pathologie. — Anatomie pathologique, symptômes et diagnostic de l'ostéo-arthrite tuberculeuse de l'épaule.

Lecture des copies. — MM. Lorin, 14; Luzoir, 15; Métivet, 24.

— PRIX CIVIALE. — Un concours est ouvert en 1914, entre les internes titulaires ou provisoires en médecine, pour l'attribution du prix biennal fondé par feu le docteur Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires.

Le prix n'ayant pas été attribué en 1912 sera exceptionnellement, en 1914, de 2000 francs.

Ce travail devra être déposé à l'Administration centrale (service du personnel) avant le 25 novembre 1914, au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires destinés à être présentés pour le concours des prix de l'internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Cordier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS DE L'ADJUVAT. — *Epreuve orale.* — Question donnée : « Muscles de l'éminence thénar et leurs nerfs. »

Séance du 19 mai. — MM. Caudrelier et Monod, 17; Mossé, 16.

Prochaine séance, samedi 23 mai, à quatre heures quarante-cinq.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — M. Bosc, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé, sur sa demande, professeur de pathologie et thérapeutique générales à ladite Faculté (chaire de M. Grasset, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite).

— NANCY. — M. Etienne, professeur de pathologie générale et pathologie interne à la Faculté de médecine de Nancy, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale à ladite Faculté (chaire de M. Spillmann, décédé).

CONCOURS DE MÉDECINS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Lecture.* — Séance du 19 mai. — MM. Tara, 9 + 13 = 22; Théry, 12 + 16 = 28; Bourdette, 9 + 17 = 26.

Séance du 20 mai. — MM. François, 13 + 15 = 28; Pasquet, 10 + 13 = 23.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Cabanes (de Tanger), Desjardins (Abel), fondateur de l'hôpital français de Rothschild à Casablanca, et Murat (de Fez).

LA RÉFRIGÉRATION DANS LES HOPITAUX DE PARIS. — Le docteur Lortat-Jacob vient de communiquer à la section d'hygiène et de médecine de l'Association française du froid les résultats d'une intéressante enquête qu'il a faite sur l'utilité de la réfrigération dans les hôpitaux de Paris.

Si l'on excepte l'hôpital Cochin, l'hôpital de la Pitié, qui viennent d'être reconstruits et améliorés, et l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, tous les hôpitaux de Paris sont dépourvus de chambre froide permettant d'assurer la conservation des denrées alimentaires et des cadavres. Au cours de l'été, dans certains hôpitaux parisiens, plus de mille litres de lait sont perdus chaque jour, faute d'une installation convenable. Dans d'autres établissements on trouve de petites glacières, dues, pour la plupart, à l'initiative et à la générosité des chefs des services. L'enquête a déterminé les quantités moyennes par jour des denrées périssables nécessaires à certains grands hôpitaux, ainsi que le nombre moyen de cadavres par jour.

M. Jacquin a fait observer que pour les anciens hôpitaux on peut remédier au défaut d'installation frigorifique en aménageant une glacière pour les denrées alimentaires. En ce qui concerne les cadavres, leur conservation pourrait être assurée par l'emploi de boîtes isolatrices surmontées d'un réservoir à glace.

DES NOTIONS D'ANATOMIE CHIRURGICALE APPLICABLES AU TRAITEMENT DIRECT DE LA

SYMPHYSE CARDO-PÉRICARDIQUE

Par le Professeur E. DELORME,
Membre de l'Académie de médecine.

Si, pour certaines opérations chirurgicales, la connaissance précise et pratiquement acquise des dispositions anatomiques de la région à parcourir n'est pas toujours indispensable, il ne saurait en être de même pour l'opération de la cardiolyse directe.

Un chirurgien qui, avec le doigt, son principal guide et son instrument, va suivre un péricarde pariétal pour en détruire les adhérences, ce chirurgien doit imperturbablement connaître les obstacles naturels qu'il est appelé à rencontrer. Ces obstacles à respecter, il ne faut pas qu'il puisse les confondre avec ceux, accidentels et pathologiques, qu'il a à dissocier ou à détruire. Quelle lourde faute si entre les uns et les autres il laissait s'établir une confusion! Des gros pédicules vasculaires comptent parmi ces obstacles normaux; il doit en connaître exactement la position, les dimensions, la direction, les résistances. Des diverticules péricardiques qu'il a à pénétrer, le siège exact doit être, pour lui, de notion non moins sûre. Pour qu'il puisse supputer l'étendue de l'index qu'il a à y pousser et à y mouvoir, la profondeur, la largeur de ces diverticules doivent lui être familières. Il y a des mésos à ménager, des dépressions à dégager, des arêtes cloisonnantes ou fixatrices normales à conserver. Où se trouvent ces mésos, ces dépressions, ces arêtes qui ne sont pas des brides? Ne faut-il pas les avoir bien recherchées sur le cadavre pour les retrouver dans un péricarde transformé, masqué, obturé par des processus pathologiques? Ce n'est qu'après avoir acquis, sur le cadavre, et encore, plus par le toucher que par la vue, une connaissance parfaite du terrain sur lequel il doit agir qu'il songera, s'il est prudent, à traiter les lésions pathologiques intrapéricardiques, mais, par contre, s'il possède ces notions, sûr de lui, il les abordera avec confiance et sans arrière-pensée.

Ce n'est pas avec des schémas qu'un doigt est *conscient* de son rôle, qu'on me passe cette expression. Il lui faut l'étude concrète et vraie, l'exercice renouvelé des sensations à percevoir.

L'étude que, pour mon sujet, je vais reprendre a été trop négligée par le chirurgien; la raison en est qu'il n'en saisissait pas l'intérêt. Cet intérêt s'est concentré jusqu'ici sur les détails utiles pour les opérations de ponction et d'incision du péricarde, c'est-à-dire pour des interventions partielles et portant sur la face *antérieure*. Au nouveau champ médical que nous cherchons à envahir, il faut l'adaptation, la remise au point de données anciennes, celle de notions imprécisées, méconnues, la recherche de notions nouvelles. L'anatomie descriptive relègue ici, au second plan, des détails qui sont pour nous de premier ordre. On ne peut s'étonner que ses descriptions ne se soient pas arrêtées à ces détails, pour nous très intéressants, parce que fort utiles. N'est-elle pas faite pour préparer les voies à l'anatomie chirurgicale? Or, celle-ci n'a d'exigences nouvelles que quand elle crée des opérations nouvelles et ce n'était pas ici le cas. Ma description est la reproduction de ce que m'a appris le cadavre; c'est lui, mon acte opératoire et l'anatomie pathologique qui m'en ont fait chercher les éléments. Il ne s'agit pas là d'une compilation, d'une adaptation de *circonstance*, mais d'une conception parfois originale que le lecteur a tout intérêt à suivre parce qu'elle est *vécue*.

La région n'a rien de compliqué; ses dispositions sont simples, constantes, mais, ne l'oublions pas, ce n'est pas avec l'œil qu'on a à la suivre; c'est avec le doigt, c'est-à-dire avec un moyen d'exploration peu usité. Nous allons voir que parfois ce doigt aveugle a plus le sentiment du chemin qu'il parcourt que l'œil lui-même; j'en fournirai un exemple des plus démonstratifs lorsque j'étudierai le péricarde supéro-postérieur.

Le PÉRICARDE, dit-on, a la forme d'une poire aussi large que haute (12 à 14 centimètres). Cette comparaison en vaut une autre. Sa base se prolonge sans doute dans le sinus costo-diaphragmatique inférieur, mais envisagée massivement, et pour ce qui nous intéresse ici, elle correspond au dôme diaphragmatique, c'est-à-dire à un plan passant par le bord supérieur du sixième cartilage costal gauche, ou à la base de l'appendice xiphoïde. Ainsi comprise elle dépasse en bas, de la hauteur d'un cartilage, le niveau de la base du cœur. On lui donne, en bas, sur l'adulte 7 à 8 centimètres depuis le bord sternal gauche, et sa limite droite est à 2 centimètres en dehors du bord sternal droit.

Son sommet arrondi, qui répond exclusivement en avant, aux trois gros vaisseaux, remonte très haut, jusqu'au milieu du manubrium, jusqu'au milieu de la première pièce du sternum, dit-on, d'après Schka, un peu plus haut encore, c'est-à-dire au niveau du tiers supérieur du manubrium, si j'en juge par certaines dissections personnelles. Qu'importe! le doigt atteindra son cul-de-sac supérieur si la brèche faite pour l'atteindre est bien conçue.

On lui distingue *cinq* plans ou faces :

Ses plan *droit* ou face droite, arrondis, modelés sur le cœur, sont sommairement verticaux, ils sont distants d'un bon travers de doigt du bord droit du sternum.

Ses plan *gauche* ou face gauche s'étendent approximativement de la deuxième articulation chondro-sternale à un point situé un peu en dedans du mamelon gauche.

Ses plan ou face *antérieure* prolongés de la *base* au sommet s'unissent aux plans latéraux; ils sont plus larges que le plan *postérieur*. Le sac se rétrécit en effet en arrière : les mouvements, les déplacements normaux et excessifs du cœur s'exécutant surtout latéralement et vers le plan antérieur.

Sur le cadavre, la cavité paraît excessive, c'est

celle d' « un vêtement mouillé et trop grand », disait pittoresquement Poirier. La face antérieure du cœur est souvent distante de la paroi costo-péricardique de la longueur d'une phalange. Enveloppe de certains cœurs dilatés et hypertrophiés, il est plus vaste encore et paraît énorme; on y accède facilement, on y engage alors très aisément, trop aisément même, les doigts et des instruments. S'il n'épouse pas alors exactement la surface du cœur et ses contours, c'est que le cœur du cadavre, sain ou malade, est revenu sur lui-même en systole, il ne faut pas l'oublier. Il n'en serait pas ainsi sur le vivant. Il n'en serait pas sûrement ainsi dans les cas de symphyse.

Ses dimensions varient sans doute avec l'âge des sujets, mais les repères varient concomitamment, en sorte que certains des tracés limitatifs que j'ai rappelés ne peuvent se trouver en défaut. Ces dimensions variant également avec les états pathologiques, la chose paraît plus préoccupante au premier abord; elle ne l'est pas en réalité, car l'examen clinique, la percussion et la radiographie ont arrêté les dimensions du cœur sur le malade en observation et ces dimensions sont approximativement celles du péricarde. On est donc fixé et il faut chercher toujours à l'être; il est à peine besoin de le faire remarquer.

Flaccide et très molle sur beaucoup de cadavres, transparente habituellement sur le vivant, la membrane péricardique ne l'est plus chez les symphysés; elle est, chez eux, résistante, le plus souvent opaque. Je dirai plus tard les lésions qu'elle présente.

Si par un large volet thoracique à charnière externe comprenant les cartilages des quatrième, cinquième, sixième côtes, voire une partie du sternum pour se donner autant de jour qu'il en faut, non pour une intervention, mais pour une vérification, une démonstration des plus faciles, si par ce volet on se donne accès sur le péricarde et qu'on écarte les bords de la longue incision antérieure que ce volet permet de tracer, on se rend compte de la régularité parfaite de la face interne du plan antérieur, qui recouvre, de droite à gauche, l'oreillette droite, son auricule, le ventricule droit, les trois gros vaisseaux de la base.

A sa limite *droite*, ce plan antérieur se continue, en s'arrondissant avec la face latérale droite, rectiligne et verticale dans son ensemble, comme je l'ai dit, en fait un peu courbe à concavité interne. Ce plan latéral droit recouvre l'oreillette droite et les troncs des veines cave supérieure et inférieure qui la prolongent en haut et en bas.

A la jonction de la face latérale droite et de la face postérieure du péricarde se trouve le long *sinus* droit, continu, des veines caves, de l'oreillette droite et des diverticules des veines pulmonaires (*sinus latéral droit*). Avec ces vaisseaux commencent les irrégularités de surface sur lesquelles je reviendrai.

A *gauche*, à la face antérieure fait suite, par un angle arrondi, la face ou plan latéral *gauche* obliques de haut en bas et de dedans en dehors, suivant la ligne chondro-mamelonnaire que j'ai indiquée. La surface de ce plan est comme celle des deux autres, régulière, sans saillie, tendue. Elle est en rapport avec la surface endopéricardique de la pointe du cœur, du bord gauche, de l'auricule gauche, de l'artère pulmonaire, de l'orifice gauche du canal transverse. Elle se continue à angle bien arrondi avec la face postérieure du péricarde sur toute la longueur du bord ventriculaire gauche. A la hauteur des veines pulmonaires gauches, soit vers le milieu de la longueur de cette face, elle ne communique plus avec la face postérieure et forme un sinus (*sinus latéral gauche*).

Chaque face latérale a donc son sinus; à droite celui-ci a *toute l'étendue de cette face*, à gauche la *moitié supérieure*.

A l'encontre du plan antérieur continu et des plans latéraux, irréguliers seulement au niveau de leurs sinus, les plans ou faces inférieurs et surtout postérieurs présentent plus d'obstacles normaux et d'irrégularités.

Le plan ou face *inférieurs* arrondis comme le dôme diaphragmatique auquel ils adhèrent fortement, se continuent librement en avant avec le plan antérieur, librement à gauche avec le plan latéral gauche, à droite dans une faible étendue seulement avec le plan latéral droit.

Le tronc de la veine cave et son méso l'arrêtent à droite.

Le plan ou face *postérieurs* comprennent deux portions, l'une inférieure qui fait partie de la cavité péricardique inféro-postérieure, l'autre qui fait partie de la cavité supéro-postérieure.

La première de ces parties qui se continue par un angle très mousse avec le plan inférieur présente une surface très concave transversalement et verticalement. Sur le cadavre, après l'ablation du cœur et la section des vaisseaux pulmonaires à leur sortie péricardique, on constate que les deux diamètres de cette surface sont sensiblement égaux (8 centimètres, quatre travers de doigt chez l'adulte). Son sommet supérieur se rétrécit et s'arrondit.

La description de la deuxième portion supérieure du péricarde postérieur ne peut être séparée de celle de sa cavité.

On doit distinguer au péricarde trois grandes cavités :

1° *La grande cavité antéro-latérale;*
2° *La cavité inféro-postérieure;*
3° *La cavité supéro-postérieure.*

C'est la première que médecins et chirurgiens ont jusqu'ici envisagée; la seconde a déjà moins attiré leur attention; la troisième n'a pour ainsi dire pas d'histoire. Je vais les parcourir successivement sans oublier que ma description a, avant tout, un but précis, celui de faciliter les manœuvres de la cardiolyse directe.

I

GRANDE CAVITÉ ANTÉRO-LATÉRALE

A la face profonde de la paroi ou plan antérieur du péricarde correspond la *grande cavité péricardique antéro-latérale*.

De la moitié du manubrium en haut, elle se prolonge en bas, au-dessous de la face inférieure du cœur, au-dessous même du dôme diaphragmatique.

A *droite*, elle prend fin dans le sinus cavo-auriculaire, et s'y arrête. Là, la cavité antérieure ne communique pas avec les cavités postérieures et en particulier avec la *cavité gauche inféro-postérieure.* Le méso des caves, mal interprété par certains, intercepte ici toute communication. A *gauche*, cette vaste cavité, en contournant le bord du ventricule gauche, s'abouche, au contraire, largement avec la cavité gauche inféro-postérieure dans la *moitié* inférieure de sa hauteur. Au-dessus, la communication avec cette cavité est interceptée. Par contre, le sinus gauche communique, par l'ouverture gauche du canal transverse, avec la *cavité gauche supéro-postérieure*.

Au niveau du bord inféro-antérieur du cœur, du bord du ventricule droit, la grande cavité péricardique communique largement avec la *cavité inféro-postérieure*.

Jusque-là le parcours par le doigt de la face intérieure du péricarde normal se fait sans obstacle et la compréhension des dispositions qu'affecte le sac est aussi facile que son parcours. Par contre la compréhension et le parcours sont un peu plus délicats lorsqu'il s'agit : 1° de la *cavité inféro-postérieure* et surtout 2° de la *cavité supéro-postérieure*.

Pour bien saisir les dispositions du péricarde dans les *cavités postéro-inférieure* et *postéro-supérieure*, et ses rapports, il est bon de se remémorer la place occupée par chaque cavité cardiaque et les troncs vasculaires qui y aboutissent ou en partent.

a. Que du milieu de la hauteur de la face postérieure du péricarde, on rapproche par la pensée, sans l'y fixer, l'*oreillette gauche*, gros globe arrondi de la grosseur d'une grosse pomme représentant, pour ainsi dire, à lui seul, toute la face postérieure du cœur, et que, de *chaque côté* de l'hémisphère postérieur de cette oreillette, on en fasse partir, sur le même plan, deux gros troncs vasculaires des dimensions d'un index, distants l'un de l'autre d'une moindre mesure, ces quatre troncs qui sont ceux

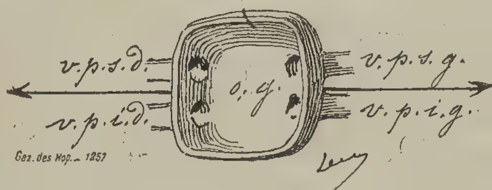


Fig. 1 (*schématique*). — *o, g*. Oreillette gauche avec les vaisseaux de son hémisphère postérieur; — *v, p, s, d*. Veine pulmonaire droite supérieure; — *v, p, i, d*. Veine pulmonaire droite inférieure; — *v, p, s, g*. Veine pulmonaire gauche supérieure; — *v, p, i, g*. Veine pulmonaire gauche inférieure.

des *veines pulmonaires*, à trajet intrapéricardique très court, de quelques centimètres seulement, vont établir avec l'oreillette gauche deux plans ou cloisonnements dans la cavité péricardique, l'un antérieur à eux qui fera partie de la grande cavité antérieure déjà décrite; l'autre postérieur qui fera partie de la cavité postéro-inférieure qui est à décrire. Le péricarde, en effet, jette sur ces quatre troncs vasculaires un double voile. L'antérieur s'ondule sur la moitié antérieure de ces vaisseaux, puis se déprime dans leur intervalle, donnant lieu à des dépressions régulières, en doigt de gant, profondes d'un centimètre environ, dans lesquelles l'extrémité d'un index s'engage; l'autre voile, suite du premier, sur la face postérieure ou profonde de ces vaisseaux, épouse, en s'ondulant, cette moitié postérieure, se déprime et forme méso dans leur intervalle comme l'avait fait en avant le voile antérieur.

Ces quatre troncs des veines pulmonaires et leurs mésos vont constituer autant d'obstacles à la progression du doigt qui, arrivé sur eux, a à les respecter.

Après avoir tapissé la face postérieure de ces vaisseaux, le péricarde viscéral recouvre la face postérieure de l'oreillette gauche dans toute son étendue, jusque près de son bord supérieur où il se replie, formant ligne régulière, pour se jeter sur les organes du médiastin postérieur, constituer sa paroi postérieure, son plan postérieur. Le repli régulier dont il vient d'être question, c'est la limite supérieure, le fond de l'impasse de la cavité péricardique postéro-inférieure. Ce cul-de-sac a un nom en anatomie descriptive, c'est le *cæcum de Haller*.

Avant d'aller plus loin — qu'on me passe ma digression — je rappellerai que le cœur, ballant comme une cloche, a dans ses quatre troncs veineux pulmonaires, courts, forts, quelque peu élastiques, les ardillons qui le fixent à sa monture, au hile médiastino-pulmonaire, les axes autour desquels la cloche pivote et qui permettent de grands déplacements de bas en haut, sans dommage pour son fonctionnement, comme l'ont maintes fois constaté les chirurgiens, dans les interventions nécessitées par l'obturation de ses plaies. Dans mon opération on est aidé par cette mobilité antéro-postérieure.

b. Sur la surface droite du globe de l'oreillette gauche, à paroi charnue, résistante, d'autant plus épaisse qu'on se rapproche davantage de son ventricule, appliquons par la pensée la misérable oreillette droite, aux parois déjà si minces et si dépres-

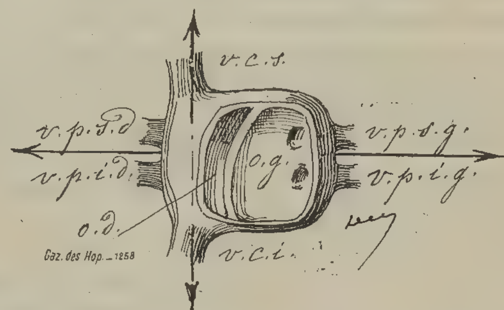


Fig. 2 (*schématique*). — *o, g*. Oreillette gauche; — *o, d*. Oreillette droite séparée de la gauche par sa cloison; — *v, c, s*. Veine cave supérieure; — *v, c, i*. Veine cave inférieure.

sibles en systole, flasques et revenues sur elles-mêmes sur le cadavre, susceptibles d'expansion, mais aussi d'un surcroît d'amincissement en diastole. Cette oreillette placée sur un plan antérieur à l'oreillette gauche ne saurait jouer dans les rapports péricardiques le rôle de cette dernière; c'est la région dangereuse pour le chirurgien; c'est une ré-

gion à contourner, mais à ne pas attaquer de front si, sur sa paroi, on doit porter quelque effort de traction.

La paroi antérieure de l'oreillette droite correspond à la grande cavité péricardique antérieure. A la partie la plus haute de cette paroi, près de la base de la cave supérieure, se trouve son auricule. Sa surface externe ou droite, très renforcée, fait partie du canal des caves et limite en dedans le grand sinus cavo-auriculaire. C'est là, pour nous, son principal intérêt, aussi je vais m'y arrêter.

A l'angle supéro-externe de l'oreillette droite aboutit un tronc veineux, gros comme un pouce, quand il est dilaté, court, puisqu'il n'a que 2 à 3 centimètres de longueur dans son parcours intrapéricardique, élastique et susceptible de quelque peu s'étirer de haut en bas, c'est la *veine cave supérieure*.

De l'angle inféro-externe de cette oreillette droite, continuant, somme toute, le plan du trajet de la cave supérieure, se détache un autre tronc veineux, de mêmes dimensions diamétrales, court comme lui, dans son trajet intrapéricardique. C'est la *veine cave inférieure*, laquelle, en traversant l'orifice que le diaphragme lui ménage, contracte avec cet orifice, on le sait, surtout en dedans, de solides adhérences.

Entre ces deux caves, à parois résistantes, se trouve la partie droite de la surface de l'oreillette, la limite droite du cœur. On constate qu'entre ces deux caves la *paroi auriculaire*, en dehors, *n'est pas musculaire mais fibreuse;* elle n'a ni la couleur rosée, ni l'aspect fasciculaire à faisceaux dissociés, du reste, de cette paroi; elle est opaque, bleutée, lisse, veineuse ; elle paraît avoir la résistance des veines qu'elle relie, qu'elle continue, en sorte qu'on pourrait dire que les *caves se continuent en dehors* et à travers cette oreillette par un *demi-canal* plus résistant que ne l'est l'oreillette même. C'est sur le *demi-canal* veineux que s'insèrent les fibres musculaires.

Pourquoi cet aspect, cette singulière disposition qui, par sa solidité, autorise les tractions et les pressions du chirurgien alors que si près de là, les résistances auriculaires sont si minimes ? Est-ce parce que ce système des caves et son lien intermédiaire est à la fois un canal veineux et l'axe des mouvements cardiaques latéraux ? Est-ce la résultante de tractions diaphragmatiques incessantes ? Je ne peux pas m'arrêter davantage sur des considérations, accessoires ici.

Dans les courts et solides troncs transversaux de ses veines pulmonaires; le cœur, cloche ballante, a un *axe horizontal* autour duquel peuvent s'effectuer de grands mouvements antéro-postérieurs, des mouvements, oscillations ou propulsions, de bas en haut et de haut en bas. La non moins courte, la non moins solide colonne fibreuse cavo-auriculaire représente, pour lui, un axe, un *axe vertical* pour ses mouvements de gauche à droite et de droite à gauche habituels.

On se souviendra, au cours de l'opération, de la disposition de ce pivot vertical et des déplacements qu'il autorise.

L'oreillette droite accolée à l'oreillette gauche, qui a pris toute sa place en arrière, s'est forcément développée à droite et en avant; ses veines caves sont donc sur un plan antérieur aux veines pulmonaires droites et aussi à l'artère pulmonaire droite; or comme un *méso continu* s'étend de la partie postérieure de la cave supérieure, pour gagner celle de la cave inférieure en se continuant longitudinalement sur l'oreillette, il en résulte que, dans le long sinus que ce méso limite en dedans et qui, là, sert de cloison limitrophe de la cavité péricardique inféro-postérieure, la cave supérieure et l'oreillette recouvrent l'artère pulmonaire droite et les veines pulmonaires droites.

Il ne faudrait donc pas s'attendre à aborder, par le côté droit, la cavité péricardique inféro-postérieure ; le méso cave s'y opposerait; il est continu et résistant et, si j'en juge par mes examens, il n'y aurait pas de solution de continuité, même partielle, au-dessus du tronc de la cave inférieure comme on l'a avancé.

c. Prolongeons en avant l'oreillette gauche, immuablement arrêtée par ses troncs veineux, prolongeons-la par le gros ventricule conique gauche, lisse et libre, excepté à sa base et en avant ; prolongeons aussi en avant l'oreillette droite par son ventricule droit qui s'applique sur le ventricule gauche, surtout en avant et à droite, comme l'oreille droite avait déjà coiffé l'oreillette gauche, et j'en aurai fini avec la segmentation schématique du cœur que j'ai jugé opportun d'invoquer, pour la compréhension de ma description.

J'arrive à ses gros vaisseaux. Délaissant volontairement leurs dispositions plus profondes et à m'en tenir aux constatations apparentes : de la base du cœur au sommet du péricarde, l'aorte monte dans l'axe sternal, volumineuse, épaisse, résistante, gardant presque son calibre même sur le cadavre, large de deux travers de doigt. C'est elle seule qui atteint le sommet du péricarde. Elle dépasse en avant la veine cave supérieure à laquelle elle est accolée à droite, et pendant que celle-ci traverse la paroi péricardique, après un court trajet, l'aorte continue le sien dans la cavité jusqu'à son sommet. Elle sort du péricarde à la limite de sa portion verticale et de sa crosse. A sa gauche, l'aorte est très solidement unie à l'artère pulmonaire, plus courte qu'elle, presque aussi large, moins résistante, gardant cependant son calibre. L'aorte a donc deux grosses satellites. C'est au niveau de la bifurcation de l'artère pulmonaire que le sommet du péricarde se réfléchit à gauche. Ce niveau est à peu près celui de la réflexion péricardique sur la veine cave ; il est inférieur de deux travers de doigt au sommet péricardique aortique.

II

CAVITÉ PÉRICARDIQUE INFÉRO-POSTÉRIEURE

La *cavité péricardique* INFÉRO-POSTÉRIEURE correspond à la face inféro-postérieure du cœur. Virtuelle ou réelle suivant son état de vacuité ou de réplétion, elle s'insinue entre le dôme diaphragmatique et la face inférieure des ventricules; au-dessus d'eux,

entre la face postérieure de l'oreillette gauche, celle de ses gros troncs vasculaires et la face postérieure du péricarde.

Soulevons le cœur un peu en avant, à gauche mais surtout en haut sur le cadavre, légèrement, avec précaution, comme tous les anatomistes le recommandent et mettons-nous bien au jour, que constatons-nous ?

Un *grand hiatus* en avant, lequel hiatus se prolonge par un *profond cul-de-sac tunnellisé*, dirigé directement en arrière, puis en arrière et en haut.

L'*hiatus*, c'est l'espace compris entre la paroi inférieure des ventricules droit et gauche, à surface lisse sillonnée d'avant en arrière par les gros troncs des coronaires, en haut et en bas la paroi diaphragmatique. Sur les côtés il est limité par de gros piliers vasculaires. Cet hiatus a une direction oblique de droite à gauche et d'avant en arrière ; c'est dans cette direction que les doigts, sur le vivant, devraient s'engager et ils le feraient très librement. Par ses côtés antérieur et gauche l'hiatus cardo-diaphragmatique se confond avec la grande cavité péricardique antérieure. On y a donc facile accès.

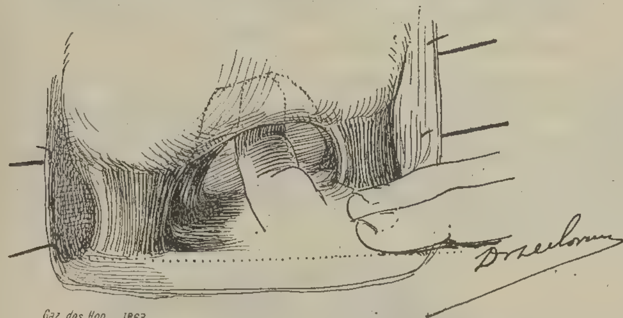


FIG. 3. — *Cavité péricardique inféro-postérieure.* — *A droite* du sujet (gauche de la figure) premier pilier formé par la veine cave inférieure.
Deuxième pilier en arrière formé par la veine pulmonaire droite inférieure. Entre les deux piliers, un cul-de-sac ; nouveau cul-de-sac à la base de la veine pulmonaire droite inférieure.
A gauche, le premier et le deuxième piliers formés par les veines pulmonaires gauches supérieure et inférieure. L'index droit, engagé par sa dernière phalange dans le cæcum de Haller, le parcourt transversalement.
Deux doigts précisent l'écartement antéro-postérieur compris entre le plan du premier pilier droit et celui du premier pilier gauche.

A partir de la partie basse de la face inférieure des oreillettes, surtout de la droite, commence le *tunnel*, un tunnel à voûte surbaissée dont les piliers et la voûte sont, pour ainsi dire, fixes, c'est-à-dire dont les dimensions, en hauteur comme en largeur, bien appréciables sont peu variables.

L'*ouverture de l'hiatus, du cul-de-sac tunnellisé*, correspond très exactement à ses piliers droit et gauche. Le droit, c'est la *veine cave inférieure* ; le gauche, la *veine pulmonaire inférieure gauche* ; la *voûte*, c'est la face postérieure de l'oreillette gauche, devenue supérieure du fait du déplacement du cœur.

Comme l'oreillette droite est antérieure à la gauche et que d'un autre côté la cave inférieure correspond à la partie la plus déclive de l'oreillette droite, il en résulte que le pilier droit n'occupe pas le même plan que le gauche représenté par la veine pulmonaire inférieure gauche. Il est à la fois et plus bas et plus en avant que le pilier gauche et est séparé de lui par la largeur de deux doigts (voyez fig. 3). On se rend compte ainsi de la direction du plan d'ouverture du cul-de-sac, direction très oblique d'avant en arrière et de droite à gauche, et son hiatus franchement reporté à gauche. Et comme la cave inférieure, quelque courte qu'elle soit, est plus haute que les veines pulmonaires gauches, vite fixées contre le péricarde postérieur, on s'explique que la voûte soit plus haute à droite qu'à gauche. Pour que la voûte soit régulière, il eût fallu que ses piliers soient, à droite comme à gauche, constitués par les veines pulmonaires, d'égales dimensions.

D'intervalle entre chaque ligne de piliers, on peut compter trois travers de doigt ; de hauteur de voûte, un bon doigt; le premier pilier droit a la largeur du pouce, le gauche, celui de l'index.

Testut a donné à la profondeur du tunnel mesurée en bordure de ses piliers : 6 centimètres et demi à droite, 5 centimètres à gauche. J'ai vérifié ces dimensions ; mes mensurations sont concordantes.

Une fois commencée, la voûte tunnellisée se continue régulière. A *droite*, ses *piliers* sont constitués successivement par la cave inférieure, puis, dans l'espace qui la sépare de la première veine pulmonaire droite, par le méso cave; après se succèdent les deux veines pulmonaires et entre elles se continue le méso. A *gauche*, les *piliers* sont représentés par les deux veines pulmonaires gauches et dans leur intervalle par leur méso devenu vertical du fait du relèvement du cœur. Le *tablier*, c'est surtout la face postérieure de l'oreillette gauche. Nous savons qu'elle est épaisse et résistante. Le doigt pourra donc agir sans crainte dans le cul-de-sac tunnellisé. Le *plancher*, c'est le péricarde postérieur, ramené à une position horizontale d'abord, puis oblique en arrière, du fait de la traction exercée sur le cœur. Sur la ligne médiane, le péricarde postérieur recouvre l'œsophage au trajet linéaire et axile et à gauche l'aorte descendante qui déborde un peu à gauche l'œsophage.

Quand le péricarde, qui s'est enfoncé dans la voûte et l'a tapissée, arrive au-dessus des deux veines pulmonaires supérieures, il se prolonge vers la partie supérieure de l'oreillette gauche jusque près de son bord supérieur. Cela fait, il se réfléchit pour devenir postérieur, tapisser le sol du cul-de-sac, et latéralement les piliers. Le fond du cul-de-sac a reçu le nom du *cæcum de Haller*. L'index engagé à fond dans le cul-de-sac tunnellisé se déplace transversalement dans le cæcum qui à 4 centimètres de largeur. Il sent aisément un autre doigt dirigé à la partie inférieure du canal transverse dont je vais préciser le siège. L'arrière-fond de la *cavité péricardique postéro-inférieure* et le *cul-de-sac péricardique inférieur du canal transverse*, c'est-à-dire la partie la plus déclive de la cavité péricardique *postéro-supérieure* sont donc contigus.

III

CAVITÉ PÉRICARDIQUE SUPÉRO-POSTÉRIEURE

La *cavité péricardique postéro-supérieure* n'a pas encore une place suffisante dans l'anatomie chirurgicale de la région. Trop dédaignée de l'anatomie

descriptive, jamais explorée par les anatomo-pathologistes, mal conçue, incomplètement décrite sous le nom de canal de Henle ou canal transverse, elle a, en réalité, la forme d'un L et comprend un long diverticule vertical post-aortique méconnu, la *gouttière aortique*, et un diverticule post-aortico-pulmonaire, le *canal transverse*.

Ma désignation de cavité péricardique supéro-postéro-postérieure n'est pas uniquement un mot nouveau résumant une description connue, c'est une compréhension plus vraie, plus complète et plus pratique de ce qui existe (1).

Gouttière aortique. — Que sur le cadavre, l'index gauche répondant à l'angle supérieur et interne d'un volet thoracique comprenant le troisième cartilage costal, que cet index, après avoir été résolument porté, pulpe en arrière, de bas en haut, suivant l'axe sternal, sur la face antérieure de l'aorte jusqu'à la limite du cul-de-sac supérieur du péricarde (lequel répond, je le répète, à la partie moyenne ou plutôt au tiers supérieur de la première pièce sternale, c'est-à-dire très haut), soit ensuite déplacé la pulpe vers la droite, sans secousse, il sent bientôt une *arête* mousse, d'une dureté presque cartilagineuse, régulière, impressionnant plus de la moitié de la largeur de cette pulpe. C'est le *bord droit, libre, de l'aorte.* En parcourant ce bord de haut en bas, axilement, on le sent légèrement concave de haut en bas et de droite à gauche.

Qu'on récline ce bord vers la gauche avec un instrument mousse pour bien voir ce qu'il masque, ou plutôt qu'on insinue sous lui l'index comme on le ferait sur le vivant pour dégager des adhérences, on peut, depuis la partie supérieure jusqu'à la partie libre, la plus basse, de l'aorte, soit un peu au-dessous de la limite de la base du cœur, constater que sous la *face profonde* de ce vaisseau règne une *gouttière* lisse, de surface péricardique, large de plus d'un gros travers de doigt, longue de quatre (8 centimètres) *sur laquelle reposent les trois quarts de la face postérieure de cette aorte.* C'est la *branche verticale* de L qui, dans son ensemble, représente la cavité péricardique supéro-postérieure. Pourquoi cette gouttière ne loge-t-elle que les deux tiers de la face postérieure de l'aorte? C'est que son dernier tiers, uni au tronc de l'artère pulmonaire a un *méso*, une gangue fibreuse extrapéricardique depuis la limite supérieure de la gouttière jusqu'à son quart inférieur, jusqu'au canal transverse.

A droite le plan péricardique droit, la veine cave supérieure, puis la partie supérieure de l'oreillette droite; à gauche le méso aortico-pulmonaire en constituent les limites.

Le doigt qui parcourt cette gouttière en attirant légèrement à lui l'aorte en avant, éprouve, en bas, la résistance d'une *arête* ferme, très oblique de haut en bas et de droite à gauche. En y regardant, sur le cadavre, on constate que c'est le *bord libre de l'auricule droite* tendue de la cave supérieure à la base de l'oreillette droite. Qu'on suive cette arête, en arrière et de haut en bas, pulpe en avant, la pulpe glisse sur toute une face triangulaire, lisse, à base inférieure, ayant la hauteur d'une phalange. C'est la face postérieure de l'auricule. Ce que faisant, le doigt a pénétré dans un cul-de-sac limité, en avant par l'auricule, à droite par la cave supérieure, à gauche par l'aorte.

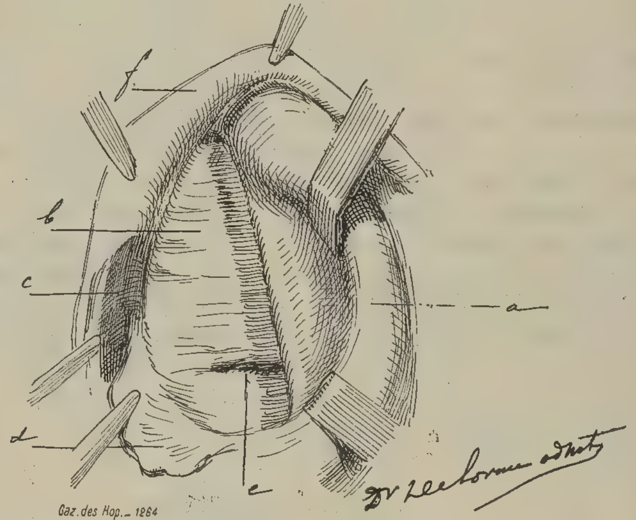


Fig. 4. — *Gouttière post-aortique.* — *a.* Aorte réclinée à gauche dans toute son étendue intrapéricardique pour montrer sa gouttière; — *b.* Gouttière post-aortique; — *c.* Veine cave supérieure qui donne insertion à l'auricule droite; — *d.* Auricule droite; — *e.* Orifice droit, *porte d'entrée* du canal tranal transverse; — *f.* Péricarde. (Figure prise d'après nature et réduite de 1/4.)



Fig. 5. — *Schéma de la gouttière post-aortique.* — *a, p.* Artère pulmonaire recouverte en avant par le péricarde et unie à l'aorte; — *a.* Aorte recouverte en avant par le péricarde qui se recourbe sur son bord droit et tapisse sa face postérieure; — *v, c, s.* Veine cave supérieure; — *g, p, a.* Gouttière post-aortique.

Oubliée par les uns, trop négligée par les autres, cette large gouttière aortique est tout à fait digne de retenir, à l'avenir, l'attention du pathologiste et du chirurgien. Comment se comporte-t-elle dans les péricardites adhérentielles? On n'en dit rien; dorénavant il faudra le rechercher, car une aorte soudée à sa gouttière et symphysée en avant, ce sont ses valvules devenues insuffisantes : ses sigmoïdes répondent, en effet, à la partie inférieure de la gouttière. En saisissant l'aorte entre le pouce et l'index, j'ai senti, dans le cul-de-sac inférieur, les résistances partielles, les indurations de valvules calcifiées. La donnée n'est-elle pas des plus intéressantes, et à elle seule ne légitimerait-elle pas ma description? C'est, pour l'avenir, la *voie d'accès du chirurgien sur la partie postérieure de l'aorte.* C'est la voie préparant un diagnostic direct qui compléterait un diagnostic clinique.

Orifice droit du canal transverse. — Un orifice de forme et d'étendue variable, allongé verticalement ou transversalement (*e*, fig. 4), ovalaire ou en cul de

(1) Je la décrirai ici autant et même plutôt d'après les sensations qu'elle donne au doigt qu'à la vue, parce que sur le vivant c'est le doigt qui doit la parcourir.

poule, admettant librement l'index chez l'adulte et le vieillard, dilatable au point de pouvoir, en le forçant un peu, se laisser pénétrer par deux doigts, telle est la *porte d'entrée* du canal transverse dit de Henle. La porte d'entrée est à *droite*, la *porte de sortie* dont je parlerai tout à l'heure est à *gauche*.

En suivant la gouttière aortique, on tombe dans cet orifice droit, l'index restant toujours dans l'angle supéro-interne de la brèche thoracique, mais inclinant très légèrement à droite et en haut. *Cet orifice répond au quart inférieur de la gouttière.*

Canal transverse. — D'abord, sans trop tenir compte des parties qui le constituent, je vais étudier le *canal transverse* avec le doigt, seul autorisé à le parcourir sur le vivant et suffisant d'ailleurs comme moyen d'exploration dans les autopsies.

Que l'index gauche, introduit dans l'orifice droit, s'engage à fond, jusqu'à sa base, bien horizontalement, de droite à gauche, dans ce canal, l'extrémité de sa pulpe apparaît au bord gauche de l'artère pulmonaire dans le sinus latéral gauche. *En avant*, il a passé *sous l'aorte et l'artère pulmonaire* soudées et tendues; en arrière il a senti la surface lisse, péricardique, de la paroi postérieure, et, au-dessous de ce péricarde postérieur une résistance non uniforme sur laquelle je reviendrai.

Que deux, voire les trois doigts du milieu de la main droite, aillent de gauche à droite et d'arrière en avant (pour ne pas tirailler l'auricule gauche) dans le sinus gauche, au-dessus et en avant des pulmonaires gauches, à la rencontre de l'index droit laissé en place puis quelque peu retiré, ces deux ou trois doigts s'engageront là sous l'artère pulmonaire. Ils seront dans l'*orifice gauche* du canal transverse, et en y trouvant large accès ils auront constaté que cet orifice est plus large que le droit.

Revenons sur nos pas après cette première exploration. Reportons la pulpe de l'index gauche à fond dans l'orifice *droit* et percevons ce qu'il y doit rencontrer :

A *droite*, le doigt trouve de suite un obstacle. Le canal est bouché; il ne se prolonge pas sous la veine cave supérieure et il butte contre son solide méso.

En *haut*, le doigt sent, sur le cadavre, un rebord mousse, étroit, élastique, très régulier, horizontal, assez résistant, plus petit et plus souple que celui de l'aorte, lequel se prolonge dans toute l'étendue du canal transverse (voyez fig. 6). Cette arête élastique, c'est le *bord inférieur de l'artère pulmonaire droite*.

En *avant* de l'arête, on sent la *face antérieure*, lisse et régulière de cette artère pulmonaire droite, gros tronc qui a un gros travers de doigt, deux centimètres de calibre de hauteur.

En *arrière* de l'arête, la pulpe de l'index s'engage sous l'artère de plus en plus, de la moitié de la hauteur de sa première phalange d'abord, puis progressivement de toute cette hauteur en se rapprochant de l'orifice gauche. Le cul-de-sac horizontal dans lequel la pulpe s'est engagée sous la face profonde de ce vaisseau, et qu'on pourrait appeler *diverticule artério-pulmonaire droit*, correspond à la partie *intrapéricardique* de cette artère, le fond de ce cul-de-sac c'est la limite de sa partie intra et de sa partie extrapéricardique.

Ce cul-de-sac disparaîtrait-il sur le vivant après réplétion de l'artère? C'est possible, probable même, mais je ne saurais en décider encore.

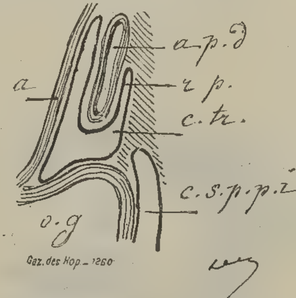


Fig. 6 (*schématique.*) — *Coupe du canal transverse.* — *c, tr.* Cavité du canal transverse; — *a.* Aorte tapissée à sa face postérieure par le péricarde; — *o, g.* Oreillette gauche tapissée sur sa face supérieure par le péricarde; — *a, p, d.* Artère pulmonaire droite. On remarquera ses rapports avec le péricarde qui tapisse sa face antérieure, se replie sous elle et forme en arrière d'elle le : *r. p.* Diverticule artério-pulmonaire droit; — *c, s, p, p. i.* Cavité supérieure du péricarde postéro-inférieur, proche de la cavité péricardique du canal transverse.

En *bas et en avant*, le doigt s'enfonce peu. Il touche, de *droite à gauche*, la partie la plus supérieure de l'oreillette gauche, la partie inférieure de l'aorte et de l'artère pulmonaire réunies.

Pousse-t-on un doigt de la main droite sous la face inférieure du cœur, aussi loin que possible, dans le cul-de-sac de Haller, ce doigt, coiffé d'un double feuillet du péricarde — celui du cul-de-sac du canal transverse et celui du cul-de-sac de Haller — buttent contre l'index gauche. C'est que le bas-fond du cul-de-sac inférieur du canal transverse confine au bas-fond du cul-de-sac de Haller.

Directement en *avant*, ce sont les faces postérieures de l'aorte et de l'artère pulmonaire que le doigt suit, sur la hauteur de deux doigts et qui, libres sur leur face postérieure, sautent comme un pont sur le canal transverse pour en constituer la paroi antérieure.

Accolée et soudée à droite à l'aorte, l'artère pulmonaire, après un trajet de trois travers de doigt à compter de la base du cœur, se recourbe en arrière et se subdivise en deux branches, le tronc pulmonaire droit et le tronc pulmonaire gauche. J'ai suivi tout à l'heure le trajet horizontal de la première.

Rien ne peut mieux fixer dans l'esprit les dispositions d'origine et de direction de ces vaisseaux que de les comparer aux plaques indicatrices d'un poteau planté à l'entrecroisement de deux routes se croisant à angle droit, d'un poteau qu'on aurait renversé et dont on aurait fait pénétrer l'une des plaques, en plein, dans le sol. Le tronc de l'artère pulmonaire serait le poteau.

La branche de bifurcation *gauche* de l'artère pulmonaire serait la plaque enfoncée. Continuant son trajet dans le plan primitif du tronc, celle-ci sort bientôt du péricarde et s'enfonce directement en arrière, accrochant, croisant la partie supérieure de la bronche gauche.

Le tronc de bifurcation pulmonaire *droit* serait représenté par la plaque indicatrice couchée sur le sol. C'est le point d'origine de ces deux vaisseaux qui constitue la partie haute, le dôme de la *paroi droite* du sinus latéral gauche, laquelle paroi présente *l'orifice de sortie du canal transverse.*

On voit bien sur notre figure 7 l'aspect, la constitution et les rapports de *l'orifice gauche* ou de *sortie du canal transverse* (*i*).

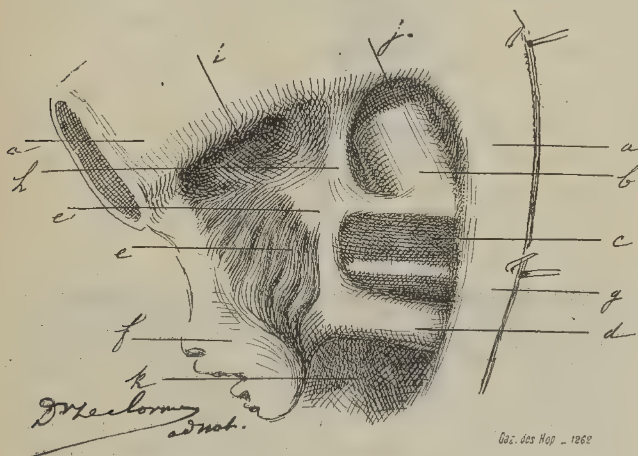


Fig. 7 (d'après nature, réduction de 1/4). — *Sinus latéral gauche* (abords de l'orifice de sortie du canal transverse). Vue de gauche à droite. — *a.* Tronc de l'artère pulmonaire ; — *a'.* La branche de bifurcation gauche ; — *i.* Orifice de sortie du canal transverse ; — *b.* Loge de la bronche gauche ; — *j.* Cul-de-sac supérieur de cette loge ; — *h.* Repli vestigial de Marshall en forme d'X séparant l'orifice de sortie du canal transverse de la loge bronchique. On remarquera ses insertions hautes sur l'artère pulmonaire et ses insertions basses sur l'oreillette gauche *e*; — *e e.* Oreillette gauche ; — *f.* Auricule gauche abaissée ; — *c.* Veine pulmonaire gauche supérieure ; — *d.* Veine pulmonaire gauche inférieure ; — *g.* Péricarde ; — *k.* Cavité péricardique postéro-inférieure.

En avant, il correspond à la partie postérieure de l'artère pulmonaire (*a*); en haut au repli vestigial de Marshall (*h*) qui le sépare de la loge bronchique (*b*), en bas et en arrière à la paroi supérieure de l'oreillette gauche (*e*, *e*).

En avant, au niveau du pied de l'orifice du canal transverse, nous trouvons, à gauche, un *appendice* de la grosseur et de la longueur de la dernière phalange du petit doigt, à crête courte, surajoutée plissée, supérieure. C'est l'*auricule gauche*. Elle garde, la partie inférieure de l'orifice gauche du canal transverse, comme l'auricule droite gardait son orifice droit. Sa paroi, un peu plus épaisse que celle de celle-ci, n'en est pas moins vulnérable; aussi, pour dégager cette auricule, doit-on la reporter en avant comme on doit le faire également pour l'auricule droite.

Ce que le doigt sent en suivant et en explorant la partie postérieure du canal transverse. — J'arrive à la description, volontairement reportée ici, toute nouvelle, des sensations éprouvées par le palper de la face postérieure du canal transverse. Elles sont des plus curieuses et des plus intéressantes à relever.

Le doigt placé dans l'orifice droit ou d'entrée du canal transverse, placé exactement sur le plan médian, engagé dans le diverticule péricardique sous-jacent à l'artère pulmonaire droite, sent la résistance de la *trachée* au point même de sa *bifurcation*. Le bord supérieur de cette artère, qui a un bon travers de doigt de large, correspond à cette bifurcation.

En inclinant légèrement le doigt à droite et à gauche, on sent de chaque côté des masses des cordons durs plus ou moins analogues à des ganglions, c'est la *bronche droite* et la *bronche gauche* à leur origine. Ces bronches sont sous le doigt. Leur trajet, excentrique, est oblique en bas et en dehors; il croise, à travers le feuillet péricardique qui les recouvre, les branches de bifurcation droite et gauche de l'artère pulmonaire.

Ce sont bien là les bronches, car si le doigt met quelque insistance à la recherche des sensations qu'il éprouve, il perçoit l'arête qui sépare leur partie cartilagineuse de leur partie fibreuse. La partie sentie de la bronche droite est courte, parce que, comme nous l'avons vu, le doigt enfoncé dans l'orifice d'entrée du canal transverse et déplacé vers la droite butte de suite contre le méso de la cave supérieure et l'oreillette droite, contre la limite droite du canal; par contre, comme ce doigt peut très librement parcourir à gauche le canal il va sentir, toujours sous l'artère pulmonaire droite, la bronche gauche, au moins dans l'étendue de deux pulpes (4 centimètres); ce doigt pourra accrocher, de l'ongle, l'arête de séparation des surfaces chondro-fibreuses qui est en avant. La face fibreuse plate de la bronche est en bas et en dedans.

Que le doigt reste dans l'orifice d'entrée du canal transverse et qu'il s'enfonce résolument et aussi profondément que possible en arrière ; il est sur la colonne vertébrale. Il sent très nettement, vers la droite, la partie latérale de corps vertébraux, et s'il ramène le doigt en avant il éprouve la résistance de la partie antérieure arrondie de cette colonne vertébrale dans une faible étendue. Sur le vivant il aurait eu sous le doigt l'aorte descendante que ses battements eussent soulevé.

Ce n'est pas en ouvrant, *à sa guise*, le thorax qu'on va avec le doigt jusqu'à la colonne vertébrale, on le fait en taillant un volet thoracique de dimensions acceptables, le volet que je conseillerai d'utiliser. En regardant un squelette et en constatant que de la paroi costo-sternale à la colonne vertébrale il y a la longueur de deux index, on pourrait s'étonner qu'on ait pu aller aussi loin. L'ouverture pariétale qu'on s'est ménagée est suffisante pour permettre à la main de s'enfoncer ainsi.

Le canal transverse n'est pas le seul point du péricarde où l'on sente de grosses bronches donnant au premier abord la sensation de gros ganglions postérieurs postpéricardiques.

Au fond du cæcum de Haller, dans l'arrière-fond de la cavité péricardique postéro-inférieure, le doigt sent très distinctement, à *droite* la *bronche droite*, à *gauche* la *bronche gauche*, très obliques et divergentes, et s'il pousse le doigt aussi haut que possible il atteint leur angle de réunion trachéal, parce que tous les tissus qu'il refoule sont très élastiques.

Quelles déductions sont à tirer des dispositions du péricarde postéro-supérieur, non exploré par les

médecins, méconnu des chirurgiens. Sa pathologie ne pourra manquer d'être curieuse quand on s'y sera arrêté, car ce petit espace, c'est le *nid* où cave supérieure, aorte, artère pulmonaire et ses deux grosses branches, la trachée, les grosses bronches sont réunies; c'est une région dont la vulnérabilité par les adhérences est d'autant plus à redouter qu'elle confine à des zones valvulaires.

Des abords de l'orifice gauche du canal transverse (*sinus latéral gauche*). — Si après l'avoir sectionné près de son origine on écarte fortement le tronc de l'artère pulmonaire et qu'on l'attire fortement en avant et vers la droite; si, pour bien se rendre compte des rapports et de l'étendue de sa partie haute, on sectionne transversalement l'oreillette gauche et qu'on déplace délicatement en avant son auricule, on découvre complètement les très intéressants abords de l'orifice gauche du canal transverse, le *sinus latéral gauche* qu'on pourrait appeler le *vesticule* du canal. Ses dispositions sont tout à fait dignes d'intérêt.

La figure 7 que j'ai prise sur nature avec la plus grande fidélité représente bien ce sinus. Elle montre qu'il est, en avant, limité par le tronc de l'artère pulmonaire (*a*); en arrière par sa branche gauche de bifurcation (*a'*); en bas et à gauche par le tronc veineux pulmonaire gauche inférieur (*d*) au-dessous duquel le sinus communique, à la fois, avec le péricarde antérieur et avec le péricarde postéro-inférieur et plus en dedans ou, si l'on veut, vers la droite par l'auricule gauche. Ses limites englobent : la veine pulmonaire supérieure gauche (*c*) au-dessus de la veine inférieure; la loge de la bronche gauche (*b*); une partie de l'oreillette gauche (*e*, *e*); le repli vestigial de Marshall (*h*); l'orifice de sortie du canal transverse (*i*).

L'arête qui limite en avant et en bas la loge bronchique, qui sépare le cul-de-sac bronchique de l'orifice de sortie du canal transverse, a sommairement la forme d'un X. Sa large base supérieure est adhérente au tronc de l'artère pulmonaire; sa base inférieure se jette sur l'oreillette gauche au-dessus de l'auricule et du tronc veineux pulmonaire gauche supérieur. C'est, si j'en juge par les descriptions peu explicites, le pli vestigial de Marshall.

On voit bien sur la figure que la paroi postérieure de l'orifice du canal transverse est constituée par l'oreillette gauche. On en distingue les fibres. On voit que la paroi antérieure de cet orifice est constituée par le tronc de l'artère pulmonaire. Cette oreillette continue en avant, vers la moitié droite, le plan postérieur du sinus que les troncs veineux pulmonaires avaient représenté dans la moitié gauche. L'auricule, ici rabattue, prolonge en avant la paroi de l'oreillette; relevée, droite comme elle l'est à l'ordinaire, elle forme parapet et ferme en bas et dans sa moitié droite le sinus latéral gauche.

On le voit, ces dispositions sont simples malgré leur apparente complexité. On s'étonne que nos classiques ne s'y soient point assez arrêtés et n'aient pas figuré cet intéressant sinus latéral gauche.

Les abords sont donc surtout représentés par un plan postérieur qui se relève à droite et à gauche; à droite, vers le tronc de l'artère pulmonaire constituant une paroi à la fois pleine et perforée. C'est la paroi interne ou droite du sinus. La paroi externe ou gauche est formée par le péricarde latéral.

Je complète ma description de certaines des parties comprises dans les limites du sinus.

Sur le plan postérieur du sinus, dans l'angle supérieur, on découvre une surface régulièrement arrondie, large d'un gros doigt, dominée en haut et en avant par un repli concave, mais sous ce repli cette surface se continue, arrondie et toujours régulière en haut, en un cul-de-sac profond d'un centimètre. Cette surface bombée, très lisse, recouvrant un corps très dur, allongé, oblique en bas et en dehors, c'est celle de la *bronche gauche*; d'un coup de bistouri fendant le péricarde qui la recouvre, il est facile de s'en convaincre (fig. 7, *b*).

Le cul-de-sac supérieur de la loge péricardique de la bronche gauche est à retenir. Si le chirurgien voulant atteindre l'ouverture du canal transverse par le sinus latéral engageait son doigt trop haut vers le sommet de ce sinus, au lieu de le porter vers sa base en dedans, c'est dans ce cul-de-sac qu'il tomberait; il s'y fourvoierait. La vraie porte est un peu plus bas, une cloison l'en sépare.

Faisant suite, par le bas, à la petite loge bronchique, on trouve la saillie, large d'un doigt, du premier tronc veineux pulmonaire gauche un peu plus fort que le second tronc veineux.

Des diverticules ou culs-de-sacs péricardiques secondaires. — Dans les deux grands sillons latéraux, à *droite* le *péricardo-cavo-auriculaire*, à *gauche* le *péricardo-pulmo-auriculaire*, on rencontre, au niveau des gros pédicules vasculaires, des diverticules plus ou moins profonds, des culs-de-sac en doigt de gant tous creusés aux dépens du feuillet péricardique qui tapisse le fond du sillon et dans lesquels l'extrémité de l'index peut s'enfoncer plus ou moins profondément.

A *droite*, le premier diverticule est supérieur et de forme prismatique triangulaire. On le trouve en dehors de la veine cave supérieure sous sa bride péricardique antérieure que la figure 8 représente bien (*c*, *s*, *c*). Les auteurs n'en parlent pas. La moitié de la phalange de l'index s'y engage.

Le deuxième est situé au-dessus de la veine pulmonaire supérieure (*c*, *s*, *c*, *p*, fig. 8). Ce diverticule est gros; le pouce s'y engage jusqu'à la base de l'ongle et ce doigt n'y est pas serré. En dedans il est limité par le méso de la veine cave supérieure.

Le troisième, petit, correspond au bord inférieur du premier tronc veineux pulmonaire droit (*v*, *p*, *s*, *d*).

Un quatrième (*v*, *p*, *i*, *d*) petit se trouve au-dessous du tronc veineux pulmonaire droit inférieur.

Un cinquième correspond à la partie inféro-externe de la veine cave inférieure (*v*, *c*, *i*).

Plusieurs de ces diverticules peuvent manquer.

Dans le sinus *gauche*, comme à droite, sur le pédicule vasculaire postérieur, on trouve des culs-de-sac, mais ils sont moins nombreux; le plus profond

(22 millimètres en moyenne [Soulié (1)] sépare les deux troncs veineux pulmonaires gauches correspondants, un autre est au-dessous de la branche gauche de l'artère pulmonaire [8 millimètres (Soulié)]. On doit vraisemblablement le confondre avec le cul-de-sac de la bronche.

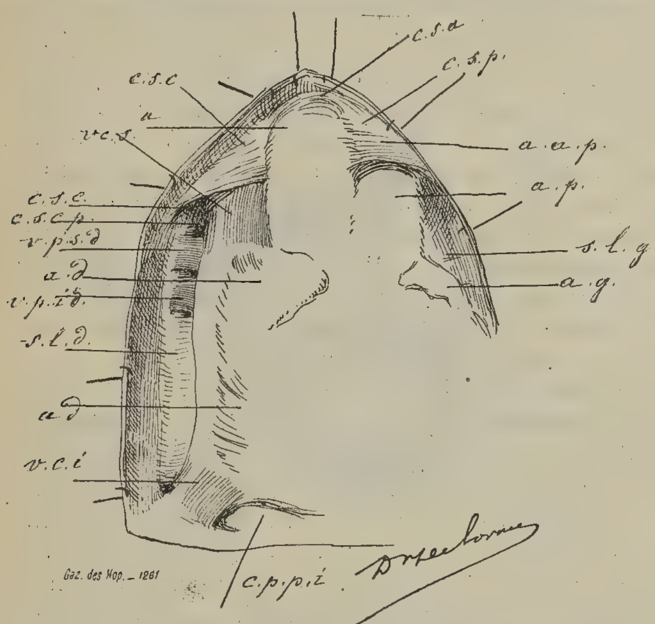


Fig. 8. — *Sinus latéral droit* (arêtes et dépressions péricardiques droites et supérieures.) — *v, c, s.* Veine cave supérieure; — *a.* Aorte; — *a, p.* Artère pulmonaire; — *a, d, a, d.* Oreillette droite et son auricule; — *v, c, i,* Veine cave inférieure; — *a, g.* Auricule gauche; — *c, p, p, i.* Cavité péricardique postéro-inférieure; — *s, l, d.* Sinus latéral droit; — *s, l, g.* Sinus latéral gauche; — *c, s, c.* Cul-de-sac cave supérieur en avant de l'arête triangulaire cavo-aortique; — *c, s, c, p.* Cul-de-sac en dehors de la veine cave supérieure, au-dessus de la veine pulmonaire droite supérieure; — *v, p, s, d.* Veine pulmonaire supérieure droite; au-dessous, petit cul-de-sac; — *v, p, i. d.* Veine pulmonaire droite inférieure; au-dessous, petit cul-de-sac; — *v, c, i.* Veine cave inférieure; en dehors d'elle, gros cul-de-sac; — *c, s, p.* Cul-de-sac supérieur (corne gauche de Haller) en avant de l'arête aortico-pulmonaire; — *a, a, p.* Arête triangulaire aortico-pulmonaire; — *c, s, a.* Cul-de-sac aortique (corne médiane); — *c, s, c.* Cul-de-sac cave (corne droite) en avant de l'arête cavo-aortique.

Un dernier correspond à la partie la plus élevée du tronc de l'artère pulmonaire et à sa partie gauche. C'est la large bride qui de ce tronc se jette sur le péricarde latéral gauche qui le limite en bas.

Le sommet du péricarde représente le plus gros des diverticules. Il a une forme triangulaire à angles arrondis. On lui décrit, sous le nom de cornes de Haller, trois prolongements répondant chacun à la limite supérieure d'un gros vaisseau : aorte, artère pulmonaire, veine cave supérieure.

Dans le péricarde postéro-inférieur, entre la veine cave inférieure (premier pilier droit) et la première veine pulmonaire droite inférieure (deuxième pilier) on trouve une profonde dépression; une autre plus profonde se constate contre la demi-circonférence interne de la veine pulmonaire inférieure. A gauche, une dépression existe entre le premier et le deuxième pilier.

La plupart de ces diverticules résultent de ce que, sur les troncs veineux, le feuillet péricardique ne les entoure que dans les deux tiers où les trois quarts de leur circonférence antérieure.

Des brides et arêtes. — Le péricarde pariétal droit jette sur la partie supérieure de la veine cave supérieure une bride triangulaire à arête inférieure, très solide et très tendue, dont la base qui correspond à l'axe de la veine adhère à sa face antérieure pour se jeter ensuite sur le fond de la gouttière aortique et la tapisser dans l'étendue de 3 centimètres en hauteur. J'ai parlé du cul-de-sac qui répondait à sa face profonde (voy. fig. 8).

Une autre bride, également triangulaire à base aortique, se jette de l'aorte sur le tronc de l'artère pulmonaire à sa terminaison et se prolonge sur le péricarde pariétal gauche. Son arête tranchante est inférieure. J'ai parlé du cul-de-sac qui répondait à sa face profonde (voy. fig. 8).

Lorsqu'on soulève le cœur en haut, qu'on le sépare assez fortement du dôme diaphragmatique, on détermine la formation d'un gros pli qui s'étend d'un pilier pulmonaire droit à un pilier pulmonaire gauche.

Telles sont les données d'anatomie chirurgicale dont la connaissance est indispensable à tout chirurgien qui tentera une opération de cardiolyse directe péricardo-cardo-vasculaire.

L'intervention est-elle limitée à la région ventriculaire antérieure, c'est-à-dire à gauche du sternum? Le péricarde pariétal qui lui correspond est de disposition banale. Sac sans diverticules, il n'oppose ni obstacles ni arrêts.

Une péricardite symphysaire de la cavité inféro-postérieure impose la connaissance très exacte des pédicules vasculaires qui forment les piliers de la voûte, celle des mésos droit et gauche, du cæcum de Haller.

Lorsqu'on aura été plus attentif à la recherche et à la détermination des lésions adhérentielles ou d'action compressive qui occupent les sinus latéraux, les deux branches de L du péricarde supéro-postérieur, les dispositions des diverticules, des sinus de la troisième région péricardique, doivent être imperturbablement connues. Leur connaissance n'est pas seulement utile au chirurgien; elle est indispensable au médecin, car l'heure n'est plus où l'on pouvait se contenter de recherches et de descriptions banalement sommaires de la péricardite adhésive, en limitant les unes et les autres à la région antéro-latérale.

(1) Soulié, in Poirier. *Anatomie humaine,* t. II, 2e fascicule, p. 624.

NOTE DE THÉRAPEUTIQUE

CHORÉE DE SYDENHAM

Traitement causal (songer à la syphilis).

Instituer la cure mixte d'arsenic et de vanadium par la Vanadarsine : x gouttes par jour, données en deux prises avant les deux principaux repas. Augmenter cette dose de deux gouttes par jour jusqu'au total de xx gouttes. On continue vingt jours, on interrompt dix jours, et l'on reprend.

Pulvérisations d'éther sur la colonne vertébrale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 19 MAI 1914)

La loi sur les aliénés. — La discussion qui se poursuit actuellement nous vaut de beaux discours, mais n'aboutit pas, chacun restant sur ses positions, la Commission, par l'organe éloquent de M. Gilbert Ballet, maintenant ses conclusions, M. Strauss ne voulant, en aucune façon, abandonner ses propositions et M. Magnan, d'accord sur bien des points avec la Commission, mais s'en écartant formellement sur un point où il est de l'avis de M. Strauss. M. de Fleury, dans un esprit de conciliation dont il faut le louer, a tenté de mettre d'accord les dissidents en demandant à M. Strauss, d'un côté, et à M. Ballet, de l'autre, de se faire quelques concessions mutuelles.

M. Gilbert BALLET répond à M. Strauss, il se défend d'avoir été injuste à l'égard du Parlement, de la presse et de l'opinion publique et il estime que, ni le Parlement, ni la presse sérieuse n'ont besoin d'être défendus devant l'Académie. Quant à lui, il respecte le Parlement, il respecte les journalistes qui méritent d'être respectés et, pour l'opinion publique, il rappelle que, s'il y a quelqu'un qui a plus d'esprit que Voltaire, c'est elle.

M. Strauss, ajoute-t-il, s'est efforcé de répondre aux diverses objections que lui a présentées M. Ballet. Or, dressant le bilan de ces objections et des réponses de M. Strauss, M. Ballet démontre qu'en somme M. Strauss n'a répondu à aucune de ses objections, qu'il s'agisse du placement des malades aliénés à l'étranger, de leur traitement à domicile ou de leur placement volontaire ou autoplacement dans une maison de santé, de l'intervention vexatoire de la justice. M. Ballet estime que le texte de la Commission est de nature à dissiper l'émotion de l'opinion publique au point de vue des séquestrations dites arbitraires. M. Strauss, dans son argumentation, s'est appuyé sur des opinions anciennes. Il eût été peut-être plus légitime de tenir compte des opinions actuelles. Or, toutes les sociétés spécialistes, au nombre de cinq, sans compter les congrès, ont admis à l'unanimité, sans une protestation, les conclusions proposées par la Commission, dont M. Ballet se déclare n'avoir été qu'un collaborateur. Pas un seul membre de ces sociétés ne s'est prononcé en faveur de la proposition de M. Strauss.

Quant à l'opinion de M. Magnan sur l'intervention judiciaire, il l'a fait connaître au conseil de l'Assistance publique. Elle était alors conforme à celle de la Commission.

Arrivant à la question des quartiers ouverts et des quartiers fermés dans les asiles de l'Assistance publique, M. Ballet rappelle que M. Strauss combat les propositions de la Commission à ce sujet. Il y voit de grandes difficultés d'application. Que demande la Commission ? Qu'il y ait des quartiers ouverts et des quartiers fermés dans les asiles, comme cela existe dans les maisons de santé dirigées par les médecins. C'est-à-dire que la Commission estime qu'il y a lieu de procurer aux pauvres les mêmes avantages qu'aux riches.

M. Ballet estime que la réponse que M. Magnan propose de faire au ministre, réponse à laquelle se rallie M. Strauss, n'est recevable ni dans la forme ni dans le fond. Le ministre a demandé laquelle des deux expressions, aliénation mentale ou affections mentales, il fallait choisir, et quelles seraient les conséquences de ce choix. A cette question toutes les sociétés ont répondu dans le même sens, et on peut dire que la Commission a donné une réponse motivée. La proposition de M. Strauss est inacceptable dans le fond. Il est, en effet, toute une catégorie de malades, les cocaïnomanes, les morphinomanes, les alcooliques, qui ne sauraient, d'emblée, être considérés comme atteints d'affections mentales, M. Ballet a connu des morphinomanes dans le Parlement, pourrait-il soutenir pour cela qu'il y a des aliénés dans le Parlement ?

En résumé, la Commission a proposé une réponse rédigée en termes étudiés, mesurés, précis, représentant l'opinion unanime de tous les médecins compétents. Il espère que l'Académie adoptera ces conclusions.

M. MAGNAN ne peut pas accepter le texte de la commission à cause de sa complexité et des problèmes difficiles et ardus qu'il soulève. Il faut se rendre compte que cette réponse de l'Académie s'adresse, non seulement à des médecins compétents, mais aussi à des praticiens de province ou des campagnes, éloignés de tout asile et qui se trouveront ainsi aux prises avec les plus grandes difficultés, en présence de véritables casse-cou quand il s'agira de rédiger un certificat. Il propose donc l'amendement suivant : « L'Académie estime que l'expression aliénation mentale devrait seule figurer dans le texte de la nouvelle loi. »

M. BALLET fait observer que le rapport de la Commission est destiné, non aux médecins, mais au ministre seul.

M. STRAUSS, d'accord avec M. Magnan, pense contrairement à M. Ballet que le texte de la commission sera soumis au Parlement qui le renverra à la commission sénatoriale et que c'est bien ce texte qui sera inséré dans la loi et, par conséquent, qui s'adressera aux praticiens. Les malades atteints d'affections mentales doivent être divisés en plusieurs groupes. Il y en a qui sont aliénés, dans le sens étymologique du mot, d'autres qui ne le sont pas. Est-ce que cette classification ne doit pas trouver sa place dans le texte de la commission de l'Académie. Ainsi que l'a dit M. Magnan, la loi formulée ainsi que le voudrait la commission serait un véritable casse-cou pour les praticiens, engagerait outre mesure leur responsabilité professionnelle. Or il faut que la sanction de l'Académie ait une portée pratique et facilement applicable par tous les praticiens.

M. Maurice DE FLEURY voudrait, dans cette question difficile, trouver un terrain d'entente. Ayant voté les conclusions de la commission, il ne peut pas ne pas donner raison à M. Gilbert Ballet sur presque tous les points. Aussi demande-t-il à M. Strauss s'il ne pourrait atténuer sa proposition. Il semble à M. de Fleury que, au point de vue de la protestation des personnes indûment enfermées, le projet de la commission donne un ensemble de garanties absolument suffisantes. Il en est de même pour les malades envoyés à l'étranger ou soignés à domicile. M. de Fleury demande donc à MM. Magnan et Strauss de se montrer moins intransigeants dans leurs objections.

M. Gilbert BALLET répond à ses contradicteurs et à M. de Fleury et s'applique à démontrer que le texte de la commission demande des garanties très suffisantes pour s'opposer aux séquestrations arbitraires et aux abus qui pourraient résulter des traitements de ces malades à l'étranger ou à domicile.

Sérums thérapeutiques. — M. NETTER lit un rapport sur de nouveaux sérums thérapeutiques.

La réinfection tuberculeuse pulmonaire expérimentale. (Le concept bactériologique du terrain tuberculeux.) — M. Fernand BEZANÇON (en son nom et au nom de M. H. DE SERBONNES). La tuberculose pulmonaire chronique étant caractérisée par une série d'autoréinoculations parties des foyers antérieurement atteints, l'étude du problème de la réinfection tuberculeuse intéresse particulièrement le médecin.

La complexité même des cas cliniques rend difficile l'analyse des phénomènes et il est utile de demander à l'expérimentation un fil conducteur.

Leurs expériences ont porté sur 22 cobayes. Elles

démontrent que de même que la peau du cobaye tuberculeux réagit à la réinfection cutanée d'une façon différente de celle du cobaye neuf, de même le poumon du cobaye tuberculeux présente à la suite de la réinfection intratrachéale des lésions toutes différentes de celles qu'on observe chez le cobaye sain inoculé par la même voie.

Tandis que l'inoculation de bacilles de Koch à dose de 1 à 2 milligrammes dans la trachée d'un cobaye sain détermine, comme ils l'ont montré avec Braun, des lésions de bronchopneumonie caséeuse massive dans lesquelles pullulent les bacilles, l'infection à la même dose, par la même voie, faite à un cobaye chez lequel évolue déjà une infection tuberculeuse (telle que celle qui résulte de l'inoculation quelques semaines auparavant de bacille de Koch sous la peau) détermine des réactions congestives intenses tout d'abord mais qui n'ont pas de tendance à la caséification, mais au contraire à la sclérose.

Par suite de l'hypersensibilité du sujet, le jour même de l'inoculation, des phénomènes congestifs peuvent être assez intenses pour déterminer la mort de l'animal réinfecté, mais le plus souvent les réactions s'atténuent et font place à de la sclérose diffuse avec retour de l'endothélium à l'état cubique, lésions extrêmement pauvres en bacilles.

Il semble donc bien qu'une première imprégnation tuberculeuse modifie le terrain de l'animal; et que les auteurs aient droit de prendre prétexte de leurs expériences pour soutenir qu'en matière de tuberculose comme dans les autres maladies infectieuses, pour la plus grande part tout au moins, ce qu'on appelle le terrain tuberculeux est bien moins un état mystérieux humoral selon la conception classique que le résultat des modifications apportées dans la résistance ou la réceptivité de l'organisme par des infections tuberculeuses antérieures.

La chirurgie chez les diabétiques. — M. Marcel Labbé. Les interventions chirurgicales chez les diabétiques soulèvent une série de questions. Les dangers des opérations chez ces malades tiennent à deux causes principales : l'hyperglycémie et l'acidose, sans compter les lésions vasculaires qui n'appartiennent pas en propre au diabète.

L'hyperglycémie favorise la suppuration; mais celle-là est loin d'être fatale quand les chirurgiens opèrent aseptiquement. Il est bon de combattre l'hyperglycémie par un régime avant l'opération.

L'acidose est la menace la plus grave; c'est elle qui cause le coma postopératoire et la mort. Le coma survient chez les diabétiques acidosiques, on le voit aussi chez les diabétiques sans dénutrition qui font une poussée d'acidose; on le voit même chez les diabétiques sans dénutrition ni acidose à la suite des opérations sous chloroforme. Le traumatisme opératoire, les interventions graves, l'émotion qui précède l'opération peuvent causer l'acidose.

Mais le danger vient plus de l'anesthésique que de l'opération. De tous le chloroforme est le plus redoutable, il provoque parfois immédiatement l'apparition de l'acidose; mais il ne faudrait pas le croire toujours fatal, il y a d'heureuses exceptions, même chez les acidosiques.

L'éther est considéré comme moins dangereux, mais il est encore comatigène.

Le chlorure d'éthyle paraît être beaucoup moins toxique.

La rachianesthésie par injection de cocaïne lombaire n'offre pas de danger au point de vue de l'acidose.

L'anesthésie locale par la méthode du professeur Reclus est assurément le procédé de choix.

De ces considérations résultent quelques règles pratiques. Il ne faut pratiquer chez les diabétiques que les opérations indispensables. Par un traitement préalable il faut s'efforcer de réduire la glycémie et l'acidose avant l'opération; on peut employer le régime mixte hydrocarboné réduit chez les diabétiques sans dénutrition, le régime des légumes secs, de l'avoine ou du lait avec le traitement alcalin chez les diabétiques avec acidose.

Avant l'opération, on administrera 40 grammes de bicarbonate de soude.

Pour l'anesthésie, on donnera la préférence à l'anesthésie locale ou à l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle.

Après l'opération, l'on fera absorber par la bouche ou au moyen d'injections sous-cutanées de hautes doses de bicarbonate de soude; puis dès que l'opéré pourra se nourrir, on l'alimentera avec des légumes secs, des bouillies d'avoine ou de lait.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de 2 membres correspondants nationaux dans la première division.

MM. Hédon (de Montpellier) et Nicolle (de Tunis) ont été proclamés élus.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 1er AU 6 JUIN 1914

EXAMENS DE DOCTORAT

Mardi 2 juin, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.
1er (oral).
3e (oral, 1re partie).
5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).
5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec*.
5e (2e partie), *Laënnec*.

Mercredi 3 juin, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique (1re et 2e séries).
3e (oral, 2e partie, 1re et 2e séries).
5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Jeudi 4 juin, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.
2e (1re et 2e séries).
3e (oral, 1re partie, 1re, 2e et 3e séries).

Vendredi 5 juin, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.
3e (oral, 2e partie). — 4e.
5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 6 juin, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique (1re et 2e séries).
1er (oral).
2e.
3e (oral, 1re partie, 1er et 2e séries).
5e (2e partie), *Beaujon* (1re, 2e et 3e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon*.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 60. — MARDI 26 MAI 1914. 87e ANNÉE. MARDI 26 MAI 1914. — N° 60.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 10 francs par an.
Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 23 mai. — MM. Sézary, 17; Bérard (René), 19; Abrami, 17.

Prochaine séance, mardi 26 mai, à seize heures trente, à l'Hôtel-Dieu.

— CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR. — Le concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année, année 1914-1915 (concours de médecine), aura lieu le lundi 18 janvier 1915, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau).

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration tous les jours, de onze heures à trois heures, du 16 au 21 novembre 1914 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au service du personnel au plus tard le samedi 21 novembre 1914, à trois heures, dernier délai.

— CONCOURS DU PROSECTORAT. — *Lecture des copies.* — MM. Wolfromm, 23; Leveuf, 19; Virenque, 17 1/2.

Prochaine séance, mercredi 27 mai, à quatre heures.

HOPITAL CIVIL DE MUSTAPHA. — Un concours pour quatre places d'élève interne en médecine et en chirurgie aura lieu le lundi 12 octobre, à neuf heures du matin, dans une des salles de l'hôpital civil de Mustapha.

Le concours pour le prix Poisson et l'internat de première classe aura lieu le lundi 19 octobre, à neuf heures du matin.

— Un concours pour quinze places d'élève externe en médecine et en chirurgie aura lieu le lundi 19 octobre, à neuf heures du matin, dans une des salles de l'hôpital civil de Mustapha.

Les candidats devront se faire inscrire personnellement ou par écrit au secrétariat de la direction de l'hôpital. La liste d'inscription sera close : pour le concours d'internat, le samedi 10 octobre, à cinq heures du soir; pour le concours d'externat, le samedi 17 octobre, à cinq heures du soir.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS DE L'ADJUVAT. — *Epreuve orale.* — Question donnée : « Muscle court supinateur et branche profonde du nerf radial. »

Séance du 23 mai. — MM. Charrier, 16; Clap, 15; Hartmann, 14; Bloch, 17.

— M. Pinard, professeur de clinique d'accouchements, est admis, sur sa demande et pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 1er novembre 1914.

Par suite de nécessités de service, M. Pinard cessera ses fonctions le 1er novembre 1914.

M. Pinard est nommé professeur honoraire à partir du 1er novembre 1914.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — DIJON. — M. Collette, professeur d'histologie, est admis, sur sa demande et pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 1er novembre 1914.

Par suite de nécessités de service, M. Collette cessera ses fonctions le 1er novembre 1914.

M. Collette est nommé professeur honoraire à partir du 1er novembre 1914.

CONCOURS DE MÉDECINS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Lecture.* — Séance du 22 mai. — MM. Depardieu, $13 + 16 = 29$; Lubetzki, $13 + 18 = 31$; Morize, $9 + 12 = 21$.

CONGRÈS DES PRATICIENS (Paris 27, 28 et 29 mai 1914; Palais des Sociétés savantes, 8, rue Danton, Paris VIe). — ORDRE DU JOUR DES SÉANCES. — *Mercredi 27 mai.* — Séance du matin, neuf heures : Vérification des pouvoirs; élection du bureau; règlement du Congrès; rapport du comité de vigilance; rapport du trésorier; « Contre toutes les tentatives de fonctionnarisation », rapporteur : M. le docteur Le Fur.

Séance de l'après-midi, deux heures : « Contre l'alcoolisme », rapporteur : M. le docteur Bertillon.

Jeudi 28 mai. — Séance du matin, neuf heures : « L'assistance médicale gratuite et le corps médical », rapporteur : M. le docteur Rinuy. — « La lutte contre la tuberculose », rapporteur : M. le docteur Kuss.

Séance de l'après-midi, deux heures : « L'hygiène admi-

nistrative, son impuissance », rapporteur : M. le docteur Lenglet.

Vendredi 29 mai. — Séance du matin, neuf heures : « Organisation de l'hygiène technique par le corps médical », rapporteurs : MM. les docteurs Campinchi et Lafontaine.

Séance de l'après-midi, deux heures : Communications : « La culture hygiénique », M. le docteur Didier; « L'hygiène à New-York », M. le docteur Labady; « L'hygiène en Allemagne », M. le docteur Kolbé; « Les prochains Congrès ».

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE. — Sont maintenus ou nommés membres du conseil supérieur de l'agriculture pour une période de trois ans à partir du 1er avril 1914 :

MM. les docteurs Vidal (d'Hyères), Cazeneuve (de Lyon), Chauveau, Gautier, Henneguy, Roux, Strauss (de Paris).

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT. — L'établissement thermal d'Enghien, sur le conseil de M. Carron de la Carrière, offre à la Société de l'Internat une bourse de voyage pour le V. E. M. 1914. Suivant la tradition, cette bourse sera accordée de préférence à un interne en exercice, et parmi les internes en exercice, à un membre de la Société de l'internat. La bourse sera tirée au sort à la séance de juin. Prière de s'inscrire auprès de M. Jayle, secrétaire général de la Société de l'internat, 238, boulevard Saint-Germain.

LES MÉDECINS AU PARLEMENT. — Les élections législatives pour 1914 sont terminées. Le corps médical figure pour une part honorable parmi les candidats députés et parmi les élus. D'après *Le Temps*, dans la statistique des professions, sur 2 902 candidatures déclarées, on comptait 170 médecins et 35 pharmaciens.

De ce nombre respectable, puisqu'il représente un médecin candidat pour 17 autres professions, et un pharmacien pour 90, il reste élu 43 médecins, 11 pharmaciens.

Ont été nommés :

MM. les docteurs Vaillant, à Paris (XXe); Doizy, à Mézières (Ardennes); Sireyjol, à Nontron (Dordogne); Delomsorbe, à Pau (Basses-Pyrénées); Pacaud, aux Sables-d'Olonne (Vendée); Boussenot, à la Réunion; Peyroux, à Rouen (Seine-Inférieure); Vidalin, à Tulle (Corrèze); Mourier, à Alais (Gard); Pezet, à Montpellier (Hérault); Merlin, à Roanne (Loire); Legros, à Blois (Loir-et-Cher); Delpierre, à Clermont (Oise); Augagneur, à Lyon (Rhône); Schmidt, à Saint-Dié (Vosges); Navarre, à Paris (XIIIe); Poirier de Narçay, à Paris (XIVe); Defos, à Moulins (Allier); Baudon, à La Palisse (Allier); Favre, à Saintes (Charente-Inférieure); Queille, à Ussel (Corrèze); Lancien, à Chateaulin (Finistère); Dumont, à Issoudun (Indre); Thiéry, à Commercy (Meuse); Defontaine, à Avesnes (Nord); Sibuet, à Albertville (Savoie); Pottevin, à Castelsarrazin (Tarn-et-Garonne); Thivrier, à Montluçon (Allier); Jean Durand, à Castelnaudary (Aude); Lachaud, à Brive (Corrèze); Baudet, à Dinan (Côtes-du-Nord); Clément Clament, à Bergerac (Dordogne); Sarrazin, à Sarlat (Dordogne); Cazauvieilh, à Bordeaux (Gironde); Chapuis, à Lons-le-Saunier (Jura); Gilbert Laurent, à Roanne (Loire); Péchadre, à Epernay (Marne); Delelis-Fanien, à Béthune (Pas-de-Calais); Victor Morel, à Montreuil-sur-Mer (Pas-de-Calais); Dubief et Symian, à Mâcon (Saône-et-Loire); Lorimy, à Coulommiers (Seine-et-Marne); Ganault, à Laon (Aisne); Amand Perier, à Fontenay-le-Comte (Vendée); Théveny, à Arcis-sur-Aube (Aube); Even, à Lannion (Côtes-du-Nord); Guiraud, à Lavaur (Tarn); Paulin Dupuy, à Moissac (Tarn-et-Garonne); Chassaing, à Ambert (Puy-de-Dôme); Constans, à Montauban (Tarn-et-Garonne).

Parmi eux nous relèverons que plusieurs d'entre ces confrères sont des médecins militaires, tels MM. Doizy, Peyroux, Boussenot, Delorn-Sorbé.

(*Echo médical du Nord.*)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Aupinel (de Rouen) et Mordagne (de Castelnaudary).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fête de la Pentecôte.* — A l'occasion de la fête de la Pentecôte, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 28 mai 1914 seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 4 juin, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

INSTALLATION ÉLECTROTHÉRAPIQUE COMPLÈTE ET PORTATIVE DUE A UN INGÉNIEUR ESPAGNOL. — On m'excusera, moi, profane, de venir parler ici de choses relatives à l'électrothérapie, mais l'appareil que j'ai vu fonctionner ces jours derniers m'a paru merveilleux de simplicité. Il a d'ailleurs été présenté à la Société de radiologie par le docteur Lobligeois et à la Société de médecine de Paris par le docteur L. Mathé.

Cet appareil est dû à un ingénieur espagnol, M. Sanchez (de Piedrabuena), lequel, avec une énergie digne de tous éloges, est allé passer dix ans à l'école d'Electricité de New-York, école dont il devint directeur après y être entré comme ouvrier. L'appareil imaginé par M. Sanchez est présenté en France par le docteur Ibarra et c'est à l'obligeance de celui-ci que je dois les explications qui vont suivre.

L'appareil est remarquable à trois points de vue. D'abord il est véritablement *portatif*, ne mesurant que 0m40 sur 0m20 et ne pesant que 9 kilos. Puis il fonctionne *sur n'importe quel courant* et en dernier lieu il constitue un *véritable cabinet d'électrothérapie*.

On peut facilement obtenir avec lui la haute fréquence sous toutes ses formes, la production de l'ozone, la d'arsonvalisation, le cautère, la fulguration, l'électrocoagulation par le procédé du docteur Ibarra et enfin les rayons X. Ce dernier point est extrêmement important puisqu'il permet d'utiliser les rayons X au domicile d'un malade ou d'un blessé sans transporter 200 kilos de matériel. Il suffit pour cela que le courant électrique existe dans la maison, on branche l'appareil sur une lampe et il fonctionne.

L'appareil se compose d'une boîte qui renferme les organes essentiels, bobine condensatrice et transformateur renforçateur avec disposition spéciale des fils. Le courant alternatif ou continu est transformé en un courant oscillatoire de 60 000 à 80 000 volts sans qu'il y ait le moindre danger pour l'opérateur, et le courant ainsi transformé donne de 7 000 000 à 7 500 000 vibrations par seconde. Le réglage s'obtient au moyen d'une vis de pression qui vient se mettre plus ou moins en contact avec le vibrateur et qui permet d'obtenir une intensité plus ou moins grande du courant primaire. Quant au courant destiné au patient, il est réglé par l'écart plus ou moins grand de l'antenne de décharge et de la sphère de cuivre.

L'interrupteur permet d'obtenir un courant simple ou d'intensité triple suivant qu'on le place d'un côté ou de l'autre.

Signalons, enfin, qu'un pied démontable permet de fixer l'ampoule pour rayons X, et le courant étant unipolaire cette ampoule ne chauffe pas, ce qui constitue un avantage précieux.

Je laisse à de plus compétents que moi le soin d'étudier et de décrire en détails cet appareil ingénieux, mais je suis heureux de le signaler ici comme une preuve nouvelle du mouvement scientifique si actif et si puissant qui se produit actuellement en Espagne.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS LES PALPITATIONS ET LA TACHYCARDIE

(Symptomatiques d'insuffisance du muscle cardiaque et de désordres nerveux, plus rarement du goitre exophtalmique.)

Un granule à 1/10 de milligramme de digitaline Nativelle ou v gouttes de la solution au millième pendant 10 jours.

IVe CONGRÈS
DE
L'ASSOCIATION INTERNATIONALE DE CHIRURGIE

[NEW-YORK, 13-16 AVRIL 1914 (1)]

La troisième et dernière question à l'ordre du jour était les **autoplasties et transplantations de tissus et d'organes**. Les rapporteurs de langue française étaient MM. MORESTIN et VILLARD ; pour l'Allemagne, MM. LEXER et ULLMANN; pour l'Amérique, M. CARREL.

M. MORESTIN traita, avec la compétence qu'on lui connaît en cette matière, des **autoplasties**, c'est-à-dire des transplantations de tissus en chirurgie réparatrice. C'est là un champ déjà fertile en résultats brillants dans le passé et dont les promesses d'avenir sont très considérables. Pour s'en convaincre il n'y a qu'à considérer le traitement réparateur actuel des traumatismes, accidentels ou chirurgicaux, avec le traitement des cas semblables autrefois.

L'autoplastie cutanée (peau entière) réussit bien quand on peut appliquer sur une surface aseptique, suffisamment nourrie, une peau fine et mince bien débarrassée du pannicule adipeux sous-jacent. Mais cette méthode n'est pas applicable à la face à cause de la teinte jaunâtre particulière que ces greffons gardent indéfiniment. La méthode italienne rend de grands services quand on n'a pas à sa disposition de quoi prendre tous les tissus nécessaires à la réparation. Toutefois ses indications restent exceptionnelles, même en rhinoplastie. Son triomphe est la réfection de l'aile et de la cloison du nez.

Les greffes dermo-épidermiques ont un champ d'application très étendu dans les vastes pertes de substance (traumatismes, brûlures, ablations chirurgicales). Par exemple elles sont très bonnes après ablation des cancers cutanés chez les vieillards. Elles ne donnent que de médiocres résultats dans le traitement du lupus. Elles peuvent servir quelquefois à une réparation provisoire qui sera suivie plus tard d'une autoplastie plus compliquée et plus satisfaisante. On peut transplanter des tissus contenant des bulbes pileux et ainsi refaire un sourcil, voire une moustache.

La chirurgie réparatrice de la face n'a fait de grands progrès que lorsque l'on a imaginé la transplantation de morceaux libres de cartilage. Ce qui manquait dans les anciens procédés c'était la facilité de refaire un cadre de support pour les tissus mous. Le cartilage est un tissu facile à obtenir et très sûr à transplanter. Avec lui on reforme facilement des nez disgracieux ou on supplée à la charpente manquante. Avec une transplantation de cartilage jointe à une autoplastie de parties molles on peut combler des brèches, par exemple à la mâchoire inférieure, qui, jusqu'à ces dernières années, déjouaient les efforts des chirurgiens les plus habiles.

Le tissu adipeux est un bon tissu à transplanter. Il est facile à se procurer et ne demande pour vivre qu'un minimum d'irrigation et de l'asepsie. Il est très bon pour fermer les brèches étendues de la paroi cranienne.

Le rapport de M. VILLARD (de Lyon) sur les **greffes et transplantations vasculaires** fut lu par M. MICHON.

Il faut distinguer entre les transplantations extemporanées et les greffes de fragments conservés pendant un temps plus ou moins long. Les greffes vasculaires sont *autoplastiques* (prises et greffées sur le même individu), *homoplastiques* (d'individu à autre individu de la même espèce) ou *hétéroplastiques* (d'un individu à un individu d'une autre espèce). Les greffes autoplastiques vivent, prennent et continuent à exister sans transformation histologique appréciable; les greffes homoplastiques prennent, mais subissent des changements; les greffes hétéroplastiques servent seulement de support aux tissus de l'individu greffé qui peu à peu les infiltrent, les absorbent et les remplacent. Une greffe peut être un succès macroscopique tout en montrant des modifications histologiques très notables.

Au point de vue de la technique, le procédé de Carrel est indiscutablement le meilleur. La greffe de fragments conservés peut parfaitement réussir, mais ces fragments n'ont qu'un rôle de soutien temporaire et sont remplacés par des tissus de l'individu. Pour conserver des segments vasculaires, il suffit de les recueillir aseptiquement et de les garder en milieu aseptique à basse température (6 degrés centigrades).

La greffe ou transplantation veineuse est d'exécution plus difficile que la greffe artérielle. Le segment veineux transplanté se modifie, il prend plus ou moins le type artériel.

Au point de vue pratique, les greffes et transplantations artérielles ont trois groupes d'indications principales : les traumatismes, les extirpations de tumeurs adhérentes à des vaisseaux importants, la chirurgie des anévrismes. Les transplantations de veines sont probablement celles qui rendront le plus de services, car la facilité de se procurer des segments veineux sur un individu rendra une transplantation autoplastique, celle qui a le plus de chances de réussir pleinement, toujours possible.

M. ULLMANN (de Vienne) est convaincu que tous les cas rapportés de cicatrisation d'une peau transplantée hétéroplastiquement sont fondés sur des erreurs et des observations insuffisantes. De ses expériences sur les poissons, il conclut que la peau hétéroplastique meurt toujours, que la peau homoplastique semble d'abord prendre, mais se détache et meurt toujours en deux semaines tandis que la peau autoplastique prend toujours. Chez l'homme, l'homoplastie avec des tissus embryonnaires ou fœtaux a plus de chances de succès. Les transplantations homoplastiques de muqueuse dans la peau ne donnent pas de bons résultats. Les autoplasties de muqueuse à muqueuse réussissent. Ullmann a une fois refait les lèvres d'une femme avec des lambeaux de sa muqueuse vaginale. Legueu et Tanton ont essayé de refaire un urètre avec de la muqueuse vaginale, Lexer avec la muqueuse de l'appendice. Les greffes de derme et tissu sous-cutané ont été appliqués par l'auteur à la cure des hernies. Ullmann passe ensuite en revue les transplantations de muscles, d'os, cartilage, péritoine, vaisseaux, cœur, corps thyroïde et parathyroïde, capsule surrénale, sans apporter de contribution personnelle. De même pour l'hypophyse, pour l'ovaire et le testicule. Pour le rein, il rappelle qu'il a fait en 1902 les premières transplantations rénales couronnées de succès, tant autoplastiques qu'hétéroplastiques. En 1902 également, il a transplanté les reins d'un porc chez une femme atteinte d'urémie grave. Dans la clinique d'Exner, il a procédé aussi à de nombreuses substitutions d'un segment du tractus intestinal à la place d'un autre. Après avoir passé en revue toutes les autres transplantations possibles, et elles sont nombreuses, Ullmann termine par la transplantation de la tête entière tentée une fois par Guthrie chez le chien qui vit les fonctions nerveuses, centrales et bulbaires, se rétablir après une interruption de circulation de vingt-neuf minutes. Il n'y a rien de nouveau sous le soleil, dit Ullmann, puisque dans les Védas on trouve déjà le récit d'une transplantation autoplastique de la tête pratiquée par Asvini sur le dieu Daksha, fils de Brahma, que Siva venait de décapiter.

Mais, pour résumer, les espérances fondées il y a quinze ans sur l'avenir des transplantations de tissus et d'organes ne se sont réalisées que très partiellement. L'hétéroplastie rencontre comme principal écueil l'anaphylaxie; l'homoplastie entre en conflit avec les propriétés biochimiques particulières de chaque individu. Les transplantations autoplastiques seules

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 58, p. 947.

donnent constamment de bons résultats. Parmi les greffes hétéroplastiques, celles d'os seules donnent des succès ; encore l'os ne reste-t-il pas tel quel, mais il est peu à peu modifié, absorbé et remplacé par du tissu de néoformation venant du sujet greffé. Les résultats de l'homoplastie sont variables, probablement suivant l'identité plus ou moins grande du sérum sanguin de deux individus de même espèce. S'il était possible de rendre identique le sérum sanguin de deux individus de même espèce et par conséquent de rendre identiques aussi leurs protoplasmes cellulaires, il est permis de supposer que l'homoplastie donnerait des résultats régulièrement aussi satisfaisants que ceux de l'autoplastie. Keysser semble avoir obtenu des résultats encourageants dans ce sens, mais de nouvelles recherches sont nécessaires. En tout cas, il faut absolument rejeter l'idée avancée par Roux en 1895 qu'un segment d'organisme peut vivre sur n'importe quel individu pourvu qu'il y rencontre les conditions habituelles de vie. La spécificité cellulaire descend plus bas que l'espèce, elle va jusqu'à chaque individu.

M. Lexer (d'Iéna) étudie dans son rapport les **transplantations libres**. Comme la bibliographie des quinze dernières années est très étendue, mais qu'elle contient maintes choses qui sont absolument inutilisables, Lexer préfère traiter la question d'après son expérience pratique personnelle.

Il y a une grande différence entre le point de vue clinique et le point de vue anatomo-pathologique quand il s'agit de répondre à cette question. Qu'est-ce que la réussite dans une transplantation libre ? Souvent l'histologiste dit échec, à cause de la disparition du tissu transplanté, et cependant, cliniquement, il s'agit d'un succès.

Un succès clinique peut s'obtenir, et c'est là le meilleur résultat possible, avec conservation intégrale du tissu transplanté. Mais il s'agit aussi d'un succès clinique quand la greffe disparaît lentement pendant que les tissus voisins prolifèrent et la remplacent. C'est même là le cas le plus fréquent. Succès clinique encore, la cicatrisation avec encapsulement complet, par exemple avec les os, tendons et fascias.

L'insuccès peut être dû au détachement de la greffe par suppuration : non pas nécessairement par infection grave de la plaie, mais simplement à cause de la réaction inflammatoire contre le corps étranger. Ceci se voit dans les transplantations homoplastiques seulement quand l'un des sujets est atteint de tuberculose ou de syphilis. Les différences cellulaires sont alors considérablement exagérées. Il peut y avoir aussi lente nécrose et élimination. Insuccès encore quand, la greffe ayant apparemment bien pris, la résorption marche plus vite que la prolifération des tissus environnants, par exemple dans les grandes pertes de substance de l'humérus. Insuccès enfin, sauf exceptions, quand la greffe disparaît lentement, avec remplacement cicatriciel.

Plus un tissu est histologiquement élevé, plus le succès est difficile. L'autoplastie donne les meilleurs résultats; l'homoplastie donne plus souvent une encapsulation cicatricielle; l'hétéroplastie ne vaut rien jusqu'à présent.

La greffe doit être suffisamment vivace, trouver une nutrition suffisante, et doit avoir un pouvoir de régénération suffisant pour remplacer les cellules qui se détruisent. Il faut manipuler les greffes avec beaucoup de douceur, les protéger contre le dessèchement et les antiseptiques.

Les causes d'insuccès sont surtout la suppuration et la présence de petits caillots sanguins qui empêchent la circulation de s'établir normalement. Il faut que le transplant adhère parfaitement à la surface sous-jacente. Il ne doit pas y avoir de ligne de suture à la surface du greffon. Le traitement post-opératoire doit tenir grand compte de l'utilisation fonctionnelle.

Lexer envisage ensuite les transplantations spéciales. Il signale comme nouveauté, dans les greffes cutanées, la transplantation de peau sans épiderme. La valeur de l'homoplastie cutanée et épidermique est très minime et les résultats publiés comme succès sont sujets à caution. Le plus souvent, il s'agit de substitution cicatricielle ou de cicatrisation sous-crustacée. Chez les tuberculeux, les greffes épidermiques donnent souvent lieu à la formation de kéloïde. Le grand avantage de la greffe épidermique est sa rapidité de prise. Le grand avantage de la greffe cutanée est sa plus grande résistance.

Pour les muqueuses, l'infection constante des surfaces crée des conditions moins favorables que pour la peau. Lexer a employé l'appendice pour combler une brèche de l'urètre, avec un succès remarquable. L'homoplastie muqueuse ne réussit pas.

L'autoplastie graisseuse est une excellente méthode. Une partie de la greffe n'est modifiée en rien, tandis qu'une autre montre les lésions qu'un greffon homoplastique montre dans sa totalité. Au visage, dans les cavités osseuses, pour la prévention des adhérences, dans la chirurgie articulaire et cérébrale, les indications sont nombreuses. Lexer a ainsi fermé un ventricule cérébral béant. Les muscles ne sont guère un bon tissu de transplantation.

La transplantation vasculaire est indiquée dans les pertes de substance des vaisseaux, dans les anomalies congénitales de l'urètre (veine saphène), dans les fistules de l'uretère et des voies biliaires, dans les autoplasties des tendons et des nerfs. Dans ce dernier cas (nerfs), l'homoplastie donne des résultats excellents; tandis que, pour les tendons, Lexer en est revenu à la transplantation de tendons. Lexer décrit celle-ci en détail. La source de tendons utilisables pour l'autoplastie tendineuse n'est pas abondante : c'est le tendon du grand palmaire et les extenseurs des trois derniers orteils. Pour les fascias, le fascia lata fournit les greffons. Le péritoine de sacs herniaires et la membrane d'hydrocèle peuvent servir à combler des pertes de substance de la dure-mère, mais Lexer est sceptique au sujet du succès sans adhérences.

Pour la transplantation osseuse, Lexer admet (comme Ollier) que la meilleure substance est de l'os frais avec son périoste. Il admet le rôle primordial du périoste, aujourd'hui si battu en brèche. Les applications des transplantations osseuses sont si multiples et variées que les énumérer toutes demanderait un volume. Les transplantations de cartilage et d'articulations sont particulièrement soignées dans le rapport de Lexer. L'hémitransplantation articulaire donne des résultats excellents. Il ne peut s'agir que d'homoplastie, sauf pour les petites articulations des doigts. Les articulations sont prises sur des membres fraîchement amputés. Dans des cas de Lexer et de Küttner (genou), la fonction est presque normale. Il a aussi eu des succès après transplantation totale du genou, mais le mécanisme articulaire est altéré; il s'agit alors, en somme, d'une pseudarthrose mobile. Le transplant est très difficile à obtenir, ce qui rend l'application de la méthode exceptionnelle.

La transplantation de membres entiers et celle d'organes n'est pas encore entrée dans la pratique. Peut-être la parabiose (suture des systèmes vasculaires de deux individus) permettra-t-elle de triompher des différences cellulaires.

Toujours sur le même sujet, M. Carrel expose le résultat de ses expériences, particulièrement au point de vue des **transplantations d'organes**. Il est acquis qu'une transplantation autoplastique vit toujours, une transplantation homoplastique réussit souvent, une transplantation hétéroplastique jamais. Pour le rein particulièrement, Carrel a démontré (photographies à l'appui) que, si l'on enlève les deux reins à un animal et qu'on lui en réimplante un par suture de l'artère et de la veine rénales et de l'uretère, l'animal survit. Le rein continue à fonctionner normalement, bien qu'on l'ait détaché de toutes ses connexions vasculaires et nerveuses pendant une demi-heure ou plus, perfusé à la solution de Locke et resuturé. Mais si, après néphrectomie, on réimplante le rein d'un autre animal de la même espèce,

l'animal meurt toujours. Si l'on fait une néphrectomie d'un côté avec transplantation d'un rein d'animal de même espèce, l'animal survit, mais au bout de quelques jours (10 en moyenne) l'albumine apparaît dans l'urine. Quelquefois il y a hématurie. Au bout de trente jours, l'albumine existe en quantité considérable ; au bout de six mois, elle disparaît, mais c'est que le rein transplanté, après avoir été atteint d'inflammation parenchymateuse et interstitielle diffuse, s'est sclérosé et atrophié. Il y a là le phénomène d'antagonisme protoplasmique de deux individus qui est la cause d'insuccès absolu des greffes hétéroplastiques et se retrouve, quoique à un moindre degré, dans les greffes homoplastiques. Peut-être arriverait-on à diminuer ce phénomène en se servant d'animaux proches parents, mère et fils par exemple.

En ce qui concerne les transplantations de membres entiers, Carrel a obtenu deux succès temporaires (patte de chien). Les animaux moururent au vingt et unième jour quand le succès semblait assuré. A l'autopsie on trouva que les deux animaux souffraient d'une infection générale (pneumonie). C'est probablement ce qui explique le succès plus grand. Les moyens de défense de l'organisme étant occupés contre l'infection générale ont donnés aux tissus homoplastiques le temps de se greffer. Des essais ont été faits d' « occuper » ainsi les moyens de défense après qu'une greffe de membre avait été faite, par exemple par un abcès de fixation. Toutefois, le succès s'est fait attendre jusqu'ici.

Les cellules de la moelle osseuse et de la rate sont probablement les agents de défense contre les corps greffés, et Carrel rappelle les expériences de James Murphy, du Rockefeller institute, qui greffant des tumeurs sarcomateuses sur l'embryon de poulet, les voit se développer très bien, à moins qu'en même temps on n'ait greffé un fragment de rate ; auquel cas la greffe sarcomateuse ne prend pas.

Au point de vue technique, la transplantation autoplastique et homoplastique du rein est chose fixée. Toutefois, avant qu'on puisse appliquer une transplantation homoplastique chez l'homme, il faudra résoudre certains problèmes biologiques de spécificité cellulaire et humorale, sans la solution desquels la transplantation homoplastique du rein ne saurait être applicable dans l'espèce humaine.

Discussion.

M. Murphy (de Chicago) a été particulièrement intéressé, dans ce que Lexer a dit, par ce qui se rapporte à la chirurgie articulaire. Dans le traitement des ankyloses articulaires, il faut non seulement empêcher l'union des extrémités articulaires, il faut obtenir du glissement. Murphy a appliqué avec plein succès au genou la méthode d'interposition de fascia et de graisse. Il ne l'a pas encore appliquée à la hanche. Il fait une série de projections photographiques d'opérés des plus remarquables.

M. Depage (de Bruxelles) résume les résultats d'expériences faites chez le chien par lui et son collaborateur, M. le docteur Danis, en vue d'étudier la possibilité d'appliquer la transplantation de segments de la veine jugulaire externe au rétablissement de la continuité du tractus biliaire. Après les premières tentatives infructueuses, il a été parfaitement possible d'obturer une perte de substance de la vésicule biliaire par une pièce de paroi vasculaire. La paroi externe de cette greffe acquiert un nouveau revêtement épithélial. Il a été aussi possible de rétablir la continuité du canal cholédoque et même de la remplacer en totalité par un segment de jugulaire externe. Bien qu'il soit prématuré de conclure d'expériences sur l'animal à l'application en chirurgie humaine, il y a là un champ qui promet.

M. Freeman (de Denver) a eu un grand nombre de cicatrices rouges, hypertrophiées et rétractiles à traiter. Dans la région du cou, de telles cicatrices gênent considérablement les mouvements de la tête. Freeman interpose un lambeau de fascia prélevé sur le fascia lata. Dans la position normale de la tête, la cicatrice est presque linéaire ; dans l'extension, la greffe de fascia lata remédie à la limitation des mouvements.

M. Porter (de Boston) parle d'une méthode de greffe dermo-épidermique en deux temps qu'il a fréquemment employée dans les cas de brûlures dues aux rayons X. Il ne recommande pas cette méthode à la période précancéreuse de l'affection, mais seulement quand la peau montre cette condition de sénilité qui est l'avant-coureur de cette période précancéreuse.

M. Mac Kenzie (de Portland, Oregon) fait remarquer que l'on a dit bien peu de chose, sinon rien, sur les *transplantations nerveuses*. Il rapporte un cas intéressant de maladie de Recklinghausen ayant déterminé la formation d'un gros neurofibrome métastatique dans le nerf sciatique, pour lequel on pratiqua une résection de celui-ci au-dessous des muscles fessiers. A la suite de cette résection apparurent des troubles trophiques si marqués que Mc Kenzie fit une anostomose entre les nerfs poplités interne et externe, ce qui amena une amélioration. Pour remédier à la paralysie de certains muscles, il fendit un des filets non paralysés et implanta simplement le bout des fibres dans une fente faite dans le muscle. Au bout de plusieurs mois, les troubles trophiques avaient complètement disparu, et la fonction motrice était revenue en partie.

M. Carrel (de New-York) croit que M. Villard n'a pas mis exactement au point la question des greffes de segments vasculaires conservés. Ces greffes, quand elles sont homoplastiques, ne sont point absorbées et remplacées par des tissus de l'individu, mais continuent à vivre parfaitement de leur vie propre. Il y a maintenant à l'Institut Rockefeller, à New-York, un service spécial de conservation de tissus à basse température, en vue des transplantations. Il déclare aussi que la greffe veineuse n'est point plus difficile que la greffe artérielle, comme le soutient M. Villard, mais au contraire plus facile, surtout lorsqu'il y a une différence de calibre entre les vaisseaux.

***

Les cliniques dans les hôpitaux et surtout la visite complète de l'Institut Rockefeller ont vivement intéressé les congressistes. Le côté social du Congrès, banquet, théâtre, réceptions a été fort brillant, peut-être même un peu trop chargé, au dire de certains congressistes, mais on ne saurait vraiment s'en plaindre. Ce n'est pas tous les jours qu'un Congrès chirurgical de cette importance amène en Amérique un tel nombre de sommités médicales européennes.

Si l'on veut essayer de résumer en quelques mots l'impression qui se dégage des travaux du Congrès sur les trois grandes questions mises à l'ordre du jour, on peut signaler :

1° En ce qui concerne les amputations : les *tendances extrêmement conservatrices* qui feront que les amputations, jadis la plus grosse partie de la chirurgie, deviendront des raretés ; les perfectionnements de l'asepsie et de la technique permettant plus d'opérations économiques et affranchissant des procédés dits d'élection ; la tendance à remplacer la bande d'Esmarch par des procédés de ligature et de dissection progressives ; enfin le remplacement des méthodes ostéoplastiques compliquées par la simple transplantation osseuse, ou l'évidement médullaire avec ablation périostique.

2° Pour la fréquence de l'*ulcère gastrique* et de l'*ulcère duodénal*, il y a de grandes divergences entre l'école française et l'école anglaise et américaine. Au point de vue thérapeutique, on tend à ne plus se contenter de la gastro-entérostomie simple, mais à la *compléter* par des mesures *plus radicales*, excision et pylorectomie, surtout quand il s'agit d'ulcères calleux. Pour l'ulcère du duodénum, la méthode conseillée par à peu près tous est la gastro-entérostomie *avec exclusion du pylore*. On est d'accord sur la nécessité

d'un traitement médical prolongé qu'il ne faut pas *opposer*, mais *associer*, au traitement chirurgical.

3° Pour les TRANSPLANTATIONS, l'*autoplastie* est sûre, l'*homoplastie* infidèle, l'*hétéroplastie* mauvaise. Expérimentalement la technique d'implantation de certains organes, rein en particulier, est complète ; mais les applications à l'homme restent problématiques, tant que l'on ne saura triompher des obstacles dressés par l'anaphylaxie et la spécificité humorale. L'autoplastie a devant elle un brillant avenir. Les transplantations osseuses sont un champ fertile, à ressources presque illimitées.

F. GARDNER
(de New-York).

ACTUALITÉS

L'ÉPICONDYLALGIE

Il s'agit d'une affection singulière à divers titres. Il n'y a pas vingt ans qu'elle a été pour la première fois observée ou décrite et depuis cette époque elle a été de nouveau découverte à plusieurs reprises et baptisée de noms différents suivant le goût de chacun. Celui par lequel elle est désignée en tête de cet article lui a été donné par Féré. Il est assez défectueux parce qu'il manque de précision, mais provisoirement il est bon sans doute pour la même raison. L'épicondylalgie est, en effet, un trouble morbide encore bien mal défini et peut-être d'ailleurs hétérogène. Les auteurs qui s'en sont occupés ne paraissent être tout à fait d'accord ni sur les symptômes par lesquels il se manifeste, ni sur les causes qui le déterminent, ni sur les lésions qu'il comporte. Et cependant l'épicondylalgie existe incontestablement. A travers toutes les divergences, on aperçoit des analogies qui se répètent de description en description et donnent l'impression de constituer un type pathologique doué d'une réelle consistance. Qu'à côté de celui-ci et plus ou moins confondu avec lui il y en ait un autre, plusieurs autres même, ceci est à examiner et s'éclaircira peu à peu. Il n'est pas rare en tout cas de voir se dissocier de pareils syndromes.

Mais avant d'aller plus loin, pour objectiver un peu le sujet de cette petite étude et remplacer une définition trop difficile, le plus simple est de montrer en quelques mots ce qu'est la maladie dans sa forme la plus courante.

L'individu qui en est atteint, au cours d'un travail professionnel, d'un exercice sportif, d'une besogne quelconque mettant en jeu les muscles à insertion épicondylienne de l'avant-bras, a ressenti dans la région externe du coude une douleur soit soudaine et vive à la suite d'un effort plus violent, soit sourde et progressive si le travail musculaire a été seulement prolongé. Cette douleur est épicondylienne ou juxta-épicondylienne. Une pression à ce niveau l'exagère de même que les mouvements d'extension et de supination de la main. Elle s'irradie à l'avant-bras. Si elle était très aiguë, elle s'atténue rapidement, mais ainsi diminuée elle persiste pendant des semaines et parfois des mois, provoquant une impotence fonctionnelle marquée et reprenant toute son intensité quand le malade se replace dans les conditions qui l'ont fait apparaître. Enfin quoiqu'elle soit très rebelle à toute thérapeutique, elle finit toujours par guérir au bout d'un temps qui varie entre une semaine et un an.

Voilà un tableau très schématique de l'épicondylalgie, il permet de la reconnaître sous les nombreuses étiquettes qu'elle a reçues.

Remak l'avait, paraît-il, déjà signalée. Mais les premières études qui en ont été faites datent de 1896. En cette même année Bernhardt, en Allemagne, décrivit, à l'aide d'une trentaine d'observations, une névralgie professionnelle de l'épicondyle; en France, Molle (d'Aubenas) publia dix observations de névralgie épicondylienne et Couderc présenta à Bordeaux une thèse sur « un nouvel accident professionnel des maîtres d'armes dû à la rupture probable et partielle du tendon épicondylien ».

En 1897, parurent une « Note sur l'épicondylalgie » de Féré et la thèse de Rivière traitant également de l'épicondylalgie.

Bähr en 1900 crut découvrir ce qu'il appela le « Tennisschmerzen » et de même Clado, en 1902, le « Tennis arm ».

Puis vinrent d'assez nombreuses études consacrées à « l'épicondylite » de Vulliet (1909), de Franke (1909-1910), de Momburg, de Bernhardt (1910), des articles de Preiser (1907-1910) proposant, pour désigner l'affection, le terme « difformité statique », une note de Le Clerc (1911), enfin un article récent (1914) de William Pearce Coues intitulé « Epicondylite ou Tennis-elbow ».

Parmi les conditions étiologiques dans lesquelles apparaît l'épicondylalgie, il en est une essentielle et dont la constance est assez remarquable pour qu'on se demande si les observations qui ne la signalent pas concernent des faits de même ordre, c'est le travail imposé aux muscles ou à certains muscles de la région postéro-externe de l'avant-bras. Ce travail n'est pas nécessairement violent, il suffit qu'il soit répété ou soutenu et prolongé. Le plus souvent cependant c'est un effort plus intense et brusque qui semble déclancher l'épicondylalgie.

Elle est si fréquente dans quelques sports qui fatiguent l'avant-bras qu'on a pu la considérer comme un accident particulier à chacun d'eux. L'escrime et le tennis, ce dernier surtout, ont un fâcheux privilège à cet égard. Mais tout autre exercice mettant en jeu le groupe musculaire épicondylien peut avoir les mêmes effets. Les premières observations publiées par Bernhardt concernaient des violonistes et des copistes. Molle a vu l'épicondylalgie se produire chez des cultivateurs pratiquant la taille des mûriers ou le gaulage des noix. Les malades de Féré étaient des hommes et des femmes travaillant à la buanderie de Bicêtre et employés soit à porter le linge, soit à l'étendre. On a pu noter les étiologies les plus diverses mais ayant toutes le caractère commun qui vient d'être signalé. Citons parmi les professions des malades celles de cocher, de corroyeur, de cordonnier, de rinceur de verres, de trieuse de pois secs, etc.

Les auteurs ont souvent cherché à préciser physiologiquement la nature de la cause, c'est-à-dire la forme du travail musculaire qui avait amené l'accident, mais cet élément n'est pas nécessairement le même dans tous les cas. C'est tantôt un mouvement d'extension de la main et des doigts, tantôt un mouvement alternatif de pronation et de supination, une supination forcée, souvent une immobilisation brusque de la main dans une position intermédiaire à la pronation et à la supination, l'avant-bras étant à demi fléchi.

Après ce qui vient d'être dit sur les conditions provocatrices de l'épicondylalgie, on ne sera pas surpris que le bras droit soit plus fréquemment atteint et que l'affection soit surtout masculine. D'après Clado le tennis-arm ne se rencontre que chez les hommes et presque uniquement chez les forts joueurs, fournissant un travail et des efforts plus considérables. Franke par contre a surtout observé l'épicondylite sur des femmes, ce qui tient évidemment, comme il le suggère lui-même, à ce qu'il ne donne guère ses soins qu'à des malades de ce sexe.

Le traumatisme musculaire existe-t-il à l'origine de toutes les épicondylalgies? C'est ce qui semble ressortir de la plupart des travaux parus sur la question. Cependant ni Vulliet, ni Franke ne le croient. Le premier admet que la douleur épicondylienne peut être le résultat d'un choc direct ou se produire en dehors de tout traumatisme. Franke est beaucoup plus affirmatif encore. Pour lui elle n'est que rarement traumatique, elle survient presque toujours pendant ou après une atteinte de grippe, souvent après un léger refroidissement,

quelquefois chez un goutteux mais jamais comme conséquence de la blennorragie, de la syphilis ou du diabète. Il a remarqué que plusieurs de ses malades, outre l'épicondylite, présentaient diverses affections rhumatismales : périarthrite du coude, du poignet, douleurs du trochanter, du scaphoïde tarsien, du condyle interne du genou.

L'épicondylalgie, mis à part les cas où elle est spontanée, débute de deux façons. Tantôt la douleur apparaît d'une façon soudaine, à la suite d'une violente contraction musculaire. Elle donne alors l'impression d'une déchirure profonde, elle rappelle le coup de fouet, dit Couderc. Elle peut être si brutale que le membre semble momentanément paralysé. Tantôt elle ne se développe que lentement vers la fin de l'exercice qui l'a déterminée sous la forme d'un endolorissement croissant peu à peu jusqu'à causer une souffrance véritable.

Au bout de quelques heures ou de quelques jours quel qu'ait été le mode de début, l'état du malade se trouve caractérisé par les symptômes suivants :

Le signe capital est la douleur. D'une façon générale elle siège dans la partie externe de la région du coude. Mais tous les auteurs ne s'entendent pas sur sa localisation exacte, sur le point où elle est le plus vivement ressentie, soit spontanément, soit sous l'effet de la pression. Le siège le plus constant, le plus habituellement indiqué du moins, est l'épicondyle même. Vulliet précise et dit que le point douloureux est situé en dedans du sommet de l'épicondyle immédiatement au-dessus de l'interligne radio-huméral. Selon Clado l'endroit le plus sensible se trouve notablement plus bas, au-dessous de la cupule radiale, sur la partie la plus élevée du bord externe de l'avant-bras et dans une zone contiguë de la face postérieure. D'après Le Clerc, c'est au niveau du tendon des muscles épicondyliens, au-dessous de l'épicondyle, sur une étendue de un centimètre à un centimètre et demi qu'il faut chercher la douleur provoquée par la pression. Féré divise à ce point de vue les faits en deux catégories. Dans l'une, la douleur prédomine sur l'épicondyle et sur les muscles qui s'y insèrent. Dans l'autre, elle est beaucoup plus marquée au niveau de la partie antérieure de l'articulation du côté radial, au niveau du ligament latéral externe et du ligament annulaire, c'est-à-dire dans les points mêmes où le court supinateur prend ses insertions.

La douleur s'irradie toujours dans la région postérieure de l'avant-bras, vers son bord externe et souvent jusqu'aux doigts. Momburg seul parle d'irradiations vers le bras et vers l'épaule.

Un second symptôme, d'importance variable mais également constant est l'impotence fonctionnelle. Clado fait remarquer que les mouvements passifs restent faciles, tandis que les mêmes mouvements spontanément exécutés, c'est-à-dire actifs, sont pénibles et réveillent une douleur qui peut être extrêmement vive. En général l'impotence s'étend à la plupart des déplacements de la main et de l'avant-bras. Souvent elle est plus prononcée pour les mouvements analogues à ceux qui ont provoqué l'accident. Parmi les plus douloureux, Clado cite la pronation forcée et surtout la supination, Vulliet l'acte de soulever un fardeau, l'avant-bras étant en pronation et en demi-extension, Le Clerc le passage de l'extension à la flexion avec supination, Coues la préhension d'un objet dur et rond. Certains mouvements usuels comme celui qui consiste à porter un verre à sa bouche ou à passer sans aide les manches d'un vêtement deviennent difficiles sinon impossibles. Rivière insiste sur la diminution de la force musculaire et sur la difficulté fréquente qu'éprouve le malade à opposer le pouce au petit doigt.

Pour bon nombre d'auteurs les troubles fonctionnels constituent à eux seuls toute la maladie et l'absence de signes objectifs est un des caractères de l'épicondylalgie. Cette opinion est probablement trop absolue. Clado a observé 4 fois sur 10 un gonflement diffus de la région douloureuse et il a vu se produire, comme complication secondaire, un ostéome musculaire. Franke a constaté deux ou trois fois une tuméfaction bien accusée et une fois il a senti chez un véritable goutteux atteint de la maladie un petit nodule épycondylien dur. Momburg a cru reconnaître quelquefois un peu d'empâtement périostique. Coues a observé radiographiquement dans deux cas et plusieurs mois après l'accident des spicules osseuses détachées de l'épicondyle. Et Preiser enfin aurait observé chez ses malades une disposition anormale de la tête radiale qui, sur les radiographies, déborde en dehors une verticale passant par le sommet de l'épicondyle.

En tous cas on n'a jamais vu d'ecchymose, ni perçu de signe de fracture de l'épicondyle. D'autre part l'articulation du coude conserve toujours une mobilité parfaite.

Une des particularités les plus notables de l'épicondylalgie est la longueur de son évolution souvent tout à fait disproportionnée avec la gravité des lésions qu'on peut soupçonner. Il n'est pas rare de voir la maladie persister pendant de longs mois. Les cas de Féré ont guéri en quinze jours environ, Clado fixe à un mois la durée moyenne du tennis-arm, mais il a vu des malades en souffrir pendant six mois et dans les deux observations de Le Clerc la douleur n'avait pas encore disparu au bout de quatorze et de quinze mois.

Les récidives sont fréquentes surtout quand l'exercice ou le travail provocateurs sont repris prématurément. Certains joueurs de tennis sont même obligés, paraît-il, d'abandonner ce sport définitivement. Mais la guérison est néanmoins la règle. On peut dire qu'elle est spontanée dans la majorité des cas.

La maladie est en effet remarquablement rebelle à tous les moyens de traitement. On a employé la révulsion et l'électricité sous toutes leurs formes. Vulliet a fait une fois une injection d'alcool. Franke a réséqué l'épicondyle. Tout cela n'a donné aucun succès. Par contre, Franke aurait obtenu quelques améliorations avec le salicylate de soude, et Le Clerc dit que le sulfate de quinine a pu calmer les douleurs de ses malades. Mais seuls paraissent être vraiment utiles le massage et surtout le repos aussi absolu et aussi prolongé que possible du membre atteint. Clado y joint l'application d'un bandage roulé sur l'avant-bras.

De tout ce qui touche à la douleur épicondylienne, la pathogénie est encore le point le plus obscur et le plus discuté. Les avis sont partagés aussi bien sur le siège que sur la nature de la lésion causale.

La plupart des auteurs placent cette lésion dans les muscles ou dans le tendon épicondylien. Clado incrimine même particulièrement le court supinateur. Il s'agirait d'une distension ou d'une rupture des fibres musculaires ou tendineuses d'après Bernhardt, Féré, Couderc, Clado; d'une amyosthénie d'après Rivière; d'un rhumatisme musculaire d'après Le Clerc.

Suivant une autre opinion, l'affection a son siège dans l'apophyse épicondylienne elle-même. L'épicondylalgie est une épicondylite. Mais tandis que Franke estime que la lésion est d'origine infectieuse, Momburg et Coues la croient traumatique et causée par les tiraillements musculaires. Momburg compare cette périostite à celle qu'on observe au niveau du tibia chez les soldats à la suite des longues marches.

Coues s'appuie pour défendre cette théorie de la périostite traumatique sur les constatations radiographiques qui lui ont montré des arrachements de particules osseuses au niveau de l'épicondyle.

La théorie de Preiser, enfin, lui est tout à fait personnelle. L'épicondylalgie est favorisée par une difformité statique qui consiste en une saillie anormale de la tête radiale en dehors et qui rentre dans la catégorie des arthrites déformantes. Sur un coude ainsi déformé la contraction simultanée du long et du court supinateur, telle qu'elle se produit dans certains mouvements, peut causer une déchirure des ligaments articu-

laires qui sont alors atteints d'une sorte d'inflammation chronique.

En somme nous manquons, on le voit, de données certaines sur la cause intime de l'affection. Au premier abord elle rappelle par certains côtés la talalgie dont le mécanisme exact, s'il est un peu mieux connu, n'est d'ailleurs pas parfaitement éclairci, car on ne sait pas bien pourquoi certaines exostoses calcanéennes sont douloureuses et pourquoi d'autres ne le sont pas. Mais la douleur est beaucoup moins bien localisée dans l'épicondylalgie, elle a beaucoup plus souvent comme origine nette le traumatisme musculaire, et l'altération osseuse, du moins dans l'état actuel de nos connaissances, y semble nulle dans la majorité des cas ou bien peu prononcée.

On peut essayer, en dégageant les caractères les plus nets et les plus constants de l'épicondylalgie, de s'en faire une idée, au moins provisoire, au point de vue nosographique.

Une forme paraît incontestable, c'est la forme traumatique. Dans les cas de ce genre, il s'agit très probablement d'altérations musculo-tendineuses portant sur le groupe épicondylien, surtout sur le court supinateur et s'étendant parfois jusqu'aux points d'insertion, c'est-à-dire jusqu'au périoste épicondylien et aux ligaments articulaires. La persistance anormale des troubles fonctionnels en ces cas tient sans doute à ce que la réparation des lésions, si petites soient-elles, se fait mal dans un organe qu'il est bien difficile de soumettre à un repos absolu. Elle est causée peut-être aussi par une prédisposition de nature indéterminée — mettons arthritique — du sujet à faire des troubles douloureux de cette sorte.

Il est possible qu'il existe, en outre, une véritable apophysite infectieuse, mais nous n'avons pas encore, malgré les faits de Franke, d'éléments suffisants pour nous prononcer sur cette forme de l'épicondylalgie.

P. CHASTENET DE GÉRY.

BIBLIOGRAPHIE

BÄHR. Tennisschmerzen, *Deut. med. Woch.*, 1900, n° 44, p. 713.

BERNHARDT. Ueber eine wenig bekannte Form des Beschäftiguntgsneuralgie, *Neurol. Centralbl.*, 1896, p. 13; — Bemerkungen zu dem Aufsatz f. Frankes : Ueber Epicondylitis humeri, *Deut. med. Woch.*, vol. XXXVI, p. 221.

William PEARCE COUES. Epicondylitis (Franke) or tennis-elbow, *The Boston med. and surg. Journ.*, 1914, n° 13, p. 461.

CLADO. Tennis-arm, *Progrès méd.*, 1902, n° 44, p. 273.

COUDERC. *Etude sur un nouvel accident professionnel des maîtres d'armes dû à la rupture probable et partielle du tendon épicondylien*, Th. de Bordeaux, 1896.

FÉRÉ. Note sur l'épicondylalgie, *Revue de méd.*, 1897, p. 145.

FRANKE. L'épicondylite, *Semaine méd.*, 10 nov. 1909, p. 535; — Ueber Epicondylitis humeri, *Deut. med. Woch.*, vol. XXXVI, n° 1, p. 13; — *Id.*, 1910, n° 9, p. 430; — *Id.*, 1910, n° 21, p. 999.

LE CLERC. L'épicondylite, *Semaine méd.*, 1911, p. 276.

MOLLE. De la névralgie épicondylienne, *La Loire méd.*, 1896, n° 10, p. 245.

MOMBURG. Ueber periostitis am Epicondylitis humeri, *Deut. med. Woch.*, vol. XXXVI, p. 221.

RIVIÈRE. *De l'Epicondylalgie*, Th. de Paris, 1896-1897.

PREISER. *Centralbl. f. Chir.*, 1907, n° 3, p. 65; — *Zeit. f. Orthop. Chir.*, Bd XXV, s. 415; — Arthritis deformans Cubitus, *Deut. med, Woch.*, vol. XXXVI, p. 221.

VULLIET. L'épicondylite, *Semaine méd.*, 1909, p. 261.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 22 MAI 1914)

Vitiligo et signe d'Argyll. — MM. MERKLEN et LEBLANC rapportent un cas de vitiligo chez un tuberculeux cachectique, dont un signe d'Argyll concomitant permettait de reconnaître l'origine syphilitique. Ce cas vient à l'appui d'observations antérieures du même ordre. La réaction de Wassermann était négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, le vitiligo et le signe d'Argyll persistaient comme témoins rétrospectifs et indélébiles d'une syphilis biologiquement guérie.

M. ETIENNE (de Nancy) envoie une observation intéressante de vitiligo généralisé chez une hérédo-syphilitique, fait qui vient à l'appui de l'origine de cette affection.

M. QUEYRAT croit que le vitiligo est le plus souvent d'origine syphilitique, mais il convient cependant à ce sujet de faire quelques réserves. Il a eu l'occasion de constater du vitiligo chez des jeunes gens avant l'apparition du chancre et sans qu'on puisse invoquer l'hérédo-syphilis.

Pneumothorax complet sans symptômes fonctionnels. — M. CASTAIGNE a eu l'occasion d'observer un pneumothorax complet mais sans symptômes fonctionnels. Le malade avait été pris brutalement et l'on pouvait se demander s'il s'agissait d'un pneumothorax produit par rupture d'une vésicule emphysémateuse ou d'une tuberculose en évolution.

La radioscopie montra une condensation manifeste du sommet droit et des ganglions trachéo-bronchiques tuberculeux.

L'évolution de ce pneumothorax fut rapide et heureuse, sans qu'il se complique d'aucun épanchement.

M. SIREDEY rappelle à propos de ce cas qu'il a eu assez fréquemment l'occasion d'observer des pneumothorax sans signes fonctionnels et qu'une auscultation attentive permettait seule de déceler.

Leucémie embryonnaire avec anémie pernicieuse. — MM. Marcel LABBÉ et Abel BAUMGARTNER communiquent une observation de leucémie embryonnaire, survenue chez une femme de vingt-six ans et qui évolua en deux mois. Ce cas présente certaines particularités intéressantes. 1° Au point de vue clinique, la plupart des symptômes ordinaires de la leucémie aiguë faisaient défaut; il n'y avait ni tuméfaction ganglionnaire ni hypertrophie de la rate et du foie, ni stomatite pseudo-scorbutique, ni hémorragies viscérales. Les seuls signes constatés étaient la pâleur des téguments, l'asthénie profonde, et quelques taches purpuriques anciennes et récentes. Il semblait donc s'agir d'une anémie pernicieuse, et seul l'examen hématologique donna le diagnostic réel. 2° L'examen du sang montra une anémie intense (510000 g. b.), une faible leucocytose (14400) et quelques rares hématies nucléées. La résistance globulaire était normale. Sur les lames, on trouvait, dans la proportion de 52 p. 100, la cellule embryonnaire : grand mononucléaire non granuleux, à protoplasma basophile, renfermant des granulations allongées en bâtonnet, colorées en rouge par le Mey-Grunwald-Giemsa. Le noyau, arrondi, ou ovalaire, ou réniforme, était plus basophile que le protoplasma. On trouvait, en outre, 20 p. 100 de polynucléaires neutrophiles et 7 p. 100 de myélocytes neutrophiles. Il n'y avait pas d'éosinophiles. 3° Au point de vue histologique, la moelle était riche en cellules embryonnaires et pauvre en cellules évoluées. La cellule souche infiltrait aussi la rate, les ganglions, le foie. Mais la texture de ces organes était normale, car les follicules lymphoïdes et les cordons n'étaient pas détruits.

En résumé, il s'agit d'une leucémie embryonnaire, mais la

présence de leucocytes dans le sang et la prépondérance des altérations de la moelle sur celles des organes lymphoïdes plaident en faveur de l'origine myéloïde de cette leucémie.

Cholécystite calculeuse. Acidose. Coma. — M. R. Bensaude rapporte, à propos de l'observation de MM. Marcel Labbé et Baumgartner, un nouveau cas de coma avec acidose, survenu en dehors du diabète.

Il s'agit d'une femme de trente-huit ans, souffrant depuis huit ans de coliques hépatiques et ayant eu de l'ictère avec décoloration persistante des matières.

Au moment où l'auteur l'examine, elle présente des signes nets de cholécystite avec péri-cholécystite; fièvre légère (37 à 38 degrés); pouls très fréquent (130 à 140) et diarrhée.

Peu de jours avant sa mort, la malade devient somnolente et l'on est frappé de l'odeur aigrelette de l'haleine et de l'urine. Celle-ci contient de l'acétone et de l'acide diacétique, mais pas de sucre. Les injections de sérum au bicarbonate de soude diminuent passagèrement l'état comateux, mais malgré la persistance du traitement alcalin, la malade succombe environ quatre jours après l'apparition des premiers phénomènes de torpeur.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 20 MAI 1914)

Chorio-épithéliomes. — M. Cunéo apporte trois observations de malades chez lesquelles il a pratiqué l'hystérectomie pour des chorio-épithéliomes, quelques semaines ou un ou deux mois après une fausse couche. Dans la plupart de ces cas le diagnostic a pu être fait grâce à l'abondance et à la persistance des hémorragies. De ces trois malades l'une a été opérée il y a trois ans, une autre il y a deux ans, la troisième tout récemment. Jusqu'ici celles qui ont été opérées il y a deux et trois ans ne présentent aucune menace de récidive. M. Cunéo insiste sur l'importance, dans ces cas, de la précocité de l'intervention.

Sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus, désarticulation interscapulo-thoracique. — M. Mauclaire fait un rapport sur une observation de M. Soubeyran (de Montpellier). Il s'agit d'un sarcome volumineux de la partie supérieure de l'humérus, ayant présenté une marche rapide et pour lequel M. Soubeyran pratique la désarticulation interscapulo-thoracique avec résection du tiers externe de la clavicule. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome globo-cellulaire. Le malade a guéri, mais n'a pas été revu. M. Jeanbraud a publié des guérisons datant de sept et même dix ans après cette opération. Pour éviter le shock, chez ces malades, on a proposé le blocage des nerfs et l'anesthésie intra-trachéale par l'éther.

M. Mauclaire a pratiqué trois fois cette opération pour des sarcomes et a toujours vu la récidive ou la généralisation survenir très rapidement.

M. Riche trouve qu'on exagère beaucoup les dangers du shock nerveux chez ces malades. Dans trois cas où il est intervenu, ses malades n'ont pas présenté le moindre shock.

M. Rochard n'a pas observé non plus de shock dans les cas qu'il a opérés.

M. Tuffier pense que l'anesthésie locale et l'anesthésie régionale pourraient être employées avec avantages dans ces cas.

Ostéosarcome de l'extrémité inférieure du fémur. — M. Delbet analyse une observation de M. Chevassu. Il faut, dit-il, distinguer les tumeurs à myéloplases des véritables ostéosarcomes. Dans le cas de M. Chevassu, il s'agissait bien d'une tumeur farcie de myéloplases, mais contenant aussi des cellules fusiformes et même des cellules cubiques. La radiographie a montré qu'on pouvait tenter une opération conservatrice, la coque osseuse enveloppant la tumeur étant très nette; on y constatait même une ostéite condensante de défense. C'est là un signe diagnostique important. M. Chevassu pratiqua l'évidement de la tumeur et combla la cavité par un plombage selon la formule de M. Delbet, ce qui lui a permis d'obtenir une réunion par première intention. La cavité était volumineuse; il fallut, pour la combler, 150 centimètres cubes de la cire de M. Delbet. M. Chevassu a fait l'opération et le plombage sans la bande d'Esmarch. Il n'y a pas eu d'écoulement sanguin et on a pu réunir sans drainage. Les points de suture ont été enlevés le dixième jour. Pour l'un d'eux il s'est fait un léger écoulement de sérosité ne contenant ni iode, ni cire. La réunion était parfaite après quarante-deux jours. M. Chevassu a fait porter à son malade un appareil prothétique pour éviter toute déviation osseuse. M. Chevassu a fait l'opération et le plombage sans la bande d'Esmarch. Mais on peut retirer la bande d'Esmarch après l'opération, le plombage étant par lui-même un moyen hémostatique des plus puissants. C'est même là un avantage très appréciable.

M. Robineau rapproche de ce fait celui d'une jeune fille de dix-neuf ans qui portait une tumeur relativement bénigne du condyle du fémur. Il fit l'évidement sans bande d'Esmarch; cela saigna, mais le plombage arrêta aussitôt l'hémorragie. La malade a guéri. Avant l'opération elle souffrait beaucoup, elle ne souffrit plus après. Deux mois après, elle avait encore une certaine gêne dans la flexion et l'extension; mais elle a pu marcher sans appareil spécial et ne présente aucune déformation du condyle, aucune déviation osseuse. Dans ce cas, M. Robineau s'est beaucoup loué de l'emploi de la cire de M. Delbet.

Traitement des cystites tuberculeuses par des injections de cultures de bacille lactique. — M. Marion fait un rapport sur un travail présenté, à ce sujet, par M. Vinay. On sait les souffrances endurées par les malades atteints de cystite tuberculeuse, les difficultés et l'inefficacité de toutes les injections proposées. Après des expériences sur des lapins ayant subi l'inoculation tuberculeuse intravésicale et traités par des injections de cultures de bacille lactique et comparés aux lapins témoins n'ayant pas eu d'injections, expériences très concluantes en faveur de l'efficacité de ce traitement, M. Vinay a eu recours à ces injections sur des malades du service de M. Marion, atteints de cystite tuberculeuse. Tous les malades ont été rapidement et nettement très améliorés. La transformation de ces malades est presque instantanée. C'est là une méthode appelée à rendre les plus grands services.

M. Bazy demande à M. Marion combien d'injections il faut faire.

M. Marion répond qu'il fait faire trois injections par semaine.

M. Quénu rappelle, à ce propos, l'action de l'acide lactique dans les ulcérations tuberculeuses de la bouche.

M. Tuffier demande si, dans les cas de M. Marion, il s'agit de cystites tuberculeuses ou de tuberculoses vésicales.

M. Marion répond que le traitement s'applique aux deux variétés de tuberculoses.

Plaie de la rate et de l'épiploon. Splénectomie. — M. Routier communique l'observation suivante. Un garçon de dix-huit ans est renversé par un chariot qui lui passe sur le ventre. Il est amené à l'hôpital, ne présentant rien d'appréciable ni du côté du thorax, ni du côté de l'abdomen. Pendant six jours, rien de particulier et le blessé demande à rentrer chez lui. Il se lève, ressent aussitôt une vive douleur dans le côté gauche et vomit de la bile. Le ventre se ballonne et devient douloureux;

le visage devient angoissé, le facies mauvais. M. Routier le décide enfin à se laisser opérer, et il intervient sans diagnostic précis. Anesthésie à l'éther. Comme le ventre était plus rétracté du côté droit, on pense à une appendicite foudroyante, laparotomie médiane; il s'écoule un flot de sang, environ un litre trois quarts de sang. Rien du côté droit, M. Routier fait une incision transversale pour examiner le côté gauche; il arrive sur la rate, c'est de là que vient le sang. Il fait d'emblée la splénectomie. Il venait encore du sang de dessous le foie. Il y avait une déchirure de l'épiploon gastro-splénique. M. Routier en fait la ligature, cela saignait encore par suite d'une déchirure de la séreuse du côlon. Tamponnement. Hémostase définitive, guérison. Il y avait sur la rate une déchirure de 12 centimètres.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 16 MAI 1914)

Le mécanisme de la transformation sphérique des hématies. — M. G. Froin. L'action combinée du NaCl et de la chaleur sur les globules rouges aboutit, avec l'hémolyse, à trois autres modifications principales de leur structure et de leur aspect morphologique. Ce sont : 1° la transformation sphérique ; 2° la fragmentation en granules ou globulyse ; 3° la stromatolyse ou cytolyse protoplasmique. Ces modifications résultent de la dissociation des corps constitutifs du complexe globulaire et du stroma lui-même. Aussi, le NaCl d'une part qui règle l'adhésion de ces corps, et la température d'autre part qui les actionne dans l'utilisation de ce NaCl d'adhésion, constituent l'élément chimique et l'action physique dont les variations gouvernent l'apparition de ces divers états de l'hématie.

La transformation sphérique se produit plus facilement avec les hématies discoïdales des mammifères qu'avec les globules rouges nucléés. Le phénomène se constate très bien au microscope, à l'état frais et après coloration. Il faut distinguer des sphères petites, moyennes et grosses ou état micro, médio et macrosphérique.

Action des variations de la chloruration à 37 degrés. — Dans le NaCl au-dessous de 0,8 p. 100, l'hématie se transforme en sphères de plus en plus nombreuses et volumineuses à mesure que diminue la chloruration (macrosphères).

Dans le NaCl au-dessus de 0,8 p. 100, une partie seulement des hématies se transforme progressivement en sphères moyennes, puis de petites dimensions.

Dans le NaCl à 8 et 10 p. 100, le tiers ou la moitié des hématies est microsphérique ; les autres hématies ont la forme de larges disques très aplatis et plus ou moins plissés ou dentelés.

Recherches sur l'hydrémie au cours des ascites. — MM. M. Villaret et H. Bénard étudient les modifications de l'indice réfractométrique du sérum sanguin au cours de l'évolution des ascites.

1° A la suite de la ponction, on note une chute brusque de l'indice de réfraction qui atteint sa valeur la plus basse dans les vingt-quatre premières heures et qui se relève ensuite très progressivement vers son chiffre antérieur. Cette hydrémie qui succède immédiatement à la ponction semble due à la résorption des œdèmes latents ou apparents qui accompagnent toujours l'ascite.

2° Quand l'ascite évolue vers la guérison, l'indice réfractométrique du sérum sanguin s'élève progressivement à mesure que l'épanchement se résorbe, que le poids diminue et que les urines augmentent Chez deux malades, il a passé par un maximum nettement supérieur à l'indice réfractométrique du sérum normal après quoi il est redescendu peu à peu vers le chiffre physiologique.

Recherches bactériologiques sur les produits de charcuterie. — MM. E. Sacquépée et Loygue. Les recherches ont porté sur cinquante échantillons de divers produits de charcuterie : saucissons, jambons, etc. Elles avaient pour but de constater s'il y existe des germes susceptibles de provoquer des empoisonnements alimentaires.

Dans 18 cas, on a trouvé des bacilles du groupe proteus.

Une seule fois, il a été rencontré un germe présentant les caractères généraux des bacilles paratyphiques B, mais se séparant de ces derniers par ses propriétés agglutinatives. Le jambon d'où provenait ce bacille fut consommé sans inconvénient. Cette absence de propriétés pathogènes tient sans doute moins à la virulence du germe qu'aux circonstances, défavorables à sa culture, qu'il rencontre dans les produits de charcuterie, additionnés de substances conservatrices, c'est-à-dire plus ou moins antiseptiques.

Placé dans de meilleures conditions, ce même bacille pourra se montrer pathogène. Il en fut ainsi dans une petite épidémie d'empoisonnements alimentaires par viande de bœuf ; le sérum des malades agglutinait le bacille isolé du jambon sain, à l'exclusion du bacille paratyphique B et des bacilles d'empoisonnements alimentaires.

La présence fréquente du proteus, la présence éventuelle de bacilles paratyphiques, montrent que le commerce des produits de charcuterie a besoin d'être surveillé.

Election. — M. Chatton est nommé membre titulaire.

ANALYSES

DERMATOLOGIE

Glossite losangique médiane de la face dorsale de la langue. (L. Brocq et L.-M. Pautrier. *Ann. de dermatologie et de syphiligraphie*, n° 1, janv. 1914, pp. 1-18, 5 fig.) — Les auteurs attirent l'attention sur une lésion de la muqueuse linguale, non encore décrite bien qu'assez souvent constatée.

Cette glossite, caractérisée par la constance de son *siège*, occupe la partie médiane du tiers moyen de la face dorsale : elle est immédiatement en avant du V lingual; la lésion déborde symétriquement de chaque côté de l'axe antéro-postérieur, mais elle n'est jamais latérale.

De *forme* plus ou moins régulièrement losangique elle mesure 15 millimètres de long sur 8 ou 10 de large.

Son *aspect* tranche nettement sur le reste de la muqueuse. En effet, au niveau de la lésion la muqueuse est déglossée, fauchée, lisse et sans papille ; quelquefois la muqueuse est plane sur toute l'étendue de la lésion. D'autres fois on distingue de petits amoncellements plus ou moins nombreux et pouvant arriver à former des plis, de petits sillons irréguliers. La lésion donne au toucher une sensation d'induration; on a l'impression d'un début de sclérose.

Cette glossite est indolore; elle est de longue durée; mais, après avoir atteint un certain développement, elle tente de devenir stationnaire.

Rebelle au traitement, cette affection ne cause aucun inconvénient.

Histologiquement on note de la parakératose et de l'hyperacanthose considérables.

Dans le derme on constate une infiltration au niveau des papilles, constituée surtout par des cellules conjonctives fixes et des lymphocites, par des cellules géantes, par des cellules épithélioïdes.

Il existe des dilatations vasculaires et lymphatiques assez importantes.

L'infiltrat disparaît à la partie profonde du derme. Le tissu conjonctif présente des lésions scléreuses importantes : cellules conjonctives très nombreuses, petites, étoilées, aplaties

entre des fibres de callogène disposées par places en petits tourbillons rappelant l'aspect d'un fibrome jeune.

Cette étude histologique, pas plus que les conditions étiologiques dans lesquelles on observe cette glossite, ne permet de classer dans un cadre défini cette affection.

Les auteurs se sont d'abord demandé si cette lésion n'était pas en rapport avec la syphilis; ensuite ils ont eu tendance à la rapprocher du lupus érythémateux, mais ils avouent qu'ils en ignorent totalement la nature et la réelle pathogénie.

Il est utile d'attirer l'attention des observateurs sur ce type de glossite bien isolé par Brocq et Pautrier.

PIERRE GASTINEL.

SYPHILIGRAPHIE

Un cas d'intoxication arsenicale suraiguë à la suite de deux injections intraveineuses de néosalvarsan. (L. SPILLMANN. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, fév. 1914, p. 100.) — L'auteur rapporte l'observation extrêmement intéressante d'un homme de vingt-cinq ans qui fut pris d'accidents extrêmement graves à la suite de deux injections intraveineuses de néosalvarsan pratiquées au cours d'une syphilis primaire.

La première injection (0,40) fut faite au neuvième jour du chancre; elle fut suivie simplement de céphalée, de quelques selles diarrhéiques avec température à 39 degrés. Tout rétrocédant, une deuxième injection de 0,30 fut faite dix jours après. Deux heures après, début des accidents : température à 40, pouls à 150, céphalée atroce, frissons, selles glaireuses. Dès le lendemain, température à 41 degrés, apparition d'un érythème scarlatiniforme, vomissements incessants et douleurs épigastriques, état de stupeur; les urines, très rares, contiennent beaucoup d'albumine.

L'état demeure alarmant pendant un mois; puis les accidents s'amendent, mais la stupeur, l'intolérance stomacale et l'albumine persistent. Puis après une période d'accalmie surviennent de nouveaux accidents d'un tout autre type : le malade présente en effet des signes de polynévrite aiguë généralisée et une paralysie faciale. Ces symptômes rétrocédèrent par le traitement mercuriel.

L'auteur pense que ces derniers accidents étaient directement sous la dépendance de la syphilis, alors que les accidents initiaux dépendaient de l'intoxication arsenicale. Aussi conseille-t-il de ne commencer le traitement au néosalvarsan que par de très faibles doses et de ne les monter que si les réactions thermiques, viscérales ou cutanées, sont nulles.

PIERRE GASTINEL.

MÉDECINE

Phtisiothérapie. De l'excision galvanique des brides pleurales au cours du traitement par le pneumothorax. (HERVÉ. *Journ. des prat.*, 14 fév. 1914.) — Depuis que le traitement de certaines formes de tuberculose pulmonaire par le pneumothorax s'est généralisé, il apparaît de plus en plus que l'échec du traitement vient bien plus souvent d'une compression incomplète du poumon que de l'extension de l'infection tuberculeuse au côté opposé; ce sont les brides pleurales qui, en maintenant le poumon, s'opposent à sa compression; il semble donc particulièrement intéressant de pouvoir parvenir à exciser ces brides. Pour obtenir ce résultat, voici la technique conseillée par M. Hervé : sous l'écran radiographique, on explore tout d'abord à l'aide d'un stylet la bride pleurale, de manière à bien en apprécier l'insertion exacte, l'épaisseur, etc.; puis, après novococaïnisation, on introduit une aiguille de Küss, dont on retire ensuite le mandrin, que l'on remplace par le galvanocautère. La section se fait en une ou plusieurs séances et ne provoque jamais de trop violentes douleurs. A la suite de ces sections, la compression pulmonaire est bien plus complète, et il semble bien en résulter une amélioration très appréciable dans l'état général du malade.

J. MILHIT.

NEUROLOGIE

Etude anatomique d'un cas d'apraxie. (H. CLAUDE et Mlle LOYEZ. *L'Encéph.*, 10 oct. 1913.) — La plupart des observations d'apraxie avec autopsie, publiées jusqu'ici, montrent une grande variabilité dans le siège des lésions constatées. Les plus fréquentes de celles-ci paraissent être celles de l'étage sous-cortical du lobe pariétal gauche et en particulier du gyrus supramarginal, puis celles du lobe frontal.

Dans le cas actuel, suivi pendant cinq ans, il s'agit d'une apraxie gauche, avec hémiplégie droite, cécité verbale et agraphie. L'examen anatomique montre des foyers de ramollissements kystiques de l'hémisphère gauche, détruisant les deux tiers postérieurs de F^1, une partie de la circonvolution du corps calleux, le lobule paracentral, une partie de FA et de PA et une partie du centre ovale au niveau du pied de F^2. Les radiations calloso-frontales gauches sont en partie sectionnées, de même que de nombreuses fibres d'association des centres frontaux et pariétaux.

L'apraxie s'expliquerait ici par la destruction des fibres qui vont de la corticalité gauche transmettre les incitations motrices à droite par le corps calleux. La perte des images cinétiques relèverait de la séparation des centres mnésiques correspondants des centres moteurs des deux hémisphères. Ces troubles se localiseraient donc principalement dans le cerveau gauche, comme les troubles du langage, qui dans la forme d'aphasie dite motrice, représentent une variété d'apraxie idéo-motrice, étroitement liée aux fonctions intellectuelles.

P. CAMUS.

Sur le réflexe controlatéral des orteils. (C. PASTINE. *L'Encéph.*, 10 nov. 1913.) — Le réflexe controlatéral des orteils peut exister soit en flexion, soit en extension.

Le premier type s'observerait surtout chez des tuberculeux avancés, dans près de la moitié des cas, et chez des hémiplégiques. Le second, en extension, semble plus rare; chez ces derniers malades on le rencontrerait dans un dixième des cas. Il est très rare, en l'absence du phénomène de Babinski, dans l'hémiplégie organique. Il paraît relever de lésions pyramidales d'origine cérébrale; il manquerait dans les cas de lésions d'origine spinale. Quand il existe d'un seul côté, en cas de lésions pyramidales doubles, il semble indiquer le côté le plus atteint. Il pourrait exister aussi, pour le gros orteil, pendant le mouvement d'allongement croisé du membre inférieur.

P. CAMUS.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'orchi-épididymite blennorragique par l'iode colloïdal. (Marcel DESCHAMPS et Jean PERRIGAULT. *La Clinique*, 10 avril 1914, n° 15.) — Il s'agit d'un nouveau traitement ambulatoire de l'orchi-épididymite blennorragique appelé à rendre de grands services dans la clientèle pour laquelle l'immobilisation au lit est redoutée comme une calamité.

En badigeonnant, une ou deux fois par jour, le scrotum avec de l'iode colloïdal en suspension huileuse titrée à 20 centigrammes par centimètre cube (*iodargol*), ces auteurs ont constaté la disparition, dans les douze heures en moyenne, des phénomènes douloureux de l'orchite, en même temps que la disparition rapide du gonflement épididymo-testiculaire.

Tous leurs malades ont été soignés à la consultation externe du service des voies urinaires du docteur Bazy, à l'hôpital Beaujon, et tous ont guéri, sans avoir eu besoin de s'aliter.

L. GAYARD.

FORMULAIRE

ENTÉRITES CHRONIQUES ET DIARRHÉES

Le képhir est un aliment excellent contre les diarrhées des hypopeptiques parce qu'il n'irrite pas l'intestin et que ses ferments exercent une action destructive non seulement sur les microbes intestinaux, mais aussi sur leurs toxines.

Donner le « Képhir Salières » à la dose d'un verre toutes les deux heures, pur ou coupé d'eau de Vals au début.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 1er AU 6 JUIN 1914

THÈSES

Mercredi 3 juin, à une heure. — M. FON-AGTES. Des myélites arsenicales. (MM. Gaucher, président; Marfan, Weiss et Zimmern.) — Mlle BLUMENFELD. De l'opothérapie surrénale et hypophysaire dans certains cas de myasthénie grave. (MM. Marfan, président; Gaucher, Weiss et Zimmern.) — M. AUCLAIR. Diagnostic des adénopathies trachéobronchiques par radiographie instantanée chez l'enfant. (MM. Marfan, président; Gaucher, Weiss et Zimmern.) — M. DELATTRE. De la rééducation auditive par la méthode vocale dans la surdité acquise. (Méthode du docteur Laimé de Paris). (MM. Weiss, président; Gaucher, Marfan et Zimmern.)

Jeudi 4 juin, à une heure. — M. GRASSET. L'évacuation et l'épuisation des eaux usées. Application des théories récentes. (MM. Debove, président ; Chantemesse, Achard et Rathery.) — M. FUSELIER. Contribution à l'étude des rechutes de la fièvre typhoïde. (MM. Debove, président; Chantemesse, Achard et Rathery.) — M. JOLIVET. La constitution physique du soldat. (MM. Chantemesse, président; Debove, Achard et Rathery.) — M. APCHIN. Pleurésies bilatérales. Leurs fréquences. (MM. Achard, président; Debove, Chantemesse et Rathery.) — M. SERRE. Le docteur Serre (d'Uzès) [1802-1870.] Sa vie et ses travaux. (MM. de Lapersonne, président; Lejars, Terrien et Anselme Schwartz.) — M. BEAUGEARD. Contribution à l'étude de l'invagination intestinale par diverticule de Meckel. (MM. Lejars, président; de Lapersonne, Terrien et Anselme Schwartz.) — M. SARRAZIN. Contribution à l'étude de la sérothérapie à dose massive du tétanos confirmé. (MM. Lejars, président; de Lapersonne, Terrien et Anselme Schwartz.) — M. BOUSSION. Le poids physiologique. (MM. Gilbert, président; Gilbert Ballet, Widal et Maurice Villaret.) — M. MEDWEDEFF. Contribution à l'étude des démences des syphilitiques. (MM. Gilbert Ballet, président; Gilbert, Widal et Maurice Villaret.) — M. MEKLER. Contribution à l'étude des appendices hématogènes. (MM. Widal, président; Gilbert, Gilbert Ballet et Maurice Villaret.) — M. LEHMANN. Etude sur les injections intrarachidiennes de néosalvarsan. (MM. Widal, président; Gilbert, Gilbert Ballet et Maurice Villaret.)

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 4, avril 1914.) LŒPER et BINET : Le cytodiagnostic de l'estomac. — BELOUX : Vomissements incoercibles de la grossesse (toxémie ou névrose).

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXX, n° 10, 5 mars 1914.) George A. WATERMAN : La parenté de l'épilepsie et de la migraine. — Oliver A. LOTHROP : Une étude radiographique de la mastoïde. — Arthur DERMONT BUSH : Le laboratoire de physiologie au collège et à l'école de médecine. — (N° 11, 12 mars.) Edmond F. CODY : Vaccination pratiquée d'une manière efficace. — Mary Elisabeth MORSE : Corrélation entre les examens de liquide céphalo-rachidien et les diagnostics psychiatriques. Une étude de 140 cas. — Wyman WHITTEMORE : Deux cas d'abcès du poumon guéris par opération. — A. E. ROCKEY : Prostatectomie sans irrigation. — Robert SOUTTER : Une nouvelle opération pour la contraction de la hanche dans la poliomyélite. — (N° 12, 19 mars.) H. W. VAN ALLEN : Notes sur la nouvelle ampoule radiologique Coolidge. — Philip H. SYLVESTER : Quelques aspects tragiques de la coqueluche. — Margherita RYTHER : Service social de neurologie. Massachussetts general hospital. — Gertrude L. PARNER : Que vaut le traitement du sanatorium ? — (N° 13, 26 mars.) Lesley H. SPOONER : Le traitement des maladies syphilitiques des centres nerveux par injections intraveineuses de salvarsan. — James B. AYER : Sérum salvarsanisé (traitement de Swift-Ellis) dans les maladies syphilitiques des centres nerveux. — William PEARCE COUES : Epicondylite (Franke) ou coude de tennis. — (N° 14, 2 avril.) Hôpital d'enfants de Boston (1869-1914). Histoire et progrès concernant ces quarante-cinq années. Articles des auteurs suivants : Charles A. COOLIDGE ; Thomas MORGAN ROTCH; R. W. LOVETT; John LOVETT MORSE; E. H. BRADFORD; John LOVETT MORSE; James S. STONE; Robert W. LOVETT; John JENKS THOMAS; Augustin THORNDIKE, D. Crosby GREENE et F. E. GARLAND; Maynard LADB; Arthur WILLARD FAIRBANKS; F. E. GARLAND et D. Crosby GREENE; Robert SOUTTER; Arthur T. LEGG; Philip H. SYLVESTER; W. E. LADD; Charles G. MIXTER; Albert EHRENFRIED; Edwin T. WYMAN; Theodore ELY; Henry J. FITZ SIMMONS; L. BRUCE ROBERTSON. — (N° 15, 9 avril.) W. E. WALTHER : Arthrite blennorragique métastatique. — N. R. BURNS : Nouvelles observations au sujet des influences saisonnières et météorologiques sur les malades tuberculeux. — Carl A. EWALD : Un appareil pour les opérations de thoracotomie. — Alfred C. REED : Aliénation mentale en Chine. — Sara E. PARSONS : Règlement éducatif pour nurses. Incorporation officielle et inspection des écoles d'instruction. — (N° 16, 16 avril.) Horace D. ARNOLD : Quelques problèmes touchant les néphrites. — C. MORTON SMITH : L'importance du diagnostic et du traitement de la syphilis primaire.

Lyon médical. — (N° 16, 19 avril 1914.) GONNET et GRIMAUD : Sur un cas fruste de sclérose latérale amyotrophique.

Policlinico. — (Avril 1914, fasc. 4.) *Section chirurgicale.* Francesco BONOLA : Nouvelle technique pour les injections neurolytiques dans le tronc du nerf maxillaire inférieur au niveau du trou ovale. — Eugenio PIRONDINI : La détermination amylolytique dans les urines comme méthode d'exploration de la fonction rénale. — Luigi LONGO : A propos de trois cas intéressants de kystes à échinocoques. — L. C. ZAPELLONI : Homœoplastie de la dure-mère.

Riforma medica. — (N° 17, 25 avril 1914.) Guido SIMONCELLI : Contribution expérimentale et clinique à l'étude du traitement de l'iléus postopératoire au moyen d'injections hormoniques. — Prof. R. MASSALONGO : Endocrinopathologie et pathogénie des ostéo-arthropathies chroniques progressives. — (N° 18, 2 mai.) Giacinto GIORDANO et Luigi STROPENI, H. M. C. ABBOTT : Un nouvel anesthésique général. Observations cliniques et expérimentales. — R. MASSALONGO : Endocrinologie et pathogénie des ostéo-arthropathies chroniques progressives. — Nicola CARRARO : Appareil transportable pour l'éclairage des instruments endoscopiques en urologie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.


AK

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 10 francs par an.
Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-32

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 26 mai. — MM. Ameuille, 20; Debré, 20; Fiessinger, 15.

Prochaine séance jeudi 28 mai, à seize heures trente, à Necker.

CONCOURS DE MÉDECINS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Lecture.* — Séance du 25 mai. — MM. Jacquemin, 9 + 15 = 24; Pillot, 9 + 14 = 23; Maréchal, 10 + 12 = 22.

Séance du 26 mai. — MM. Guyonnaud, 13 + 17 = 30; Durand, 10 + 14 = 24; Verdier, 11 + 16 = 27.

Prochaine séance, jeudi 28 mai, 49, rue des Saints-Pères.

— En annonçant les notes de la séance du 20 mai nous avons commis une erreur que nous tenons à rectifier. Les notes ont été les suivantes :

MM. Huchot, 13 + 15 = 28; François, 14 + 19 = 33; Pasquet, 10 + 13 = 23.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours de l'adjuvat. — *Epreuve de dissection.* — Question donnée : « Les muscles fessiers et tenseur du fascia lata avec leurs nerfs. »

MM. Clap, 29; Charrier, 28; Bloch, 26; Monod, 25; Caudrelier, 26; Mosse et Hartmann, 24.

A la suite du concours sont classés :

MM. Clap, Caudrelier, Bloch, Charrier et Monod (pour cinq places).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Nancy. — M. Gross, professeur de clinique chirurgicale, est admis, sur sa demande et pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 1er novembre 1914.

Par suite de nécessités de service, M. Gross cessera ses fonctions le 1er novembre 1914.

M. Gross est nommé professeur honoraire à partir du 1er novembre 1914.

— Toulouse. — M. André, professeur de pathologie interne, est admis, sur sa demande et pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 1er novembre 1914.

Par suite de nécessités de service, M. André cessera ses fonctions le 1er novembre 1914.

M. André est nommé professeur honoraire à partir du 1er novembre 1914.

GUERRE. — Le service de santé du 20e corps, à Nancy, effectuera le mois prochain un exercice général de mobilisation des transports de la 11e division d'infanterie, aux environs de Bainville-sur-Madon (Meurthe-et-Moselle). Plus de quatre cents voitures seront réquisitionnées, des groupes de brancardiers de réserve seront constitués avec les formations de la 23e section d'infirmiers. La manœuvre se terminera par un acheminement des convois par voie ferrée et par route. Les officiers de réserve (service de santé et administration) y prendront part.

— Service de santé militaire. — Par décret en date du 21 mai 1914, sont promus dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. le médecin-major de première classe Vitoux.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Bertrand, Vincent, Dupuy, Bonhomme et Le Tainturier de la Chapelle.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Hirtzmann, Beaufort, Peltier, de Brisson de Laroche, Pellissier, Lafforgue, Brizon, Gallès et Avril.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — L'empereur d'Allemagne vient de décerner les décorations qui suivent aux médecins qui ont donné leurs soins à M. le colonel de Winterfeld, attaché militaire allemand, blessé au cours des dernières grandes manœuvres.

Aigle rouge de deuxième classe : M. le docteur Collinet, médecin en chef de l'hôpital militaire de Toulouse.

Aigle rouge de quatrième classe : MM. les docteurs Montagne, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Toulouse, Peguillan (de Grisolles), Constantin (de Toulouse).

Couronne royale de Prusse de deuxième classe avec étoiles : M. le professeur Hartmann.

Couronne royale de Prusse de deuxième classe ; MM. les

médecins aides-majors de première classe Roy et Voivenel à Toulouse, M. le médecin principal Petit, à Montauban.

Couronne royale de Prusse de quatrième classe : MM. les médecins aides-majors Dupré, du 85e d'infanterie et Arnal (d'Amélie-les-Bains).

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT. — Au cours de la prochaine séance, M. le docteur Dominici fera une conférence sur « le radium dans le traitement du cancer » (avec projections).

La conférence aura lieu le jeudi 28 mai 1914, à cinq heures et demie très précises, au siège de la Société, 12, rue de Seine.

LES DANGERS POUR L'HYGIÈNE PUBLIQUE DES VIRUS EMPLOYÉS EN AGRICULTURE. — M. le docteur Doisy, député, a demandé à M. le ministre de l'Intérieur si, en présence de l'emploi de plus en plus fréquent des virus pour combattre certains animaux nuisibles à l'agriculture, il ne croyait pas utile de faire étudier si la diffusion de ces virus ne peut pas présenter des dangers de contagion pour l'espèce humaine.

Le ministre vient de répondre que l'observation n'a pas permis de relever d'inconvénient dans le sens signalé par l'auteur de la question. Des raisons techniques rendent d'ailleurs fort difficile une expérimentation directe.

La question sera cependant soumise au Conseil supérieur d'hygiène.

LE PRIX D'UN TITRE DE PROFESSEUR EN ALLEMAGNE. — Le député Liebknecht publie une série de révélations sur la vente des titres en Allemagne. Nous apprenons ainsi qu'un titre de professeur prussien pour médecin vaut 25 000 marks. A Cobourg et dans d'autres états confédérés ce titre ne revient qu'à 20 000 marks.

Les voilà bien les avantages de la *fonctionnarisation* à la prussienne !

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur L. Deytieux (de Paris), victime du devoir professionnel, et sir Francis Laking (de Londres), ancien médecin du roi Edouard VII et du roi Georges V.

JURISPRUDENCE

L'ENTRÉE A L'HOPITAL PAR ORDRE DES OFFICIERS

Le conseil d'Etat a été appelé à trancher au mois d'avril dernier une question d'ordre médical, dont la rareté ne le cède en rien à l'originalité.

Voici l'espèce. Un officier avait reçu l'ordre de son colonel d'entrer à l'hôpital pour y soigner une entérite assez grave. L'officier n'accepta pas cet ordre et, sur l'insistance de son supérieur, déféra à la haute assemblée la mesure prise par le colonel.

A l'appui de son recours pour excès de pouvoir, il prétendait que son chef avait violé les dispositions de l'article 115 du règlement intérieur des corps de troupes.

Mais le conseil d'Etat écarta la prétention de l'officier. Il déclara que l'ordre du colonel constituait une mesure d'ordre intérieur prise dans l'intérêt du service et qu'il ne pouvait porter atteinte à un droit, qui en l'espèce n'était garanti par une loi ou par un règlement.

La décision du conseil d'Etat ne peut qu'être conforme à un principe consacré. En vertu de l'article 115 du règlement intérieur qui prévoit le droit pour les officiers malades de se faire soigner chez eux, ceux-ci peuvent cependant, sur l'avis du médecin-major et dans l'intérêt du service, être obligés par leurs colonels d'entrer à l'hôpital. Par suite, si cette mesure doit être attaquée, elle doit l'être par la voie du recours hiérarchique et non par la voie du recours contentieux, les règles les plus élémentaires de la discipline.

Cet arrêt, rendu à l'occasion d'un point particulier et médical, a pour conséquence d'affirmer ce principe qu'un militaire à qui son chef donne un ordre ne peut le déférer au Conseil d'Etat par la voie de recours pour excès de pouvoir.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Le Traitement des scolioses graves par la méthode d'Abbott (1), par M. LANCE.

Il y a deux ans le nom de l'orthopédiste américain Abbott était à peu près complètement inconnu de ce côté-ci de l'eau. Aujourd'hui l'expression méthode d'Abbott est devenue si courante qu'elle en prend on ne sait quelle tournure classique. Voilà une renommée rapidement conquise. Est-elle méritée? Peu de gens ont encore qualité pour le dire. Il s'agit d'une technique très compliquée, d'application longue et difficile, dont les résultats ne doivent être jugés qu'assez tardivement et qui sur de nombreux points n'a pas acquis une forme et une stabilité définitives. Aussi les critiques dont elle a été l'objet n'ont-elles qu'une valeur théorique. Elles représentent surtout le mouvement d'opposition que rencontrent à leur départ toutes les nouveautés. Seuls les spécialistes qui ont dès maintenant une expérience suffisante de cette méthode peuvent donner un avis valable à son sujet et l'enseigner aux autres.

Lance est précisément un de ceux-ci, ayant un des premiers en France employé la méthode d'Abbott. Son livre est l'exposé clair, précis et aussi consciencieux que modeste de tout ce que lui a appris une pratique personnelle déjà très étendue de ce traitement de la scoliose. C'est ce qui en fait la grande valeur.

Après avoir présenté et expliqué les principes de la méthode, Lance étudie un à un les éléments de la technique et dans un ordre clinique, si l'on peut dire, qui rend beaucoup plus vivant son exposé. Il montre comment on examine un scoliotique, par quels moyens divers on peut l'assouplir avant d'en venir à la réduction. Il s'étend longuement sur la partie importante qu'est la période de réduction. Il décrit avec minutie tout le matériel instrumental et la manière de l'employer pour l'application du corset, de même que toutes les manœuvres qui permettent, par la gymnastique respiratoire jointe à l'action décompressive des fenêtres et compressive des feutres, de continuer la réduction dans l'appareil plâtré. Ce chapitre se termine par un aperçu des moyens propres à maintenir la réduction acquise.

Les deux derniers chapitres traitent des indications et contre-indications de la méthode et des résultats immédiats et éloignés qu'elle fournit.

C'est un art difficile que de se faire assez bien comprendre quand on décrit une thérapeutique complexe pour qu'elle devienne accessible à ceux qui n'en ont pas eu de démonstration pratique. La monographie de Lance atteint ce but grâce à la netteté de la narration, à l'abondance des détails, grâce à de nombreuses et excellentes illustrations.

Il faut enfin noter l'empreinte personnelle que l'auteur a su imprimer à la méthode américaine par les modifications heureuses qu'il lui a fait subir aussi bien que par les nouveaux et utiles appareils dont il l'a enrichie.

P. CHASTENET DE GÉRY.

(1) In-8 de 168 pages, 81 figures originales. — Paris, A. Maloine.

ÉTUDE ET EXPÉRIENCES

CONCERNANT

LES VIANDES TRAITÉES PAR LE FROID

Par M. P. BONNETTE,

Médecin-major de première classe, lauréat de l'Institut.

Ayant régulièrement suivi pendant six ans les conférences et les expériences faites par MM. Raynal et Charton, vétérinaires inspecteurs de la boucherie militaire de Toul, nous résumons ici leurs enseignements si compétents et nous exposons brièvement nos impressions personnelles, concernant les viandes traitées par le froid.

Nous sommes, en effet, persuadé que de la bonne solution de ce problème découlerait un progrès incontestable dans l'alimentation des troupes en campagne, car la viande fraîche, fournie par les troupeaux suivant les armées, est une viande amaigrie, de salubrité *douteuse*, souvent rendue nocive par les leucomaïnes dues au surmenage et au dépérissement rapide des bovins, voyageant plusieurs jours en chemin de fer, sans boire, et faisant des étapes sous la pluie ou le soleil, dans la boue et la poussière, sur des routes encombrées par les convois.

Quant aux boîtes de conserve, elles seront toujours d'une grande utilité comme « en-cas », *quoique le prix en soit fort élevé* et que cette viande autoclavée n'ait plus la même saveur et les mêmes propriétés alibiles que la viande fraîche.

Pour ces divers motifs, nous souhaitons de tout cœur que l'industrie frigorifique prenne, en France, comme dans les autres puissances voisines, une grande extension; ce qui permettra, à la mobilisation, de donner aux soldats une viande salubre, substantielle, ne provoquant pas ces troubles gastro-intestinaux, qui préparent si bien un lit à la dysenterie et à la fièvre typhoïde, chez des hommes fatigués, en état de réceptivité morbide.

La viande refroidie, d'après les expériences des professeurs Gautier et Letulle, des vétérinaires Moreau, Careau, Raynal, Mounet, etc., *conserve toutes les qualités de la viande fraîche*. Ces auteurs affirment même « que la maturation spéciale qu'elle subit dans les chambres froides (sorte d'auto-digestion) la rend plus juteuse, plus savoureuse, partant plus agréable à manger et enfin plus assimilable ».

C'est ce que nous avons pu constater en 1910, quand cette viande refroidie a été mise en consommation à Toul : nos canonniers, interrogés à ce sujet, l'ont trouvée supérieure à la viande fraîche, qui est souvent plus dure et plus coriace, en été.

Ensemble, examinons les questions suivantes :

1° **Comment peut-on apprécier le degré de salubrité d'une viande présentée à l'état congelé ou simplement à l'état refroidi?** — Pour apprécier le degré d'une viande congelée ou refroidie, il faut suivre la même marche que s'il s'agissait d'une viande fraîche, c'est-à-dire passer en revue les caractères physico-chimiques : couleur, odeur, consistance, état de la graisse, coupe (grain), suc, surfaces articulaires, examen de la moelle osseuse, de la moelle épinière, séreuses, examen du sang (s'il y a des doutes); enfin examen des ganglions parasternaux et intramusculaires (ganglions de l'aisselle, du flanchet, ganglion crural, noix des bouchers, etc.).

La viande doit être régulièrement refroidie et absolument congelée à la périphérie, comme dans les masses profondes.

Si le refroidissement et la congélation sont bien faits, la chair se conserve mieux et plus longtemps (refroidie à — 2 ou — 3 degrés, elle peut se conserver au moins trente jours et congelée « à cœur », à — 28 degrés, pendant plusieurs mois).

Mais ces opérations seront d'autant plus parfaites que la viande destinée aux frigorifiques proviendra d'animaux sains, bien reposés (jeûne de vingt-quatre heures, abattus sans la moindre réaction fébrile). A Toul, les animaux destinés au refroidissement sont abattus après que leur température a été prise. En outre, Raynal faisait *pratiquer l'écoffrage*, saignée spéciale rendant la viande plus exsangue et par conséquent moins susceptible de s'avarier, enfin les plèvres souvent souillées de sang étaient soigneusement enlevées, ainsi que le diaphragme et ses piliers.

De plus ces animaux devraient *être abattus aussi aseptiquement que possible*, opération qui n'est pas toujours facile avec un personnel restreint, sans apprentissage spécial, insoucieux de sa propreté corporelle : ce qui nuit beaucoup à la bonne conservation de ces viandes.

L'idéal serait de pratiquer la *stérilisation* de la viande, avant de l'introduire dans les resserres. En Australie par exemple, on utilise le procédé de Russel Rayson, modifié par Mac Meilam, qui a pour but d'opérer la congélation (après un lavage à l'eau stérilisée de toutes les régions de l'animal), avec de l'air froid, sec et stérilisé.

Cette stérilisation préalable est faite dans le but de détruire un grand nombre de germes pathogènes ou saprophytes, qui sont endormis mais non tués par le froid, qui récupèrent leur activité au moment de la décongélation et hâtent la décomposition (putréfaction), surtout si les influences atmosphériques viennent favoriser leur œuvre.

Cette stérilisation permettrait aussi d'éviter l'infection par des organismes spéciaux aux basses températures et la viande pourrait être congelée à une température plus basse encore. Mac Meilam prétend que, par ce procédé, la viande décongelée garde un aspect plus flatteur, plus agréable à la vue et qu'elle se conserve mieux et plus longtemps.

Linley a tenté de mieux conserver ces viandes refroidies en les exposant, dans les chambres de ressuyage, pendant quelques heures, aux vapeurs d'*aldéhyde formique*. Ce procédé n'est pas à conseiller, « car en se combinant avec les albuminoïdes, le formol rend non seulement ceux-ci imputrescibles, mais indigestes ». (Prof. Gautier.)

Avant la mise dans les chambres froides, la viande doit rester au moins *pendant douze heures dans les chambres de ressuyage*, qui doivent être vastes, lar-

gement ventilées, même munies d'un moteur spécial pour les ventiler, si l'état hygrométrique de l'air dépasse 70 degrés.

Dans nos visites à l'abattoir militaire, Raynal nous faisait remarquer que la viande « croûtée », à la sortie de la salle de ressuyage, se conservait mieux dans les resserres et avait ultérieurement un meilleur aspect. Cette constatation était faite sur les quartiers présentant une bonne épaisseur de graisse de couverture. Ce défaut de graisse rend la viande de taureau frigorifiée, moins appétissante et moins belle.

En somme, écrit Raynal, « pour faire de la bonne conservation il faut de l'*air froid*, aussi sec que possible et constamment renouvelé, quoique l'air sec noircisse les coupes et la surface de la viande dépourvue de graisse. *Si l'hygromètre marque plus de 70 degrés, l'air est humide et les moisissures envahissent la viande*, qui ne tarde pas à prendre une odeur et un goût désagréables ».

VIANDES INSALUBRES. — *Si la viande est insalubre*, on le constate en suivant la même marche que pour la viande saine, *sauf l'odeur* qui n'est pas perceptible, tant que la viande est en état de congélation ou de refroidissement.

La viande malsaine, insalubre, provenant d'animaux fiévreux ou saignés *post mortem*, en outre des caractères physico-chimiques propres qu'elle présente, couleur plus ou moins terne, mauvais aspect de la graisse interne et de couverture, de la coupe des os, de la moelle osseuse et moelle épinière (fluides avec suffusions sanguines), *se refroidit et se congèle plus difficilement*. Sur les viandes insalubres le froid n'a aucune action, elles restent *flasques*, *mollasses*, elles ont un très mauvais aspect (aspect qui varie avec la nature de la maladie qui les a rendues insalubres). En tout cas, la décongélation en est très rapide et suivie immédiatement de l'avarie totale.

Mais le premier devoir d'un inspecteur sanitaire, digne de ce nom, consiste à ne pas introduire des viandes *douteuses* et à plus forte raison *insalubres*, dans les chambres froides.

2° La vérification des viandes congelées est-elle possible avant la décongélation? — Oui, elle est possible, à condition d'opérer comme pour la viande fraîche.

Mais, comme nous l'avons déjà dit, la congélation doit être *totale*, englober les muscles profonds au même degré que les muscles superficiels. Or, il arrive souvent que le refroidissement et surtout la congélation est imparfaite ou incomplète dans les muscles profonds de la cuisse : aussi, dans ce cas, il se produit des altérations profondes même pendant la durée de la congélation et, au moment de la décongélation, l'avarie se produit très rapidement.

Pour se rendre compte si la congélation est complète, on introduit *une sonde en os aseptique* dans la profondeur des muscles. Si la congélation est imparfaite, la sonde ne rencontre plus de résistance, quand elle arrive dans les régions insuffisamment congelées, et *si l'avarie existe déjà, la sonde a une très mauvaise odeur*. De tels quartiers doivent être *saisis*, malgré leur bonne apparence extérieure.

Au début des expériences, au frigorifique de Toul, on introduisait des thermomètres dans les masses profondes des cuisses, pour savoir si elles étaient totalement congelées. Or, à la longue, ces thermomètres étaient introduits plus ou moins propres, avec des mains plus ou moins souillées, préparant ainsi l'infection de ces sétons, sources d'avarie presque fatales. Un pareil procédé est à rejeter ; mais on conçoit parfaitement qu'il ait été tenté ; dans les sciences biologiques, les erreurs sont souvent profitables par l'enseignement qu'on en peut tirer.

3° Caractères distinctifs des viandes congelées (avant et après décongélation, permettant de classer les viandes comme bonnes, suspectes ou impropres à la consommation, même question à l'égard des viandes refroidies. — La graisse interne et externe des viandes refroidies ou congelées doit être ferme, ainsi que les muscles, la moelle osseuse, la moelle épinière dans toute la surface et l'épaisseur.

Ces viandes sont suspectes, si l'*odeur* est mauvaise, si la graisse est *rougeâtre*, *injectée*, *infiltrée*, si la moelle des os est *fluide* et enfin « si elles sont couvertes de *moisissures bleues, vertes* et *jaunâtres*, qui la pénètrent profondément, lui donnent une *odeur repoussante* et la rendent impropre à la consommation » (Raynal).

Quant aux *moisissures blanches*, elles n'altèrent pas la viande, mais elles sont une preuve indéniable que la ventilation est *défectueuse*, *insuffisante*, et servent d'avertissement.

« Il suffit, ajoute Raynal, avant de la distribuer, de passer sur les régions couvertes de moisissures blanches un linge propre, trempé au préalable dans de l'eau salée à saturation, ou dans l'eau légèrement vinaigrée, pour qu'il ne reste aucune trace de cette altération. »

La qualité (1re, 2e et 3e) se détermine par la musculature plus ou moins prononcée, la couleur de la viande, claire ou foncée (animaux jeunes ou vieux), l'épaisseur de la graisse de couverture, la quantité de celle des rognons et du grappé, la finesse du grain, la facilité de la coupe.

Comme nous l'avons déjà dit, les animaux qui manquent de graisse de couverture, en particulier les taureaux, se refroidissent et se congèlent moins bien, car cette viande ne *se croûte pas* dans les salles de ressuyage. Aussi, quand elle sort des resserres, elle est fortement *oxydée*, elle a mauvais aspect ; on dirait de la viande *saigneuse et fiévreuse*, mais à la coupe des muscles profonds on découvre un aspect plus avantageux; la moelle osseuse est ferme et la moelle épinière est consistante et exempte de pointillé hémorragique.

4° Précautions à prendre à l'égard des unes et des autres après la distribution, notamment pour la décongélation par les corps de troupe et pour les transports en voiture. — La viande doit être mise dans des paniers parfaitement propres et recouverte de linges bien lavés. Crue ou cuite, la chair constitue un milieu favorable à la culture des microbes ; aussi faut-il la

protéger contre les poussières, les mouches, les souillures extérieures (ne jamais employer comme cuisiniers des hommes ayant eu la fièvre typhoïde, qui sont souvent des porteurs sains de bacilles) et ne pas l'exposer à la chaleur et aux buées pernicieuses des cuisines.

A ce propos, il faut faire appliquer intégralement la circulaire ministérielle du 23 août 1908.

L'*éclairage électrique nous paraît aussi indispensable dans les cuisines militaires*, car les fumerons des lampes à pétrole souillent les plats et communiquent aux aliments un goût empyreumatique très désagréable.

Pour bien conserver la viande, il faudrait créer dans chaque quartier une vaste salle de boucherie (salle de réception), située au rez-de-chaussée, exposée au nord, avec une porte et des fenêtres grillagées, permettant ainsi une puissante ventilation.

Dans cette salle, on fera établir par la main-d'œuvre militaire, comme nous l'avons fait à Dreux (bataillon du 101e d'infanterie), un vaste garde-manger grillagé, avec tringles et crochets métalliques, qui a coûté 27 francs de bois et de fer (fig. 1).

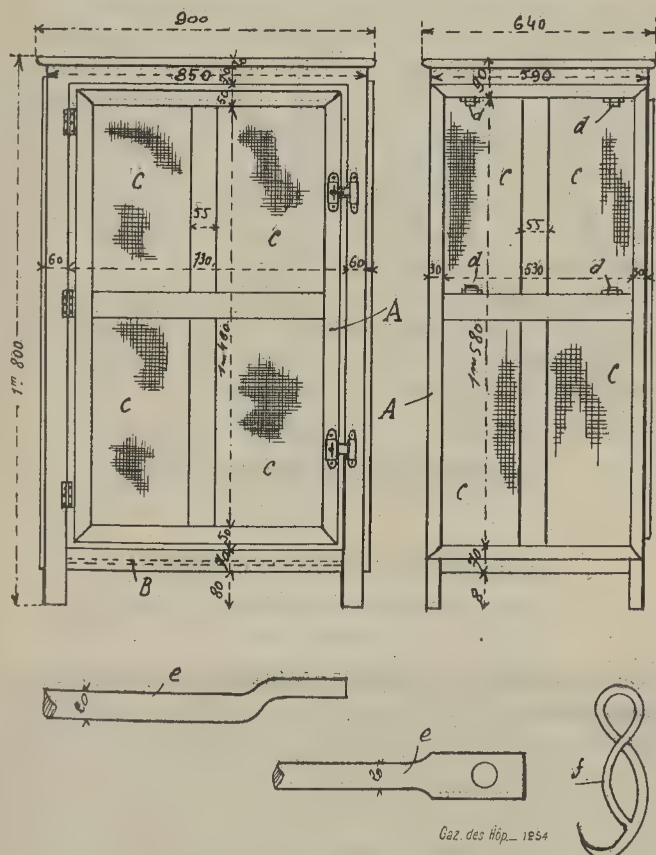


Fig. 1. — *Armoire grillagée pour la viande d'un bataillon, d'un escadron ou d'un groupe d'artillerie.*

Légende. — A, moulures fixant le grillage métallique; B, plancher garni d'une feuille de zinc; C, grillage métallique fin (fils distants de 2 millimètres environ); *d*, quatre barres de fer galvanisé traversant l'armoire en largeur et supportant plusieurs crochets mobiles; *e*, barre de fer supportant les crochets; *f*, crochet en fer galvanisé.

La viande, après sa réception, serait pendue à ces crochets, sans se toucher et ne quitterait ce local que pour entrer dans la marmite.

Même dans les quartiers les plus récents, comme celui du 39e régiment d'artillerie, si remarquablement installé, les cabanons à vivres régimentaires sont insuffisants, surtout en été, pour bien conserver la viande si éminemment altérable.

De dimensions restreintes, ils sont mal ventilés, mal éclairés, souvent mal entretenus, encombrés d'ustensiles et de denrées, qui peuvent communiquer un mauvais goût à la viande (lard, pétrole, tabac des cuisiniers, balais et effets souillés, etc.). Pour toutes ces raisons, *la création d'une unique salle de boucherie s'impose dans chaque quartier.*

Enfin, la viande doit être manipulée le moins possible, avec des mains bien lavées et des ongles propres.

5° **Recommandations relatives à la consommation.** — La *viande refroidie* doit être mise dans les marmites après la distribution, dans le même laps de temps que la viande fraîche. Elle ne peut pas supporter un long voyage, sans être exposée à s'avarier !

Quant à la viande congelée, puisque les corps de troupe ne sont pas outillés pour la faire convenablement décongeler, il faut procéder comme en campagne, où faute de temps, et par crainte d'avarie, *on ne la décongèlera pas* (1).

« On pourra faire utilement de la congélation, écrit Raynal, quand les régiments qui consommeront presque en permanence des viandes refroidies et congelées auront à leur disposition une boucherie unique avec resserre, où les compagnies viendront prendre la viande quelques instants avant de la mettre dans les marmites. »

La décongélation est une opération délicate, qui a besoin d'être surveillée par de véritables spécialistes.

En outre, il est nécessaire d'initier les médecins, les vétérinaires et tous les officiers chargés de recevoir cette viande refroidie, congelée et surtout décongelée, car on est trop souvent porté à la croire avariée, à cause de son aspect quelquefois peu séduisant.

Letulle a démontré que le suc, qui s'échappe de la viande décongelée, est un produit d'autolyse, fourni par les matières albuminoïdes.

Dans les resserres, il faut éviter les peintures fraîches, l'introduction de poisson, communiquant un mauvais goût à la viande. Il faut aussi éviter de mettre deux cavités splanchniques l'une en regard de l'autre, car dans ces « poches artificielles » l'air

(1) « La viande du bétail de deuxième qualité, sans distinction de sexe, se comporte bien dans les frigorifiques, parce qu'elle se *ressuie* et se *croûte* avec plus de facilité que la viande très grasse.

De même la *décongélation* de la première serait plus rapide.

Mais Raynal estime, après expériences de cuisson en pot-au-feu et en rôti, que la décongélation préalable ne s'impose pas, voire même qu'il est préférable de s'en abstenir :

1° Parce que les propriétés nutritives et gustatives de la viande n'ont rien à y perdre;

2° Parce que l'on gagne un temps précieux;

3° Et surtout parce que l'on évite les dangers d'avarie que comporte l'opération délicate de la décongélation. »

Extrait du rapport de M. le vétérinaire principal Jacoulet sur le travail de Raynal sur *L'Alimentation du soldat*, in *Recueil de médecine vétérinaire de l'Ecole d'Alfort* du 28 février 1914.

ne se renouvelle pas ; enfin, il faut *que l'air froid et sec arrive d'une façon continue.*

La parfaite conservation de ces viandes est à ce prix.

*
* *

En résumé, les usines frigorifiques rendront de précieux services en temps de paix, en familiarisant nos soldats avec ce nouveau genre d'alimentation.

Pendant la guerre, la suppression des parcs de bétail permettra d'économiser le fourrage de ces animaux, d'éviter leur dépérissement si rapide, de supprimer leur surmenage et surtout la mortalité par les épizooties, de rendre disponible le nombreux personnel employé aux parcs, d'assurer aux troupes une parfaite alimentation que les cuisines roulantes compléteront, d'utiliser les *cinquièmes quartiers* et les peaux, de diminuer l'encombrement des voies ferrées (un train frigorifique transportant la même quantité de viande abattue que quarante trains chargés de bétail sur pied) [Raynal], de contribuer à l'assainissement du champ de bataille et d'assurer la quiétude du commandement sur le ravitaillement quotidien en viande.

En présence de tous ces immenses avantages, la création d'un certain nombre d'usines frigorifiques s'impose d'urgence. Elles devraient être établies dans nos grands centres d'élevage.

Il faut aussi créer des wagons spéciaux à doubles parois, qu'on garnit de matériaux isolants, *de préférence du liège aggloméré.*

« Ainsi placée dans un milieu sinon refroidi, mais qui du moins la protège contre l'influence pernicieuse de l'air extérieur, la viande peut se conserver plusieurs jours. Le froid qu'elle possède suffit pour la tenir en bon état pendant le voyage » (Mounet).

« Les fourgons à viande pourraient être construits de façon à pouvoir transporter environ 2000 kilogrammes, soit 4000 rations. Pour une division, il faudrait quatre fourgons pour contenir une journée de viande » (Mounet).

Les voitures à viande devraient être munies d'isolants et, en augmentant la résistance de leurs ressorts, elles pourraient transporter 1000 kilogrammes de viande congelée, soit deux jours de viande.

Enfin les cuisines roulantes devraient être définitivement adoptées.

Les autobus, les camions automobiles et les trains Renard rendront également des services, à condition d'avoir des routes solides et bien entretenues.

En campagne la décongélation ne peut être faite ; il est donc inutile de la tenter.

Réduire au minimum les transbordements, qui sont toujours très préjudiciables à cette denrée.

Enfin, si la viande congelée doit être transportée sur des voitures de réquisition, il est utile de séparer et de recouvrir les divers morceaux avec de la paille non broyée.

En résumé, la *viande congelée* doit être conservée pour être expédiée aux troupes opérant loin des usines frigorifiques et la *viande réfrigérée* aux troupes se mouvant non loin de ces usines (Raynal).

Conclusions. — L'industrie du froid nous semble avoir actuellement acquis, chez nos voisins, une assez haute sécurité, pour que la France s'engage résolument dans cette voie.

En facilitant le ravitaillement, l'œuvre du service de l'arrière, si justement appelé le *cordon ombilical de l'armée*, nous assurons à nos effectifs mobilisés un aliment sain, d'excellente qualité, qui fera réaliser des économies à l'Etat et contribuera à entretenir la vigueur et la santé des soldats, si indispensable en campagne.

Avec les effectifs actuels si considérables, « la guerre ne peut plus nourrir la guerre » et cependant « les soldats feront toujours la guerre avec le ventre ».

Les troupes les mieux ravitaillées auront donc des avantages sérieux sur l'ennemi : « Il ne suffit pas pour un chef, écrit le général Thoumas, d'élever et de soutenir le moral de ses soldats, *son premier devoir est de veiller à la satisfaction de leurs besoins matériels.* »

Désormais, ce sera un problème redoutable d'alimenter ces masses énormes de défenseurs que les nations jetteront les unes contre les autres. Et si les munitions sont indispensables pour assurer le succès, une alimentation réparatrice est tout aussi nécessaire, « car on sait que si une troupe marche souvent, se bat quelquefois, *elle doit manger toujours* ». C'est surtout en campagne, qu'il faut songer à garnir les gamelles de ceux qui, sans jamais faire fortune, préparent le succès, comme dit le Règlement, et procurent la gloire.

Nous souhaitons donc de grand cœur que le ravitaillement actuel, en viande fraîche, soit modernisé et soit complètement transformé par l'industrie du froid, qui doit pénétrer dans nos mœurs.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 11 MAI 1914)

De l'anaphylaxie générale. Intoxication phosphorée et chloroforme. — M. Ch. Richet. Il existe une *anaphylaxie générale.* Autrement dit, par l'action latente qu'une substance toxique a exercée depuis longtemps sur l'organisme, l'organisme a été modifié et rendu plus sensible à l'action de diverses substances toxiques non identiques à la substance toxique primitivement injectée et anaphylactisante. Un chien qui a ingéré du phosphore est anaphylactisé pour le chloroforme; il est donc en état d'anaphylaxie générale, puisque des substances tout autres que le phosphore peuvent déchaîner l'anaphylaxie. Ces altérations humorales ou morphologiques, qu'un poison en apparence inactif a produites, passeraient complètement inaperçues si une intoxication seconde ne venait les révéler et prouver par conséquent que l'état normal a été modifié. *L'hypersensibilité latente et persistante produite par une action toxique, c'est l'état anaphylactique.*

Nouvelle démonstration expérimentale de l'existence d'un stade lymphatique généralisé, précédant les localisations dans l'infection tuberculeuse. — MM. A. Calmette et V. Grisez.

Tables des croissances comparées des nourrissons élevés au sein et au biberon durant la première année de la vie. — MM. VARIOT et FLINIAUX ont dressé des tableaux qui montrent que, contrairement aux idées encore admises, d'après les anciennes observations, il n'y a qu'une différence minime entre le poids et la taille des enfants élevés au sein ou au biberon, si l'on applique à ces derniers les perfectionnements modernes de l'allaitement artificiel comme on le fait dans les *gouttes de lait*.

(SÉANCE DU 18 MAI 1914)

Sensibilité de l'oreille physiologique pour certains sons musicaux. — M. MARAGE.

Interdépendance de l'hypotension artérielle périphérique et de l'hypertension artérielle viscérale. — M. A. MOUTIER.

Action du refroidissement sur les gouttelettes microbiennes. — MM. A. TRILLAT et FOUASSIER.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 26 MAI 1914)

La vaccination antityphoïdique dans les hôpitaux de Paris. — M. MESUREUR établit d'abord les bienfaits universellement connus aujourd'hui de cette méthode préventive et montre que, depuis plusieurs années, un certain nombre de chefs de service des hôpitaux parisiens la pratiquent de façon courante. En présence des résultats fournis par les statistiques tant civiles que militaires, devant le vote par le Parlement d'une loi rendant cette vaccination obligatoire dans l'armée, devant aussi cette constatation que cette méthode n'avait jamais ni provoqué une plainte ni causé un accident, le directeur général de l'Assistance publique de Paris pensa qu'il était du devoir du chef d'une administration comptant plus de 8000 employés exposés tout particulièrement à la contagion de les faire bénéficier de l'immunité que le vaccin procurait. Malgré en effet toutes les précautions prises jusqu'à présent, il faut savoir qu'en dix ans près de 300 infirmiers ont contracté la typhoïde et que leur mortalité a atteint plus de 12 p. 100.

Un centre vaccinatoire fut d'abord ouvert à la Salpêtrière en 1912 et les élèves de l'école d'infirmières furent les premières vaccinées. Le 14 mars dernier, le conseil supérieur de l'Assistance publique autorisait M. Mesureur à rendre cette vaccination obligatoire pour tous ceux qui demandent à servir dans les hôpitaux de Paris. La vaccination fut organisée à la Salpêtrière pour les femmes et à Saint-Antoine pour les hommes, sous la direction du professeur Chauffard.

Cette mesure fut, malgré toutes les garanties dont s'était entouré son instigateur, l'objet de violentes attaques dont la grande presse s'est fait l'écho.

« Ces attaques émanaient, dit M. Mesureur, du groupement syndical des agents non gradés, ou plutôt de quelques-uns de ceux qui le dirigent. Ils avaient cru trouver là une plate-forme heureuse pour donner carrière à cet esprit d'opposition, toujours à l'état latent chez les employés contre tout ce qui vient de leurs chefs, opposition qu'ils considèrent comme une condition nécessaire du progrès social.

Les allégations les plus étranges, les erreurs les plus fâcheuses, les interprétations les plus extraordinaires furent mises en avant pour émouvoir notre personnel et le dresser contre nous, qui lui apportions la vacccination comme un bienfait pour sa santé et comme une sauvegarde pour son existence. »

M. Mesureur examine chacun des faits qui ont été publiés et prouve que la vaccination antityphoïde n'y est pour rien. Il termine ainsi :

« J'arrête ces exemples qu'on a voulu invoquer contre la vaccination antityphique; ils ne prouvent rien en regard des 1 064 agents que nous avons immunisés, des 4000 piqûres qui ont été faites sans aucun accident.

J'ai tenu à mettre en lumière ces résultats, à opposer la vérité scientifique, confirmée par l'expérience, aux manifestations de l'esprit de routine et à la pusillanimité en commun, qui engendrent les paniques; j'ai voulu montrer la réalité de la conquête faite sur le mal en face de l'aveuglement, de l'ignorance, de l'hostilité qui se dressent, une fois de plus, contre le progrès. »

M. CHAUFFARD apporte l'appui de sa haute autorité à M. le directeur de l'Assistance publique. Frappé depuis longtemps de la fréquence de la fièvre typhoïde dans le personnel hospitalier, il s'est empressé, plus que tout autre, de recourir à la vaccination antityphoïdique. Les résultats obtenus ont répondu à son attente. Il n'y voit qu'une contre-indication, c'est la tuberculose. C'est pourquoi il a cru devoir s'abstenir chez un infirmier tuberculeux qui a malheureusement contracté la fièvre typhoïde et qui en est mort. En terminant, M. Chauffard déclare que l'Académie ne peut que louer M. Mesureur de son heureuse initiative.

M. VINCENT estime également qu'on ne peut qu'approuver le directeur de l'Assistance publique. Les preuves de l'efficacité du vaccin antityphoïdique se multipliant chaque jour, on ne peut qu'encourager sa propagande.

M. LANDOUZY, comme membre du conseil de surveillance de l'Assistance publique, a déjà, par son vote, approuvé la conduite de M. Mesureur. Il ne peut que confirmer ce vote en apportant à l'Académie son témoignage favorable.

M. CHANTEMESSE a depuis longtemps vacciné son personnel hospitalier et n'a pu que se louer des résultats de ces vaccinations.

M. NETTER vient ajouter son témoignage à celui de ses collègues et rappelle les résultats très avantageux qu'a donnés la vaccination antityphoïdique en Amérique, en particulier à Boston et à New-York. Cette vaccination a-t-elle des inconvénients? Parfois un peu de réaction locale et générale, mais absolument rien de dangereux. Il y a donc lieu de la propager le plus possible.

M. LE PRÉSIDENT croit être l'interprète de l'Académie tout entière en félicitant M. le directeur de l'Assistance publique des sages mesures qu'il a prises. (*Applaudissements.*)

La loi sur les aliénés. — M. THOINOT, rapporteur de la Commission, après avoir ramené la discussion, propose de repousser l'amendement de M. Magnan et d'adopter le texte de la Commission.

M. STRAUSS fait un nouveau plaidoyer en faveur de l'amendement de M. Magnan.

M. BALLET repousse de nouveau l'amendement de M. Magnan et les propositions de M. Strauss.

M. HAYEM se rapprochant de M. Magnan défend le vieux terme d'aliénation mentale proposé par M. Magnan, à la place de celui d'affection mentale. Il s'applique à démontrer que beaucoup de malades qualifiés de neurasthéniques finissent par l'aliénation mentale.

M. BALLET ne saurait admettre cette opinion et déclare que les neurasthéniques de M. Hayem ne sont que les mélancoliques de M. Magnan.

M. PINARD demande, de son côté, à M. Hayem s'il considère tous les neurasthéniques comme des aliénés

— Après une discussion très vive et que, faute de place, nous ne pouvons ici que résumer très brièvement, l'Académie

passe au vote : l'amendement de M. Magnan, mis aux voix, est repoussé à une grande majorité.

Le texte de la Commission mis aux voix est adopté à une grande majorité.

Le virilisme surrénal. — M. Tuffier présente une malade très intéressante.

On entend sous le nom de virilisme surrénal certains troubles morphologiques d'évolution caractérisés soit par un virilisme précoce chez l'enfant, soit par l'aspect viril que peut prendre une femme, même après la ménopause, sous l'influence d'une tumeur ou d'un trouble de sécrétion de la glande surrénale. C'est un exemple de cette dernière variété que présente M. Tuffier.

Femme de soixante-deux ans atteinte de métrorragies abondantes. Haute en couleur, vigoureuse, présentant tous les signes physiques d'un volumineux fibrome, ayant 70 grammes de sucre dans les urines, ce qui contre-indiquait l'intervention. Développement général extraordinaire du système pileux. Barbe et moustache noires très fournies. En même temps que sa calvitie fronto-pariétale, le timbre de sa voix est celui d'un homme, la forme des membres très musclés et leurs proportions sont tout à fait masculines. Il y a une hypertrophie du clitoris qui mesure environ 4 centimètres et est recouvert d'un prépuce très développé.

Tous ces accidents se sont développés depuis sa ménopause. Ce sont là les caractères d'un certain virilisme tardif.

Le sucre étant tombé à 6 grammes, M. Tuffier intervient. Laparotomie, hystérectomie abdominale totale.

M. Tuffier en profite pour examiner la région surrénale et il trouve une masse bilatérale surplombant les reins et de consistance fibro-lipomateuse. L'examen des annexes montra que l'ovaire gauche était atrophié, mais que l'ovaire droit présentait une tumeur du volume d'une grosse noix. L'utérus fendu sur la ligne médiane montra qu'il n'y avait pas de fibrome, que son tissu n'était pas scléreux mais présentait des faisceaux musculaires du volume de ceux qu'on voit dans la grossesse, sa muqueuse n'était pas altérée. Ce fait d'une hypertrophie utérine simple jointe à ces signes de métrorragie à l'âge de soixante-deux ans était déjà suggestif. La tumeur de l'ovaire était molle, hémorragique, sans végétations, sans kystes et d'un aspect que M. Tuffier n'avait jamais rencontré.

L'examen histologique montre que l'hypertrophie utérine est une hypertrophie musculaire et que la tumeur contenue dans l'ovaire est formée par un néoplasme né de l'ovaire lui-même, probablement des cellules à lutéine (Masson).

L'ensemble de ces faits répond au type du virilisme surrénal.

M. Tuffier fait suivre cette curieuse observation d'un historique de la question et appelle l'attention sur l'intérêt qui s'attache à l'étude de ces troubles physiologiques des glandes endocrines.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 23 MAI 1914)

Etude sur la fragmentation des hématies en granules ou phénomène de la globuloclasie. — M. G. Froin. Les globules rouges peuvent se fragmenter avec ou sans diffusion de l'hémoglobine ou hémolyse. C'est une auto-globuloclasie. La séro-globuloclasie n'existe pas.

L'auteur apporte une technique nouvelle pour l'étude de la globuloclasie.

Il suffit de chauffer les hématies à 52 degrés dans 1 centimètre cube de NaCl à 8 p. 100, pour obtenir une fragmentation si abondante en nombreuses petites particules que le liquide surnageant au-dessus du culot globulaire restant devient trouble et louche. Les solutions hyperchlorurées entravent rapidement la globuloclasie : dans le NaCl à 3 p. 100, elle est à peine apparente. Mais à 56 degrés, le NaCl même à 8 p. 100 ne peut empêcher la production du phénomène.

Les hématies d'un ictère hémolytique acquis ont montré une globulolyse moins forte à 52 degrés et mieux entravée, ainsi que la transformation sphérique par l'hyperchloruration que des hématies normales étudiées par comparaison. L'explication de ces faits doit être tirée de l'existence du complexe dont j'ai démontré la présence dans le globule. Les ictères hémolytiques résultent d'un excès de sensibilité de la toxine hématique à la chaleur et d'une modification de l'équilibre normal des éléments de ce complexe.

D'un rapport entre la tension artérielle et la quantité des plaquettes du sang chez l'homme. — MM. L. Le Sourd et Ph. Pagniez ont indiqué, il y a quelques mois, la possibilité d'une relation entre la teneur du sang en plaquettes chez l'homme et le niveau de la pression artérielle. Depuis lors ils ont poursuivi ces recherches ; leurs observations portent actuellement sur soixante sujets. Les résultats sont restés uniformes dans l'ensemble à ceux de leur première statistique et on peut les résumer en disant que les hypertendus ont de préférence un chiffre de plaquettes bas et inversement les hypotendus un chiffre de plaquettes élevé.

Quant à établir la série de cette relation entre tension et plaquettes c'est surtout, pensent les auteurs, d'une étude attentive et prolongée de cas bien choisis qu'on en peut attendre l'indication.

Autres communications :

Sur le virage de la phénolphtaléine dans le dosage des acides aminés par la méthode au formol. — M. Maillard.

L'autocoagulation chloroformique des laits recueillis à différents moments de la traite. — M. Pozerski.

Perméabilité élective des globules rouges aux ions. — M. Girard.

Extraction des pigments bactériens. — M. Lasseur.

Dosage du sucre total dans le foie. — MM. Bierry et Gruzewska.

ANALYSES

CHIRURGIE

Le diagnostic de l'hypertrophie thymique et la symptomatologie de l'hyperthymisme. (Philip H. Sylvester. *The Boston med. and surg. Journ.*, 2 avril 1914, vol. CLXX, n° 14, p. 528.) — On devrait songer plus souvent à l'hypertrophie thymique chez les enfants qui ont de l'asthme, de la bronchite persistante, des signes de sténose laryngée ou trachéale. La percussion donne à ceux qui en ont l'expérience des résultats équivalents à ceux de la radiographie et l'hypertrophie thymique est donc accessible aux plus simples méthodes d'examen.

Les enfants qui ont un gros thymus présentent des signes respiratoires tout à fait uniformes de deux ordres :

Ceux que causent une compression trachéale : cyanose, respiration lente et laborieuse, tirage sus-claviculaire et sous-sternal ;

Ceux qu'engendrent probablement une toxémie ou l'hypersécrétion thymique : respiration du type asthmatique caractérisée par une inspiration facile et longue et une inspiration pénible accompagnée de râles.

On est bien autorisé à attribuer tous ces troubles au thymus puisqu'ils disparaissent quand, sous l'effet du traitement, l'hypertrophie thymique s'efface et ne peut plus être retrouvée par l'examen physique.

Les symptômes de compression et les symptômes toxiques peuvent être combinés dans le même cas, mais ceux du type toxique sont plus constants.

Sylvester rapporte six observations instructives. Ses petits malades, sauf deux qui n'avaient pas été traités et sont morts subitement, ont parfaitement guéri grâce à la radiothérapie.

P. CHASTENET DE GÉRY.

Le pied plat chez les enfants. (Albert EHRENFRIED. *The Bost. med. and surg. Journ.*, 2 avril 1914, vol. CLXX, n° 14, p. 538.) — Ehrenfried insiste d'abord sur ce point que le diagnostic de pied plat ne doit être fait qu'avec prudence et en connaissance de cause. Sur 440 cas de troubles statiques du pied, il en a vu 327 dans lesquels l'état du pied était secondaire à d'autres phénomènes morbides qui nécessitaient un traitement. Une observation prolongée dans beaucoup de cas, simples en apparence, permet de reconnaître un rachitisme léger, une paralysie infantile, moins souvent des lésions telles qu'une tumeur blanche du genou, une hémiplégie, une paralysie saturnine ou diphtérique.

Dix-huit parmi les cas primitifs étaient congénitaux. Ceux-ci qui sont dus à quelque cause mécanique antérieure à la naissance devraient plutôt être rangés dans la catégorie des pieds bots. Ils reproduisent le type auquel l'auteur a donné précédemment le nom de calcaneo-valgus virtuel.

L'étude des 95 autres cas primitifs montre que la cause de l'infirmité est une insuffisance musculaire dépendant de la débilité physique. Cette débilité est souvent le reste d'une maladie infectieuse. Et elle a pu amener simultanément d'autres troubles tels que relâchement de l'articulation du genou, scoliose fonctionnelle, gastroptose.

Les cas secondaires qui sont la majorité résultent dans 200 cas du rachitisme ou de difformités rachitiques, dans 107 cas de paralysies infantiles et dans 20 cas d'autres maladies. Dans la plupart de ces derniers l'état du pied n'est qu'un incident de médiocre importance.

La prophylaxie des difformités du pied consiste à combattre les deux causes les plus importantes qui sont le rachitisme et les maladies infectieuses de l'enfance.

P. CHASTENET DE GÉRY.

Hémorragie à la suite de l'amygdalectomie. (P. E. GARLAND et D. Crosby GREENE. *The Boston med. and surgical Journ.*, 2 avril 1914, vol. XLXX, n° 14, p. 125.) — Ces hémorragies sont de fréquence très variable suivant les auteurs. Les uns donnent 1 ou 2 p. 1000; d'autres 1 p. 100 ou même 1 p. 50. Ces différences s'expliquent par plusieurs raisons : ceux qui n'opèrent que des adultes voient plus d'hémorragies; puis, ce qui est un accident grave pour les uns n'est pour d'autres qu'un accident banal; enfin, certaines anémies postopératoires ne sont pas rattachées à leur vraie cause. Pourquoi tel malade saigne-t-il et tel autre pas? C'est un problème difficile à résoudre. L'importance du traumatisme, la blessure de la paroi pharyngée sont loin d'être toujours en jeu. Dans tous les cas que les auteurs ont observés, environ une centaine, l'opération avait été aisée, la fosse amygdalienne, les piliers et le voile du palais étaient intacts. Peut-être l'hémorragie est-elle causée par la blessure d'un plexus de petites veines que les auteurs ont souvent remarqué dans la fosse amygdalienne après l'extirpation et dont les mouvements de la gorge empêchent l'hémostase spontanée. Le sang est, en effet, plutôt veineux qu'artériel. Et les artérioles qu'on peut voir quelquefois saigner se ferment seules en quelques minutes. L'hémorragie dangereuse qui peut se terminer par la mort est un suintement. Elle continue pendant des heures sans donner les symptômes classiques. Le malade avale le sang et on ne s'en aperçoit que lorsqu'il le vomit. Il faut donc, à partir de l'opération, inspecter la gorge à intervalles réguliers. Cet examen, qui n'est pas toujours facile, permettra au moins de voir dans la fosse un caillot qui se reforme aussitôt enlevé. C'est là le signe de l'hémorragie et l'avertissement du danger. Il ne faut pas en attendre d'autre, mais procéder immédiatement à la suture des piliers qui ne demande que trois minutes et assure la guérison du malade.

P. CHASTENET DE GÉRY.

Le périoste dans les transplantations osseuses. (Clarence A. Mc WILLIAMS. *Journ. Amer. med. Assoc.*, vol. LXII, n° 5, 31 janv. 1914, pp. 346-351.) — Les expériences de Mc Williams ont été entreprises dans le but de vérifier l'assertion de Murphy dont on connaît la grande compétence pour tout ce qui touche à la chirurgie osseuse et articulaire, à savoir que, pour qu'une greffe osseuse vive, il faut deux conditions : une asepsie parfaite et un contact avec du tissu osseux vivant. De la première condition, rien à dire; c'est un fait acquis depuis longtemps. Il n'en est guère de même pour la seconde. *Des fragments d'os*, avec ou sans périoste, transportés en plein *tissu musculaire, loin de tout contact osseux*, vivent parfaitement. Inversement, il se peut très bien que des greffes dépériostées, même en foyer aseptique et au contact d'os vivant, dégénèrent et meurent. Mc Williams considère le périoste comme un facteur autrement important de succès. Il a eu 87 p. 100 de succès avec les greffes périostées, contre 48 p. 100 seulement dans les cas de greffes sans périoste. *La vie des greffes dépend de leur vascularisation.* Celle-ci est sûrement suffisante si l'on laisse le périoste autour de la greffe et celle-ci vivra, où qu'on la transplante, au contact d'os vivant ou non. Mais si l'on enlève le périoste, la vascularisation de la greffe devient incertaine et l'échec survient dans plus de la moitié des cas. Le périoste n'a pas d'autre influence que celle d'assurer une vascularisation suffisante. Toutefois, dans certaines conditions, pas encore suffisamment établies, il semble que des lambeaux périostiques sans os, transplantés dans les parties molles, donnent une néoformation osseuse.

F. GARDNER.

MÉDECINE INFANTILE

La réaction à la luétine de Noguchi dans la syphilis infantile (étude préliminaire). (Germain BLECHMANN et Maurice DELORT. Soc. de pédiat., séance du 7 avril 1914.) — Les auteurs ont pratiqué l'intradermoréaction à la luétine dans le service du professeur Marfan sur plus de 40 hérédo-syphilitiques en l'étudiant parallèlement sur 100 enfants ou nourrissons apparemment indemnes de spécificité.

Dans cette étude préliminaire, ils indiquent la technique qu'ils ont suivie : ils ont employé un extrait de spirochète provenant de l'Institut Rockefeller et dilué dans une quantité égale de sérum au moment de l'usage.

Chez l'enfant, on injecte dans le derme 1/20 de centimètre cube de la solution.

Chez certains nourrissons, l'intradermoréaction est parfois difficile, la peau étant fort amincie ou bien épaissie et résistante.

Ils n'ont pas observé la réaction torpide dans le jeune âge.

Ensuite, MM. Blechmann et Delort insistent sur les réelles difficultés qu'ils éprouvent à suivre la réaction de Noguchi chez les enfants, puisque les malades doivent être tenus en observation pendant un mois.

A l'hôpital, des incidents divers (envoi en convalescence, contagion, etc.) arrêtent ou compliquent les recherches. A la crèche, la statistique a souffert de la morbidité habituelle. A la polyclinique, les mères ramènent difficilement leur enfant aussi souvent qu'il est désirable.

Il semble que la méthode de Noguchi rencontre là un écueil qui en empêche, chez un grand nombre d'enfants, une étude réellement rigoureuse.

L. GAYARD.

CHRONIQUE

LA CONSCIENCE MORBIDE.

ESSAI DE PSYCHOPATHOLOGIE GÉNÉRALE

C'est un problème toujours délicat et souvent bien ardu que de pénétrer l'intimité des troubles qui constituent la conscience morbide. Le but est de rechercher, au milieu du polymorphisme syndromique et de la variabilité individuelle des états psychopathiques, les caractères communs et essentiels. La méthode est différente de celle que fondait sur l'introspection la psychologie traditionnelle pour la connaissance de la conscience normale ; elle doit être toujours constituée ici par l'observation clinique.

Il importe de prendre les malades comme ils se présentent avant de conjecturer ce qu'ils sont. Avant de faire appel à notre propre expérience subjective, il nous faut étudier leurs manifestations morbides le plus objectivement possible. C'est cette intéressante étude que vient de tenter le docteur Charles Blondel (1).

On peut, dit-il, grouper les symptômes psychopathiques en trois classes correspondant aux cadres courants dans lesquels nous répartissons habituellement l'ensemble de notre activité mentale ; ce sont, par ordre d'objectivité décroissante, l'activité motrice, l'activité affective et l'activité proprement intellectuelle.

Au point de vue moteur, ce qui frappe c'est l'uniformité des réactions motrices et affectivo-motrices rencontrées chez les malades ; elle tient à la pauvreté relative de leurs moyens d'expression. Ce qu'on observe surtout c'est du négativisme, des tendances à l'opposition, de l'agitation, des réactions d'anxiété et des tentatives de suicide.

Au point de vue affectif, les troubles essentiels semblent souvent paradoxaux : les malades se plaignent à la fois d'une insensibilité physique et d'une souffrance de partout, d'une anesthésie morale, d'une inaffectivité, d'une indifférence totale et d'une douleur morale toujours plus angoissante. Il s'agit assurément d'un désordre tout spécial, irréductible par l'analyse aux états affectifs de l'expérience commune.

Au point de vue intellectuel, la pensée morbide et même le langage de ces malades, délirants chroniques mais non déments, restent aussi impénétrables et peu intelligibles.

Deux traits essentiels, ainsi que le note très justement Blondel, marquent l'ensemble de leurs réactions discursives : le défaut d'une organisation telle que la concevrait notre logique et aussi, caractère qui semblerait a priori contradictoire de celui-ci, une unité et une cohérence d'un ordre tout particulier.

Le manque de logique est évident pour qui observe ces sujets et prétend discuter avec eux sur leur délire. L'unité et la coordination se marquent dans la fixité de direction des tendances fondamentales et dans l'uniformité des préoccupations et des sentiments.

L'unité affective prime ici et remplace toute systématisation logique. Dans l'étude de la conscience morbide ce qui devient dès lors le plus nécessaire c'est la connaissance de ce pivot central qui est l'affectivité morbide.

Les cas d'étude les plus favorables sur lesquels s'appuie l'auteur, peuvent être répartis sous des rubriques de prime abord assez différentes : psychose d'angoisse, mélancolie anxieuse, délires systématisés, hypocondriaques, de persécution, de possession, de négation, délires secondaires ; mais entre tous existent des zones frontières et se retrouvent des caractères psychologiques communs.

La forme clinique la plus habituelle est l'anxiété, mais ce n'est pas une anxiété semblable à celle que nous pouvons éprouver nous-mêmes épisodiquement. C'est un phénomène, de l'ordre des sentiments, qui paraît insolite, ineffable, extralogique et irréductible à ceux dont on peut avoir communément l'expérience. C'est, en un mot, un phénomène qui toujours reste purement individuel.

La source et les éléments de cette perturbation affective se trouvent dans l'existence de troubles cénesthésiques, plus ou moins nombreux et variés, dont la réalité, pour être uniquement subjective, n'en est pas moins certaine. Ce sont de véritables « masses cénesthésiques » qui échappent à l'analyse, qui restent par conséquent rebelles à toute réduction conceptuelle et à tous nos modes d'expression verbale.

Sous l'influence de l'anxiété, les images, les idées, les jugements sont déformés, les souvenirs eux-mêmes apparaissent modifiés dans leur enchaînement et leur valeur, la notion de durée devient souvent un peu imprécise, il y a comme une contraction des événements successifs dans le temps ; les faits se transforment sous les yeux de l'observateur au point de ne plus apparaître que comme une « métastase du présent dans le passé », subordonnée à l'état affectif actuel.

Le langage des malades peut, durant un certain temps, faire illusion en dissimulant le scandale de leur logique ; ils doivent, en effet, pour exprimer leur pensée employer les mêmes mots que nous et les agencer, par ordre grammatical, en phrases calquées sur les nôtres. Mais bientôt ils deviennent difficiles à comprendre ou même totalement inintelligibles ; les termes perdent leur signification usuelle par suite de transpositions plus ou moins rapides de leur valeur représentative.

Comment peut-on interpréter l'opposition foncière qui existe entre la conscience morbide et la conscience normale ?

Etudiant les fonctions mentales dans les sociétés inférieures, le professeur Lévy-Bruhl avait insisté sur ce fait que la conscience normale est profondément socialisée, c'est-à-dire que, malgré sa complexité, elle se réduit, au moins pour ses éléments essentiels, à des concepts collectifs fixés par le langage. Blondel montre que la conscience morbide est au contraire au minimum réductible à ces cadres précis, qu'elle manque de cette rigidité conceptuelle, qu'elle reste en un mot tout individuelle.

Les troubles cénesthésiques, les sentiments et les représentations ont une insurmontable subjectivité qui ne peut s'exprimer, tant ils semblent aux malades différents des sensations, sentiments et concepts de la mentalité collective. Cette discordance entre leur vie consciente actuelle et les données de l'expérience antérieure fournies par les lectures et le contact avec les individus, cette étrangeté et ce caractère ineffable expliquent aisément l'état de désarroi et d'anxiété auxquels se réduisent, chez ces sujets, la plupart de leurs troubles morbides.

Cette théorie psychologique de la conscience morbide tire sa valeur du fondement clinique sur lequel elle repose. Bien qu'elle soit encore imprécise et même ténébreuse sur bien des points, elle paraît au moins avoir le mérite de pouvoir s'appliquer à un bon nombre de types morbides sans rester aucunement subordonnée aux conceptions souvent changeantes de la nosographie psychiatrique contemporaine.

PAUL CAMUS.

(1) Un vol. de 336 pages. — Paris, F. Alcan, édit., 1914.

PRATIQUE MÉDICALE

BRONCHITE CHRONIQUE

Le traitement doit surtout combattre la sécrétion bronchique, assurer l'antisepsie pulmonaire, stimuler l'appétit ainsi que la nutrition générale.

Prescrire en conséquence, au milieu de chaque repas, de deux à quatre des capsules suivantes : Gouttes Livoniennes, un flacon.

NOTES POUR L'INTERNAT

TUBERCULOSE INTESTINALE [1]

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — FORMES SCLÉREUSES. — a. *Forme sténosante.* — Il peut s'agir, soit d'un *rétrécissement cicatriciel* banal, succédant à une ulcération, siégeant le plus souvent sur la fin de l'iléon, soit d'un *rétrécissement fibreux d'emblée.* Sur une coupe le *rétrécissement cicatriciel* se montre constitué d'un tissu peu dilatable, limité par un diaphragme dont les bords sont à pic; au-dessus l'intestin est dilaté. Au niveau du rétrécissement le péritoine est dépoli, adhérent. Parfois les rétrécissements cicatriciels sont multiples. Le *rétrécissement fibreux d'emblée* (Darier) a son point de départ dans la sous-muqueuse qui est sclérosée ; la musculeuse est généralement atrophiée ; il s'agit là de rétrécissements inflammatoires tuberculeux bien étudiés par Bérard et Patel ; leur nature tuberculeuse est souvent difficile à affirmer histologiquement ; ces rétrécissements siègent de préférence au niveau de l'intestin grêle qui paraît ligaturé ; le plus souvent ils sont circulaires ; fait capital, à leur niveau la muqueuse est intacte, ce qui les différencie des rétrécissements cicatriciels.

Parfois la lésion est plus discrète ; on constate sur l'intestin la présence de plaques dures, de plaques de blindage, véritable *lupus intestinal* (Sachs et Darier), squirrhe tuberculeux (Leriche). Au niveau du cæcum, on peut observer un rétrécissement par tuméfaction pariétale de la valvule de Bauhin (sclérose hypertrophiante et sténosante de l'angle iléo-cæcal).

b. *Formes hypertrophiques.* — C'est au niveau du cæcum que siège le plus souvent cette variété, constituant le TUBERCULOME HYPERTROPHIQUE DU CÆCUM, affection à marche lente et chronique, le PLUS SOUVENT PRIMITIVE, cantonnée au cæcum et aux ganglions voisins, formant tumeur, simulant le lymphadénome, affection d'ailleurs souvent opérable et curable (Dieulafoy). Signalée par Duguet, bien étudiée par Terrier, Hartmann et Pilliet, Dieulafoy, la tuberculose hypertrophique du cæcum se présente comme une tumeur formée par le cæcum épaissi, bosselé, entouré de ganglions caséeux, plongé dans une masse épaisse et résistante de tissu scléro-adipeux, véritable pérityphlite scléro-adipeuse ; l'appendice, la terminaison de l'iléon, le côlon ascendant peuvent y participer, mais c'est l'angle iléo-cæcal qui est le lieu d'élection. A la coupe, les parois du cæcum sont hypertrophiées, lardacées, calleuses ; la surface interne est ulcérée, verruqueuse, avec des végétations polypiformes. La valvule iléo-cæcale est détruite ou transformée en bandes scléro-lardacées constituant un rétrécissement tel que le petit doigt peut à peine passer dans cet étroit pertuis ; au microscope, cet épaississement apparaît constitué par une infiltration considérable de cellules embryonnaires lui donnant l'apparence d'un tissu sarcomateux. Dans la couche celluleuse, on trouve des granulations tuberculeuses et des tubercules massifs avec bacilles de Koch. Le processus tuberculeux, au lieu d'aboutir à la caséification, aboutit à la transformation fibroïde qui donne à la paroi sa consistance rigide ; parfois la tuberculose primitive du cæcum se cantonne dans l'épaisseur de la muqueuse (Gérard-Marchant, Nattan-Larrier) sans provoquer l'hypertrophie ; il y a alors participation active de l'appendice et envahissement précoce et considérable des ganglions iléo-cæcaux.

On peut observer au niveau du côlon, de l'S iliaque, surtout du rectum, une transformation fibreuse hypertrophique analogue avec rétrécissement annulaire du canal intestinal ; cette forme hypertrophique et sténosante s'observe surtout au niveau du RECTUM ; les parois du rectum peuvent atteindre 2 à 3 centimètres d'épaisseur ; la lumière du canal peut ne plus permettre même le passage d'une sonde rectale ; il existe une périrectite fibro-scléreuse toujours très intense ; la muqueuse est le plus souvent creusée d'ulcérations larges, profondes, côlite dysentériforme de Spillmann, diphtéritique de Lebert.

Appendicite tuberculeuse. — Nous n'insisterons pas longuement sur cette forme qui sort en réalité de notre programme ; il faut distinguer d'abord la tuberculose de l'appendice (Corbin), rarement isolée, coexistant le plus souvent avec la tuberculose iléo-cæcale, ensuite l'appendicite tuberculeuse, assez fréquente d'après Letulle et Weinberg, quand on recherche systématiquement la tuberculose sur tout appendice enlevé chirurgicalement et spécialement quand on pratique des inoculations systématiques au cobaye. Cette appendicite tuberculeuse peut s'accompagner de péritonite, d'abcès enkysté rappelant l'évolution de l'abcès froid, avec ouverture à la peau, etc. (voir *Gaz. des hôp.*, 1913, péritonite tuberculeuse, Question d'internat).

Il nous reste à signaler la *dégénérescence amyloïde* de l'intestin rarement isolée d'ailleurs et qui coexiste en général avec la dégénérescence amyloïde des reins, du foie, de la rate, etc.

SYMPTOMATOLOGIE. — La tuberculose intestinale évolue d'une manière toute différente, suivant le type anatomique observé ; on peut néanmoins cliniquement en diviser l'étude en deux grands chapitres, formes médicales et formes chirurgicales. Nous envisagerons, successivement, la forme granulique, la forme ulcéreuse, les formes sténosantes, les formes hypertrophiques, certaines formes mixtes ; pour chacune de ces formes nous étudierons à part le diagnostic et le traitement.

I. Formes médicales de la tuberculose intestinale. — *A.* FORME GRANULIQUE. — Cette forme est assez rare ; en général, quand elle existe, ses symptômes disparaissent dans le tableau de la granulie qui revêt tantôt le type méningitique, tantôt l'allure de la typhoïde ; quand les symptômes abdominaux sont assez accusés, on note du tympanisme abdominal, une constipation opiniâtre, parfois des taches rosées, des hémorragies intestinales ; le diagnostic en ce cas est hésitant avec la fièvre typhoïde ; en cas de doute, la séro-réaction tranchera la difficulté ; le pronostic est à peu près toujours fatal. Il n'existe aucun traitement à conseiller.

B. FORME ULCÉREUSE. ENTÉRITE TUBERCULEUSE. — C'est de beaucoup la forme la plus fréquente ; elle peut être primitive chez l'enfant, mais chez l'adulte elle est à peu près toujours secondaire ; elle s'observe chez des tuberculeux pulmonaires déjà avancés, avec fièvre hectique, expectoration bacillifère abondante, etc.

Le symptôme capital est la DIARRHÉE, mais avant de s'installer d'une manière définitive cette diarrhée est précédée de douleurs névralgiques, avec modifications des selles qui sont dures, calcinées, recouvertes de mucus ; une fois installée, la diarrhée va persister sans arrêt (diarrhée de long cours de Chomel) ; le nombre des selles peut aller jusqu'à quinze par jour ; les selles sont très douloureuses, surtout à la période terminale (diarrhée colliquative de Bayle) ; la diarrhée est rebelle à toute médication ; elle est accrue par l'ingestion d'aliments froids ; les selles sont d'abord semi-liquides, puis liquides, contenant des lambeaux de muqueuse ; elles sont grisâtres, noirâtres quand elles contiennent du sang, d'odeur fétide, gangréneuse ; elles contiennent parfois des tubercules, de la graisse, du sang, des acides gras, des glaires ; la recherche des bacilles est difficile ; leur constatation est d'ailleurs sans importance puisqu'il s'agit presque toujours de tuberculeux pulmonaires qui déglutissent des crachats riches en bacilles.

Les *douleurs* abdominales, parfois très vives, sont spécialement localisées à droite ; la décompression les augmente ; il existe de l'hyperesthésie cutanée. Le ventre est parfois ballonné, la peau est lisse, tendue ; les veines sont apparentes ; parfois le ventre est aplati, la peau est flasque et la palpation donne la sensation spéciale de ventre de cadavre ; on note souvent la présence d'adénopathies mésentériques ; ces symptômes sont surtout accusés dans la FORME ENTÉROPÉRITONÉALE (Bérard et Patel).

Dans cette variété clinique, le péritoine, les ganglions sont aussi pris que l'intestin ; si le ventre n'est pas trop météorisé, on peut percevoir, soit une masse irrégulière périombilicale, soit des amas inégaux, durs, douloureux. Chez l'enfant, l'augmentation des ganglions peut être considérable, réalisant alors le CARREAU ; la granulie emporte souvent le malade ; chez l'adulte, il se forme des abcès, des perforations, des fistules, un phlegmon iliaque à évolution lente, s'ouvrant dans l'intestin ou à la peau par une

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 56, p. 925.

ou plusieurs fistules; ces complications s'observent surtout en cas de *perforations intestinales*; celles-ci sont parfois absolument latentes, parfois elles se manifestent par de l'hypothermie, du météorisme, des symptômes de collapsus; comme le péritoine présente en général des adhérences, il se fait un abcès enkysté péri-intestinal, avec phlegmon stercoral s'ouvrant à la peau, vers l'ombilic, laissant une fistule pyostercosale; ce phlegmon peut avoir une marche rapide ou lente. Parfois la perforation fait communiquer deux anses intestinales; si la communication d'une anse haut située se fait avec le côlon, il peut en résulter de la lientérie.

(*A suivre.*)

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance du 25 avril 1914.*) H. VINCENT : La vaccination antityphoïdique par le vaccin polyvalent. — H. KRONECKER : Considérations sur la cause du « mal de montagne ».

Archives d'électricité médicale, expérimentales et cliniques. — (N° 380, 25 avril 1914.) Numéro consacré au Ve Congrès de physiothérapie.

Bulletin médical. — (N° 30, 15 avril 1914.) PECH : Essai d'explication physiologique de l'action de certaines causes météoriques sur la genèse de quelques maladies. Le rôle de l'oxygène. — (N° 31, 18 avril.) A. CADE et J. REBATTU : Le mouvement médical lyonnais (*fin*). — PUJOL : Sur la gangrène spontanée des organes génitaux. — (N° 32, 22 avril.) ARMAND-DELILLE : L'héliothérapie marine dans les tuberculoses abdominales. Le traitement hélio-marin de la péritonite tuberculeuse et de la tuberculose cæcale. — (N° 33, 25 avril.) PINARD : Signes et diagnostic de la gestation utérine et normale pendant sa première moitié.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 14, 15 avril 1914.) Henri BITH : Traitement de la sporotrichose. — (N° 15, 23 avril.) Georges DETRÉ : Les bases scientifiques de la radiothérapie.

Echo médical du Nord. — (N° 16, 19 avril 1914.) DESCARPENTRIES : Nouvelle technique pour établir un anus artificiel iliaque sigmoïdien. — J. LECLERCQ et M. PELLISSIER : La technique et les indications du pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — (N° 17, 26 avril.) DEHON et J. HEITZ : Sur la signification des hautes pressions diastoliques.

Encéphale. — (N° 4, 10 avril 1914.) J. CROCQ : Le mécanisme du tonus musculaire des réflexes et de la contracture (*fin*). — René MASSELON : Les voies d'invasion de la démence précoce. — Paul COURBON : La convoitise incestueuse dans la doctrine de Freud et les conditions du désir sexuel.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 16, 19 avril 1914.) RÉGIS : Un cas de délire post-onirique. — L. VERDELET : Amygdalites et appendicites. — (N° 17, 26 avril.) H.-L. ROCHER et R. MABILLE : A propos d'un cas de scoliose congénitale dorso-lombaire (4 fig.).

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 16, 19 avril 1914.) AUTHIER et LAFARGUE : Paranoïa hypocondriaque. Histoire d'un délire de persécution à base d'hallucinations cénesthésiques. — E. RÉGIS : Note sur un projet de loi relatif au régime des aliénés.

Journal de médecine interne. — (N° 10, 10 avril 1914.) René GAULTIER : Nouveaux cas de guérison de goitres exophtalmiques par l'emploi des sels de quinine à hautes doses longtemps prolongées. Remarquable tolérance de la quinine par les basedowiens. — (N° 11, 20 avril.) A. BAYET : Les limites actuelles de la radiumthérapie dans le traitement des cancers profonds.

Journal médical français. — (N° 4, 15 avril 1914.) Numéro consacré à la pathologie de la vésicule biliaire.

Marseille médical. — (N° 8, 15 avril 1914.) AUBARET : Leçon d'ouverture du cours de clinique ophtalmologique. — CASSANTI : Quelques considérations à propos d'un Wassermann positif chez un nourrisson et négatif chez sa mère.

Revue de chirurgie. — (N° 4, 10 avril 1914.) E. QUÉNU et COSTANTINI : Des indications de la résection intestinale dans la cure radicale de certaines hernies (6 fig.). — J. WALTER-SALLIS : Les pancréatites non biliaires (*fin*). — P. HARDOÜIN : Etude clinique et expérimentale sur les luxations traumatiques du genou en arrière (*fin*).

Revue de la tuberculose. — (N° 2, avril 1914.) BALTHAZARD : Les poussées évolutives de la tuberculose pulmonaire chronique. — A. GAUSSEL : Le masque aspirateur (Sangmaske) de Kühn; son emploi dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — J. WALTER-SALLIS : Tuberculose primitive du pancréas.

Revue de médecine. — (N° 4, 10 avril 1914.) P.-L. COUCHOUD : Le Kubisagari (maladie de Gerlier) [4 fig.]. — J. MOLLARD et A. DUMAS : Du bruit de galop au cours et dans la convalescence de la fièvre typhoïde d'après quelques cas personnels (*fin*).

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 16, 18 avril 1914.) Lucien JEANNERET : Les tumeurs malignes du pharynx chez l'enfant. — (N° 17, 25 avril.) DUVERGER : Contribution à l'enquête internationale sur l'ozène. Une remarque sur l'ozène en Egypte. — C. COMPAIRED : Un cas de tuberculose locale de la pituitaire. Guérison. — (N° 18, 2 mai.) MOURE : De la fermeture immédiate après l'antrotomie dans les mastoïdes aiguës. — COULET : Deux cas de méningite otogène suppurée suivis de guérison. — (N° 19, 9 mai.) WEISSMANN : Pansements consécutifs aux opérations mastoïdiennes. — (N° 20, 16 mai.) POUGET : Un cas de polype dermoïde du pharynx. — MAURICE : La diathermokynésiphonie ou rééducation auditive à chaud.

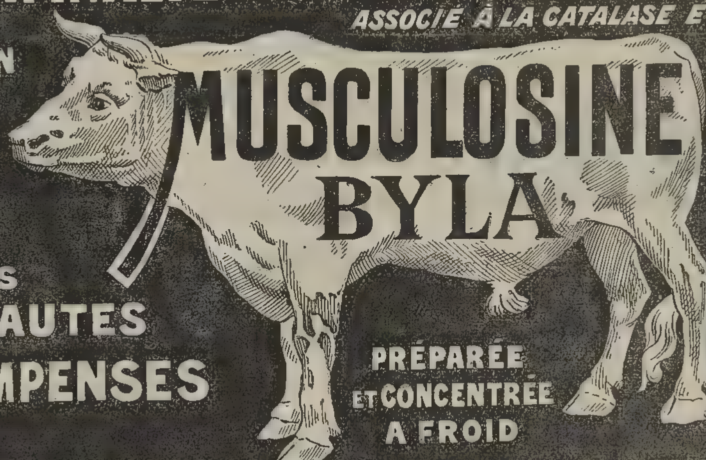
Revue neurologique. — (N° 7, 15 avril 1914.) L. LÉVY et GONNET : Syndrome méningé au cours d'une hémorragie cérébrale. — A. BERTOLANI : Sur une nouvelle méthode pour produire des lésions expérimentales des centres nerveux.

Semaine médicale. — (N° 16, 22 avril 1914.) L. BARD : De la perception des mouvements de rotation dans le syndrome des tumeurs du nerf acoustique et de « l'hémiavestibulii » de siège central.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 15, 9 avril 1914.) LAZAREVIE : Traitement opératoire du cancer du sein et son résultat durable. — GOLDSCHMIED : Résultats de l'opération radicale du cancer rectal. — KAHLER : Influence de la menstruation snr la teneur du sang en sucre. — KÖHLER et SCHNIDLER : Traitement du carcinome utérin par le radium. — PALAWSKI : Un cas de tuméfaction articulaire périodique. — (N° 16, 16 avril.) KOREZINSKI : Sur les cas sporadiques de maladie de Heine Medin. — SPIEGLER : Action du benzol dans la leucémie. — BUSSON, KIRCHBAUM et STANIEK : Présence du pneumocoque dans des bulles de pemphigus. — RETHI : Sur les suppurations du sinus maxillaire et leur traitement. — HATIEGAN et DÖRI : Sur la symptomatologie de la pellagre. — LÖWY : Traitement du choléra par injections de solution saline hypertonique, de teinture d'iode et de permanganate de potasse.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.


TRAITEMENT DE L'ANÉMIE, NEURASTHÉNIE
ET DE TOUS LES ETATS CONSOMPTIFS
SUC PUR INALTÉRABLE DE VIANDE DE BŒUF CRUE
ASSOCIÉ À LA CATALASE ET AUX OXYDASES OXYHÉMOGLOBINIQUES
LE FLACON ENTIER 8 FRANCS
MUSCULOSINE
BYLA
LE DEMI-FLACON 4 Fr. 50
LES PLUS HAUTES RÉCOMPENSES
PRÉPARÉE ET CONCENTRÉE A FROID
DOSE MOYENNE
4 Cuillerées à bouche par Jour pour Adultes, 4 Cuillerées à dessert pour les enfants.
ABSENCE TOTALE DE TOUS GERMES NOCIFS
LES ETABLISSEMENTS BYLA
GENTILLY (SEINE)

N° 62. — SAMEDI 30 MAI 1914. 87e ANNÉE. SAMEDI 30 MAI 1914. — N° 62.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 10 francs par an.
Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de la Pentecôte, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 28 mai. — MM. Bloch, Beaufumé et Lévy-Valensi, 20.

— Liste des 25 candidats admis à subir la troisième épreuve d'admissibilité, épreuve orale :

MM. Harvier, Foix, Tixier, Faure-Beaulieu, Ramond, Darré, Baudouin, Chabrol, Debré, Ameuille, Paillard, Armand-Delille, Halbron, Renaud, Bénard (René), Monier-Vinard, Weil (Mathieu-Pierre), Lévy-Valensi, Tinel, Laroche, Fiessinger, Froin, Lemaire (Henry), Lévy (Fernand), Beaufumé.

Prochaine séance (épreuve orale), mercredi 9 juin, à seize heures trente, 49, rue des Saints-Pères.

— CONCOURS DU PROSECTORAT. — *Lecture des copies.* — Séance du 27 mai. — MM. Mornard, 20; Sorel, 14; Maurer, 17; Brocq, 17 1/2.

CONCOURS DE MÉDECINS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Lecture.* — Séance du 28 mai. — MM. Bouzat, 10 + 14 = 24; Fourgous, 11 + 16 = 27.

Première épreuve clinique, mercredi 3 juin, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS POUR LE CLINICAT. — Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvrira, à la Faculté de médecine de Paris, le mercredi 1er juillet 1914, à neuf heures du matin.

Places mises au concours. — 1° Clinicat médical : titulaires, 3 ; adjoints, 3.

2° Clinicat des maladies mentales : titulaires, 2 ; adjoints, 2.

3° Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques : titulaire, 1 ; adjoint, 1.

4° Clinicat des maladies nerveuses : titulaire, 1 ; adjoint, 1.

5° Clinicat ophtalmologique : titulaire, 1 ; adjoints, 2.

6° Clinicat médical infantile : titulaire, 1 ; adjoints, 2.

7° Clinicat gynécologique : adjoint, 1.

8° Clinicat thérapeutique : titulaire, 1 ; adjoint, 1.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire, au secrétariat de la Faculté, jusqu'au samedi 20 juin inclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures.)

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine français. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, de chirurgien ou accoucheur des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — DIJON. — M. Gault, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est prorogé dans ses fonctions pour un an, à dater du 14 juin 1914.

— MARSEILLE. — M. Brun, docteur en médecine, pharmacien de première classe, chef des travaux de bactériologie, est chargé en outre, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1913-1914, d'un cours complémentaire de bactériologie, en remplacement de M. Simond, démissionnaire.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — A l'occasion de l'exposition de Gand, sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Barthelat, Capdepont, Chatin, Glover et Luys (de Paris).

GUERRE. — CONCOURS POUR L'ADMISSION A DES EMPLOIS DE MÉDECIN ET DE PHARMACIEN AIDES-MAJORS DE DEUXIÈME CLASSE DES TROUPES COLONIALES. — Le *Journal officiel* du 27 mai 1914 publie, page 4753, l'avis d'ouverture de ce concours pour le mois de décembre 1914, ainsi que l'indication des épreuves et formalités à remplir. Il y a cette année dix-huit places de médecin mises au concours.

— CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décret du 21 mai 1914, ont été promus aux grades ci-après, et par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin-major de première classe. — M. le médecin-major de deuxième classe Chapeyrou affecté au Tonkin; maintenu.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Rivière, de l'Afrique occidentale ; maintenu ; — Bourgarel, de l'Afrique occidentale; maintenu.

— MUTATIONS. — Par décision ministérielle en date du 23 mai 1914 :

Médecins principaux de deuxième classe. — MM. Martin

est nommé médecin chef de l'hôpital Hippolyte-Larrey à Toulouse; Arnould, secrétaire de la commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires et maintenu à la section technique; Provendier, médecin chef du service de santé de la place et de l'hôpital militaire de Briançon.

Médecins-majors de première classe. — M. Quéhéry passe à l'hospice mixte du Mans; Vèzes, à l'hospice mixte de Besançon; Eybert, à la section technique du service de santé; Cathoire, à l'hôpital de Marseille (bactériologie); Lafforgue est chargé du service de bactériologie de l'hôpital Hippolyte-Larrey à Toulouse; Brice passe au 69e d'infanterie; Costa, à l'hôpital du Belvédère à Tunis (bactériologie); Viry, au 26e d'infanterie.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Bourgeois passe au 54e d'infanterie; Leclerc, au 27e d'artillerie; Laporte, à la section technique du service de santé (laboratoire de bactériologie); Fournier, au 51e d'artillerie; Arnaud, à la direction du service de santé du 3e corps d'armée; Anglade, au 27e dragons; Delacroix, au 167e d'infanterie.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Minguet passe au 62e d'infanterie; Delorme, aux troupes d'occupation du Maroc oriental; Bendon, au 23e d'infanterie; Rolland, au 164e d'infanterie; Mulot, à l'école de gymnastique et d'escrime de Joinville; Héraud, au 14e d'infanterie.

Médecin aide-major de deuxième classe. — M. Vidal passe aux troupes d'occupation du Maroc oriental.

LVe ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'Association générale des médecins de France, dont le siège est à Paris, 5, rue de Surène, vient de tenir son assemblée générale annuelle dans l'amphithéâtre de la Faculté de médecine. Un grand nombre de médecins, venus de tous les départements, assistaient à la séance.

Après l'allocution prononcée par M. le professeur Gaucher, membre de l'Académie de médecine, président de l'Association, M. le docteur Darras, trésorier général, a fait l'exposé de la situation financière. L'Association a distribué, pendant le dernier exercice, en pensions et secours, plus de 200000 fr.; son avoir actuel dépasse six millions, y compris l'avoir des 93 sociétés locales.

Depuis sa fondation, l'Association générale des médecins de France a payé, en pensions et secours, une somme totale de 4 400000 francs, dont 1 825 000 francs à des sociétaires et le surplus à des veuves et orphelins de sociétaires.

M. le docteur Séailles a lu un rapport sur les pensions viagères à accorder en 1914 : 13 nouvelles pensions de 800 francs et 4 suppléments de 200 francs ont été votés, ce qui porte à 86 le nombre des pensions en cours (37 à 1000 francs et 49 à 800 francs).

M. le docteur Levassort, secrétaire général, a présenté le compte rendu des actes de l'Association générale pendant l'exercice 1913-1914.

Puis, l'assemblée a discuté divers vœux : admission dans l'association des femmes de sociétaires; mode de nomination des membres du conseil général, tendant à ce que toutes les régions de France soient représentées audit Conseil; interprétation de l'article 5 des statuts en ce qui concerne « l'aide et la protection » à accorder aux sociétaires; vœu, souvent renouvelé, demandant que l'Association se spécialise dans les questions de mutualité; mesures à prendre au sujet de l'affichage, dans les Facultés, des postes médicaux vacants; vœu relatif à l'interdiction de l'exercice de la médecine en France, par des étrangers.

L'Assemblée a émis le vœu que les sociétés locales augmentent leur cotisation pour distribuer des allocations plus élevées aux veuves et aux orphelins et que les femmes et enfants de médecins fassent acte de prévoyance en adhérant en grand nombre à la Société spéciale, fondée il y a un an pour leur permettre de se constituer une retraite de droit de 360 francs.

Un banquet très cordial a réuni le soir, au Palais d'Orsay, les nombreux présidents et délégués des Sociétés départementales.

LES MÉDECINS AU PARLEMENT. — M. le docteur Darras toujours si exactement documenté nous signale quelques erreurs dans la liste des médecins députés que nous avons publiée récemment (voir *Gaz. des hôp.*, 1914, n° 60, p. 979).

Les médecins députés sont en réalité 56.

Voici les noms des omis :

MM. les docteurs Amodru (d'Etampes), Augé (de Rodez), Bachimont (de Nogent-sur-Seine), Claussat (de Thiers), Coyrard (de Saint-Jean-d'Angély), Foucher (de Chinon), Hugon (de Saint-Flour), Maunoury [Gabriel] (de Chartres).

— Nous avons indiqué parmi les médecins M. Schmidt (de Saint-Dié), il est pharmacien; M. Sibuet (d'Alberville) est « rebouteur » et non médecin.

Enfin quelques corrections : ligne 3 et dernière ligne, lire Delom-Sorbé; ligne 12, Queuille.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEAUX. (Service du docteur JOSUÉ.) — Sous la direction du docteur Josué, médecin de l'hôpital de la Pitié, commencera dans les premiers jours du mois de juin et se poursuivra pendant le semestre d'été un enseignement des maladies du cœur et des vaisseaux, ayant pour but d'exercer chaque élève en particulier à l'examen de malades et à la pratique du diagnostic.

Ces exercices cliniques (percussion, phonendoscopie, auscultation, sphygmomanométrie, électrocardiographie, etc.) se feront par séries de huit élèves. Ils auront lieu dans l'après-midi à partir de deux heures et demie et dureront un mois par série de dix leçons.

Pour l'inscription et pour les renseignements, s'adresser à M. J. Boirac, interne du service.

CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE DE LA FACULTÉ (HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES, 149, rue de Sèvres). — MM. Monsaingeon, chef de clinique, et Olivier, chef de clinique adjoint, commenceront un cours complémentaire le mardi 2 juin à quatre heures et demie et le continueront tous les jours à la même heure à l'amphithéâtre de la clinique.

Ce cours, d'ordre essentiellement pratique, sera complet en un mois. Il comprendra les principales questions de chirurgie infantile et d'orthopédie, avec examen des malades, technique des appareils, interprétation des radiographies et présentation de pièces.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté, tous les jours de une heure à trois heures.

Le droit à verser est de 50 francs.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 8 AU 13 JUIN 1914

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 8 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 9 juin, à une heure. — 1er fin d'année (physiologie, N. R.), *Laboratoire des travaux pratiques de physiologie*, épreuve pratique.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).
5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier*.

Mercredi 10 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).
5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Jeudi 11 juin, à une heure. — 1er fin d'année (physiologie, N. R.), *Laboratoire des travaux pratiques de physiologie*, épreuve pratique.
4e.

Vendredi 12 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 13 juin, à une heure. — 1er fin d'année (physiologie, N. R.), *Laboratoire des travaux pratiques de physiologie*, épreuve pratique.
5e (2e partie), *Beaujon* (1re, 2e, 3e et 4e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon*.



OVULES ROCHE
AU THIGÉNOL
dosés à 30%
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
PARIS



Thigénol Roche
F. Hoffmann-La Roche
PARIS

REVUE GÉNÉRALE

CONTRIBUTION A LA PROPHYLAXIE DES MALADIES CONTAGIEUSES

LUTTE CONTRE LES PORTEURS DE GERMES DIPHTÉRIQUES

Par MM. R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE
et P. ROUCHÉ.

La notion des porteurs de germes occupe, dans la prophylaxie des maladies contagieuses, une place dont les observations cliniques et les recherches bactériologiques ont bien montré, ces dernières années, toute l'importance. Pour la diphtérie, plus que pour toute autre maladie peut-être, la connaissance de ces foyers et de ces véhicules d'infection que constituent les porteurs de germes a permis de découvrir l'origine obscure de certaines épidémies, d'expliquer leur marche anormale et d'instituer une prophylaxie efficace. Pour une maladie aussi bien étudiée que l'est actuellement la diphtérie, il peut sembler, en effet, que cette prophylaxie doive être aisée. En réalité, il n'en est rien; elle soulève de nombreux problèmes dont la question des porteurs de germes est l'un des plus importants. De plus, si le rôle pathogène des germes est certain, il est souvent mal défini ; par suite, les moyens thérapeutiques et prophylactiques à instituer sont d'une détermination difficile. Nous verrons quelles solutions ont été apportées au problème, mais auparavant nous avons à indiquer exactement les termes de celui-ci. Nous serons d'autant mieux placés pour juger de la valeur des moyens prophylactiques proposés que nous saurons mieux comment les porteurs de germes sont contagieux, dans quelle proportion et pendant combien de temps ils le sont.

I

Contagion par les porteurs de germes diphtériques. — L'histoire des porteurs de germes remonte à l'époque où Roux et Yersin signalèrent la présence de bacilles diphtériques chez un convalescent de diphtérie, après guérison clinique complète. Depuis, le bacille fut retrouvé maintes fois aussi bien dans le nez que dans la gorge, non seulement chez les convalescents de diphtérie, mais encore chez des individus bien portants qui avaient été en contact avec des diphtériques.

Le rôle de ces porteurs de germes diphtériques, nié encore par certains auteurs (Williams), tenu pour extrêmement rare par d'autres, est actuellement prouvé par un grand nombre d'observations (Sevestre et Méry, Ogle, L. Martin, Jochman, Bugbee, Fischer, Prip, Caussade et Joltrain, Tézenas de Montcel). Nous verrons que la contamination par les porteurs de germes n'est pas rare.

La question s'est encore compliquée lorsqu'on a découvert que les bacilles diphtériques n'existent pas seulement dans la gorge ou le rhino-pharynx des malades ou des convalescents, mais qu'on peut les rencontrer aussi soit dans les fèces, soit dans les urines. J. Günther, en 1907, a trouvé, chez une fillette de deux ans, morte à la suite de rougeole, au niveau de l'intestin grêle et du gros intestin, des plaques de muqueuse nécrosée, d'où il aurait pu isoler le bacille diphtérique typique. S'il s'agissait vraiment là d'un cas de diphtérie de l'intestin, comme le pense Günther, il est bien évident que les fèces contenant des bacilles pourraient devenir une source d'infection. Mais les recherches bactériologiques de l'auteur sont bien peu probantes et la nature diphtérique du bacille trouvé dans l'intestin est rien moins que certaine.

Plus précises semblent être les recherches qu'ont faites certains auteurs de la présence des germes dans l'urine. En 1912 Conradi et Bierast, à l' « Hygienische Institut » de Halle, ont examiné les urines de 155 malades atteints de diphtérie et ils ont trouvé le bacille dans 54 cas. D'après ces auteurs, un tiers des malades éliminerait donc les bacilles par l'urine. Ses germes sont éliminés avec la plus grande fréquence au cours de la première semaine (31), moins au cours de la seconde (10), de la troisième (5) et de la quatrième semaine (4) ; dans un cas, les bacilles ont été retrouvés dans l'urine chez un individu ayant eu la diphtérie neuf semaines auparavant et qui était d'ailleurs parfaitement guéri. Conradi et Bierast insistent sur la nécessité de désinfection des urines chez les diphtériques, car il y a lieu, disent-ils, de redouter la souillure du lait par les urines, et, à la rigueur, l'explosion d'une épidémie de diphtérie d'origine urinaire. Les recherches de Conradi et Bierast ont été reprises récemment par Beyer Walther (1913) à la *Medizinische Universitätsklinik* de Rostock : les recherches portèrent sur 19 sujets et dans tous les cas on trouva le bacille dans l'urine. Et, ce qui serait particulièrement intéressant à notre point de vue, l'auteur a pu déceler la présence de bacilles dans un cas huit semaines, dans l'autre dix semaines après la fin de la maladie. Dès la publication des travaux de Conradi et Bierast, M. L. Martin a fait rechercher méthodiquement, sous sa direction, par son élève J. Dumas, le bacille diphtérique chez tous les diphtériques qui ont été soignés à l'hôpital Pasteur. Le nombre en est déjà très élevé et jamais le bacille diphtérique n'a été trouvé. Sans vouloir contester d'une façon absolue la spécificité du germe mis en évidence dans les urines par Conradi, Bierast et Walther Beyer, puisque, dans 6 cas, ces auteurs ont essayé la virulence et reconnu que le germe en question tuait le cobaye avec des lésions caractéristiques, nous pensons qu'on ne saurait s'entourer de trop de précautions. On a trop de tendance en général à considérer comme diphtérique un bacille d'après ses caractères morphologiques et culturaux sans faire l'essai de sa virulence sur le cobaye.

L'existence de porteurs de germes ayant des bacilles diphtériques dans les fèces ou dans les urines est donc possible, elle est intéressante et méritait d'être signalée, mais elle doit être exceptionnelle. En réalité, c'est sur la gorge et le rhino-pharynx que doivent porter surtout les mesures de désinfection, car pour le bacille diphtérique, comme

pour le méningocoque par exemple, c'est là qu'est le « repaire » du germe infectieux.

Dans les cas d'infection par les porteurs de germes les bacilles trouvés dans la gorge ou dans le rhino-pharynx étaient presque toujours des bacilles diphtériques virulents. Des germes avirulents, bacilles pseudodiphtériques des auteurs, paraissent en général incapables de provoquer une diphtérie clinique. Mais cela n'est pas sans exception. L. Martin a montré que des bacilles, catalogués bactériologiquement comme pseudodiphtériques, ont pu donner des diphtéries graves et même mortelles. L. Martin et Loiseau ont trouvé dans 5 p. 100 des cas des diphtéries produites par des germes avirulents; Escherich considère ce chiffre comme trop élevé.

Au Congrès de médecine tenu à Londres en 1913, G. Gutrie, Moos et Selien (de Baltimore), exposant le résultat de leurs recherches déjà anciennes en vue de déterminer la durée de persistance du bacille diphtérique dans la gorge et de constater s'il se produirait un changement dans la virulence, ont constaté les faits suivants. Si, chez un individu, la première culture était virulente, toutes les autres l'étaient et, inversement, si la première était avirulente, les autres l'étaient aussi. Mais, la majorité des auteurs admettent que la virulence du bacille est une qualité qui peut s'accroître, diminuer ou disparaître dans certaines conditions (Roux et Yersin). Cette propriété ne s'observe pas seulement *in vitro*, Prip, Pennington, Hewlet, Meunier récemment ont pu observer de grandes variations dans la virulence des germes que conservèrent des porteurs pendant un temps plus ou moins long. Meunier dans un cas, chez un porteur qui conserva du bacille pendant plus de deux ans, nota des variations considérables et ce porteur à diverses périodes eut lui-même la diphtérie ou la communiqua à son entourage. Ainsi, la rareté de la contamination par les bacilles avirulents a permis de diviser les porteurs en deux catégories : porteurs de bacilles virulents et porteurs de bacilles avirulents. Cependant il ne faut pas oublier que la virulence est une chose variable, et que des germes paraissant dénués de virulence ou d'une virulence très affaiblie peuvent, dans certaines circonstances, la récupérer et par là même devenir dangereux. Les lésions locales du porteur de germes, les maladies infectieuses qui frappent les voies aériennes supérieures, rougeole, scarlatine, peuvent faire apparaître la diphtérie chez des porteurs de germes avirulents, et ainsi les rendre dangereux pour leur entourage. Les porteurs de germes avirulents peuvent probalement être l'origine d'épidémies dans les hôpitaux de scarlatineux et de rougeoleux; aussi doit-on les refuser impitoyablement dans les salles où sont hospitalisés de tels malades.

Parmi les porteurs de germes diphtériques il est classique de distinguer des porteurs convalescents et des porteurs sains (qui n'ont pas eu la diphtérie). Les porteurs sains existent-ils réellement? C'est très discutable. Il est vraisemblable que ce sont des individus qui ont eu une atteinte diphtérique très bénigne et méconnue. On ignore trop, en effet, la fréquence des angines frustes, angines bénignes, très localisées qui peuvent se traduire seulement par un léger mal de gorge dont le malade ne se préoccupe pas et dont il guérit sans avoir cessé un instant de se livrer aux occupations de sa vie journalière. Des adénoïdites légères, des rhinites, cependant d'origine diphtérique, ont pu être méconnues et les malades catalogués comme porteurs sains.

S'il existe vraiment de tels porteurs ils sont dangereux au même titre que les porteurs convalescents. Chez eux le bacille persiste le même temps que chez les porteurs convalescents. Chez un individu absolument sain le bacille reçu occasionnellement disparaît très rapidement s'il ne provoque pas de diphtérie. Toutes ces constatations rendent bien probable l'hypothèse que les porteurs sains sont des convalescents d'une diphtérie ignorée.

Mais nous ne saurions admettre avec G.-H. Lemoine que parmi les convalescents « le porteur de séquelles spécifiques soit seul dangereux ». « La présence du germe, même chez les convalescents de diphtérie, dit cet auteur, ne saurait à elle seule être un motif de prolonger l'isolement au delà d'une certaine limite, *lorsque le sujet est complètement guéri cliniquement. C'est surtout à la présence ou à l'absence de séquelles* qu'il faut s'adresser pour limiter les mesures d'un isolement prophylactique... l'*examen clinique* des sujets qui entourent le malade *prime toutes les autres mesures.* » Nous ferons remarquer, avec notre maître L. Martin, que cette opinion est peut-être vraie lorsque le porteur de germes est avec des gens bien portants; mais que dans certains milieux, et particulièrement pour les rougeoleux et les jeunes enfants, le porteur de germes pourrait devenir contagieux. On sait, par exemple, qu'un porteur de germes prenant la rougeole peut, à la suite de la rougeole, avoir la diphtérie.

Mais si les lésions de la gorge et du rhino-pharynx sont fréquentes chez les porteurs de germes, on ne peut considérer comme des porteurs de germes les malades atteints de diphtérie prolongée. Une telle interprétation serait abusive comme l'ont justement fait remarquer Fage et Aubinière dans sa thèse.

Ces réserves étant faites, nous pourrons, pour la commodité de la description, étudier classiquement les porteurs de germes virulents et les porteurs avirulents, les porteurs convalescents et les porteurs sains.

II

Fréquence des porteurs de germes. — La fréquence des porteurs de germes, parfois considérable, varie sous l'influence d'un certain nombre de facteurs : milieu dans lequel on examine les suspects, traitement précoce et suffisant des malades atteints de diphtérie, isolement des contagieux, moment plus ou moins éloigné de la guérison clinique auquel on examine les suspects. C'est en partie à ces facteurs que peuvent être attribués les écarts dans les statistiques apportées par les différents auteurs. Mais une autre cause très importante de la variation des résultats provient de la manière différente d'envisager le bacille diphtérique lui-même. Certains auteurs se

sont basés, pour étayer leurs statistiques, sur l'apparence morphologique seule du germe, les autres sur le témoignage de sa virulence. Ce sont, du reste, les statistiques à bacilles différenciés qui méritent de retenir l'attention.

Porteurs de germes avirulents. — La proportion des porteurs de germes avirulents est considérable, même et surtout en milieu sain. En milieu sain on trouve le bacille avirulent 26 fois sur 59 (Roux et Geroin), dans 33 p. 100 des cas pour Gluckesmann, Hoffman et Beck, Lesieur, dans 70 p. 100 des cas pour Ustvedt.

En milieu contaminé c'est le bacille virulent que l'on rencontre le plus souvent.

Porteurs de germes virulents. — Il faut distinguer plusieurs cas :

a. *En milieu sain.* — En milieu sain le porteur de germes virulents est une rareté ; il doit même être encore plus rare que ne le montrent les statistiques si on songe aux causes d'erreur possibles (contagion méconnue); il s'agit là naturellement de porteurs sains.

D'après les statistiques réunies de Joussy, Corbett, Park et Brebe, Pugh, Pennington, le bacille virulent n'est trouvé qu'une fois sur 500 examens.

b. *En milieu contaminé* (bien entendu il ne s'agit ici que des porteurs sains, l'étude de la fréquence des porteurs convalescents entrant plutôt dans l'étude de la persistance des germes). — Avec Graham Smith appelons contacts les individus ayant été en contact avec des malades.

Nous aurons, suivant les milieux, des contacts familiaux, des contacts écoliers, des contacts professionnels (médecins, infirmiers, etc.), des contacts hospitaliers.

1° *Contacts familiaux.* — Welch, Briggs, Park, Bell ont montré que l'on trouvait le bacille de Lœffler dans la gorge de 50 p. 100 des membres des familles où l'isolement des diphtériques était mal fait; quand l'isolement était pratiqué le pourcentage tombait à 10 p. 100. Les femmes et les enfants paraissent les plus atteints (Nishino).

2° *Contacts professionnels.* — La proportion d'infectés varie de 48 p. 100 (Richmond et Salter) à 12,5 p. 100 (Pugh).

3° *Contacts hospitaliers.* — Dans les hôpitaux et les asiles la moyenne tombe à 12,5 p. 100.

4° *Contacts écoliers.* — Dans les écoles la moyenne varie de 22 p. 100, en pleine épidémie d'école, à 2 et 3 p. 100 quand les malades sont éliminés.

III

Durée de contagion des porteurs de germes. — De nombreuses observations et statistiques montrent que la persistance des bacilles est très différente suivant les cas.

1° *Chez les convalescents.* — 50 p. 100 sont débarrassés aussitôt après la guérison clinique; à la fin du premier mois il reste de 19 à 16 p. 100 de porteurs; après deux mois il en reste 6 à 7 p. 100; après trois mois, 1 à 2 p. 100. Les persistances les plus longues ont été de 547 jours (Meyer) et 669 jours (Prip).

2° *Chez les porteurs sains.* — La durée est sensiblement la même ; la durée moyenne est de trente-six jours (Corbett).

En suivant les statistiques on est frappé du fait que des cultures positives ont succédé à des cultures négatives. Par exemple sur 127 personnes examinées par Graham Smith, 66 fois deux cultures, 17 fois trois cultures, une fois quatre cultures faites en série à huit jours d'intervalle furent négatives pour devenir positives ensuite, et cela aussi bien au début qu'à la fin de la durée de présence des germes.

Une pareille intermittence a été notée par Hill dans 40 p. 100 des cas examinés par lui, et dans 22 p. 100 des cas par Rickards.

La persistance est souvent très longue pour les bacilles pseudodiphtériques.

Facteurs de longue persistance. — Dans une gorge saine le bacille virulent disparaît très rapidement; il ne paraît pas pouvoir vivre en saprophyte. La longue persistance paraît être en rapport avec l'état général du sujet et surtout avec l'état local des voies aériennes supérieures. Les maladies infectieuses intercurrentes semblent ou bien donner un caractère de gravité exceptionnelle à la diphtérie dont est menacé le porteur de germes ou bien font réapparaître le microbe qu'un examen antérieur n'avait plus décelé.

Nous devons retenir la fréquence des porteurs de germes, la persistance souvent fort longue des germes qu'ils hébergent. Cette persistance crée une perpétuelle menace pour le porteur lui-même et pour son entourage.

IV

Dépistage des porteurs de germes. — En *dehors du milieu épidémique*, le porteur dangereux est une rareté et il paraît inutile de le rechercher.

En *milieu épidémique*, la recherche du porteur de germes est indispensable, mais encore faut-il savoir quelles sont les personnes à examiner. Il est manifestement impossible d'examiner tous les individus d'une collectivité; il faut malheureusement borner ses recherches à ceux qui paraissent avoir le plus de chances d'être contaminés.

a. *Dans les familles.* — Toute notion d'un cas de diphtérie doit impliquer l'examen de tous les membres de cette famille et de tous les étrangers qui ont été en rapport intime avec le malade dans la maison. Si c'est un jeune enfant qui a été atteint, ses camarades d'école ou de jeu doivent être aussi examinés; si c'est un adulte, ce sont ses camarades de travail qui doivent subir cet examen. Ces procédés permettent de déceler dès l'origine des cas bénins qui pourraient devenir très graves par la suite et donnent d'utiles renseignements sur la naissance des épidémies dont les individus peuvent être cause lorsque les mesures prophylactiques ne sont pas prises.

b. *Dans les écoles.* — Quand une épidémie bénigne sévit on doit examiner systématiquement la gorge et le nez des écoliers de toutes les classes infectées.

c. *Dans les hôpitaux.* — Il suffit en général d'exa-

miner les voisins de lit du malade. Si une épidémie sévit au dehors il est bon de ne pas négliger l'examen de la gorge de tous les malades qui entrent dans l'hôpital.

Technique. — Si dans une diphtérie nous savons où trouver le bacille en abondance, il n'en est plus de même lorsque les fausses membranes ont disparu et qu'il s'agit de faire porter les recherches non plus seulement sur la gorge, mais aussi sur le rhino-pharynx.

L'investigation doit porter sur toute la surface muqueuse du nez et de la gorge. Pour prélever le mucus on peut se servir indifféremment de la spatule de platine ou d'un écouvillon d'ouate stérile monté sur l'extrémité barbelée d'une tige métallique. Pour la gorge on se servira d'une tige droite, pour le rhino-pharynx d'une tige dont l'extrémité garnie de coton sera recourbée à angle obtus.

On balaiera la paroi pharyngienne postérieure, les amygdales, le cavum.

Le prélèvement ainsi fait, on promènera sur deux tubes de sérum de bœuf le bourdonnet de coton pour avoir un premier tube très fourni en colonies et un second à colonies plus isolées. Si l'on a quelque difficulté pour introduire dans les tubes le tampon monté sur tige coudée, avec une pince stérile on redressera cette tige.

Pour les prélèvements qui ne peuvent être ensemencés immédiatement on peut se servir de l'instrumentation suivante (Dopter) : la tige montée traversera le bouchon de coton d'un tube stérile dans lequel elle sera continue. Le prélèvement effectué on introduira la tige dans le tube en flambant tube et bouchon. Il ne faut pas mettre au fond du tube du bouillon pour humidifier l'atmosphère du tube, le bacille diphtérique résistant bien à la dessiccation. On pourra à loisir ensemencer ces milieux de culture au laboratoire.

L'aspect des tubes ensemencés mis à l'étuve à 37 degrés et regardés au bout de douze, dix-huit et même trente-six heures (car il se peut que le bacille à vitalité diminuée ne pousse que lentement) permettra de se rendre compte si l'on a affaire à un bacille genre diphtérique (diphtérique vrai ou pseudodiphtérique).

Lorsqu'on a affaire à un bacille genre diphtérique il reste à déterminer si c'est un germe virulent ou avirulent.

Détermination de la virulence des germes. — L'abondance des colonies est en faveur de la virulence des cultures. Lorsque ces dernières sont peu abondantes il s'agit en général de germes avirulents.

Cependant, pour les déterminer, un examen minutieux s'impose. Les caractères tinctoriaux et morphologiques sont les meilleurs moyens de diagnostic.

Si l'on est en présence de bacilles longs et moyens présentant les dispositions classiques en V, en palissade, s'ils présentent des granulations de Neisser, on peut en presque certitude conclure à la virulence de ces germes.

Les difficultés commencent si l'on a affaire à du bacille court. L'épreuve de Ernst Neisser est une réaction tinctoriale presque caractéristique de la virulence des germes. Elle est basée sur la propriété qu'ont ces bacilles de montrer des granulations polaires. Voici comment se pratique cette réaction :

Sur un frottis de colonies développées à 15 degrés en vingt-quatre heures sur du sérum solidifié, mis à l'étuve de 35 à 37 degrés, on met en contact pendant deux secondes quelques gouttes d'une solution hydroalcoolique de bleu de méthylène acide. On lave à l'eau, et, pendant quatre secondes, on met sur la lame une solution aqueuse foncée de brun de Bismarck. Le bacille présente à chacune de ses extrémités une granulation bleue, dite granulation polaire, qui tranche sur le fond brun du reste du protoplasma microbien.

Cette méthode permet d'examiner, après dix-huit heures, un ensemencement sur sérum et il n'est pas nécessaire d'avoir des cultures pures. C'est actuellement une des meilleures méthodes pour distinguer les germes virulents des pseudodiphtériques. Elle n'a cependant qu'une valeur relative, car, d'après Lesieur, 20 p. 100 des bacilles non virulents ont des granulations et 20 p. 100 des bacilles virulents en sont dépourvus. Il peut donc y avoir une erreur dans 5 p. 100 des cas.

Les autres épreuves s'appuient sur les caractères biologiques et chimiques des bacilles, ce sont :

1° L'épreuve des sucres ;
2° L'épreuve du phénomène de Pfeiffer ;
3° L'épreuve de Spronck ;
4° L'épreuve de la déviation du complément ;
5° L'épreuve de l'essai de la virulence aux animaux.

L'épreuve des sucres, indiquée par Jarniko, quoique importante, n'a pas une valeur absolue. Escherich avait, le premier, remarqué que le bacille de Lœffler acidifie son milieu de culture, ce que ne ferait pas le bacille avirulent.

Thiel a proposé le bouillon au nutrose suivant :

Bouillon....................	âā	1 gramme
Nutrose....................		
Sucre à expérimenter........		
Solution de tournesol de Kalbaum ..		5 grammes
Sel de cuisine		0gr50
Eau............................		100 grammes

L. Meunier a repris récemment cette étude en employant des milieux glucosés et saccharosés. Voici les résultats qu'il a obtenus. Les bacilles diphtériques longs et moyens font virer les milieux glucosés seuls. Les bacilles courts se sont comportés de façons différentes ; les uns, bien que dénués de virulence, font virer le glucose comme les bacilles longs, d'autres modifient simplement le milieu, d'autres enfin ne donnent aucun résultat. Cette réaction n'est donc pas démonstrative dans le cas des bacilles courts, c'est-à-dire dans le cas où il serait le plus utile qu'elle le soit.

L'épreuve du phénomène de Pfeiffer, reprise par Cadiot et Henry et étudiée à nouveau par Meunier, n'a qu'une valeur très médiocre.

Les épreuves d'agglutination (Lubowski-Roussel, Job, Lesieur, etc.), de déviation du complément (Lambotte, Weill-Hallé et Michel Bloch), d'anaphylaxie passive (Nicole et Loiseau), la réaction des précipitines (Wassermann), ne sont pas plus concluantes.

L'épreuve de la virulence à l'animal demande un temps assez considérable, mais elle constitue, avec l'épreuve d'Ernst Neisser, les deux meilleures méthodes de diagnostic de la virulence des bacilles.

En résumé, il n'est pas toujours facile de déterminer la virulence des germes en présence desquels on se trouve. Cette détermination est cependant indispensable pour prendre des mesures prophylactiques. Voici une règle de conduite très simple qui est conseillée par notre maître L. Martin et qui lui a toujours donné de bons résultats.

On ensemence la gorge et, lorsqu'on veut dépister des porteurs de germes, on doit toujours prélever la plus grande quantité possible de mucus et en plusieurs points des muqueuses. Ceci fait:

On ne doit tenir aucun compte des tubes qui contiennent quelques *rares* colonies de bacilles *courts*. Les cas où on trouve de *nombreuses* colonies de bacilles *courts*, ou quelques *rares* colonies de bacilles typiques *longs* ou *moyens* doivent être tenus pour suspects.

Les personnes qui ont donné des colonies *nombreuses* de bacilles typiques doivent être *isolées*. Celles qui ont donné des colonies *rares* doivent être surveillées attentivement *sans être isolées*. Si l'on veut plus de précision, il faudra rechercher les granulations d'Ernst Neisser.

Pour plus de sûreté, quand on veut dépister des porteurs de germes, il faut ensemencer à la fois le mucus des amygdales et celui du rhino-pharynx.

Quand les deux ensemencements concordent et donnent de nombreuses colonies, *il faut isoler*.

Quand un des tubes seulement contient de nombreuses colonies, c'est en général le tube du rhinopharinx : *il faut se méfier*.

Quand les deux tubes ne cultivent pas ou ne donnent que des colonies rares, *rien n'est à craindre*.

V

Prophylaxie et traitement. — L'étude des porteurs de germes n'aurait qu'un intérêt médiocre et tout documentaire si la clinique, en montrant leur rôle dans la propagation de la diphtérie, n'imposait des mesures de prophylaxie. Isoler les individus infectés, protéger par des injections préventives de sérum les personnes qui ont été en contact avec eux, traiter les porteurs de germes par des méthodes appropriées, telles sont les trois conditions indispensables pour obtenir de bons résultats.

Isolement. — Il doit être appliqué d'une façon rigoureuse, soit dans les familles, soit dans les agglomérations telles que écoles, casernes, usines. La question la plus importante que soulève son application est celle de la durée pendant laquelle les porteurs de germes doivent être isolés. A cause surtout des variations de virulence, il est difficile de fixer une limite arbitraire après laquelle on peut rendre le porteur à la vie commune. Cependant pour la pratique on peut s'en tenir généralement aux règles suivantes : l'isolement des porteurs de germes virulents doit être maintenu jusqu'à disparition complète de ces germes, contrôlée trois fois successivement à huit jours d'intervalle. Les porteurs de germes avirulents qui présentent une affection des voies respiratoires supérieures, qui ont un mauvais état général ou qui sont en contact avec des individus atteints de maladies infectieuses sont justiciables des mêmes mesures prophylactiques. Les lésions disparues, en général le bacille perd sa virulence et disparaît rapidement : le porteur ne présentant plus de lésions et de germes peut alors être délivré de son isolement.

Injections préventives de sérum. — Tout porteur de bacilles virulents à diphtérie ignorée doit être injecté préventivement. Quant au porteur de germes avirulents, si c'est un enfant ayant été en milieu épidémique, il doit recevoir du sérum antidiphtérique. Chez les enfants de moins de deux ans, l'injection de sérum est indispensable ; elle peut du reste être pratiquée dans une large mesure jusqu'à l'âge de cinq ans. A l'hôpital Pasteur, on a l'habitude d'injecter 10 centimètres cubes de sérum antidiphtérique à tout enfant au-dessous de cinq ans qui entre dans le service et on n'a jamais eu qu'à se louer de cette pratique. Chez les grands enfants et chez les adultes, la sérothérapie préventive peut être utilisée en suivant certaines règles. Elle n'est pas nécessaire, s'il n'existe pas de lésions concomitantes ; le porteur doit être l'objet d'une surveillance médicale et injecté à la première atteinte d'angine.

Traitement. — La longue persistance des bacilles souvent constatée, les difficultés, les dépenses et l'incertitude d'un isolement rigoureusement réalisé, conduisent naturellement à l'étude d'un traitement capable de libérer rapidement de leurs germes les porteurs dangereux.

Le traitement doit être dirigé, d'une part, contre les lésions qui permettent au bacille de végéter et de pulluler, d'autre part contre le bacille lui-même.

Le premier, qui n'est pas le moins utile, consiste dans le traitement des lésions du nez et de la gorge. Les amygdales cryptiques volumineuses, les végétations adénoïdes, les malformations nasales doivent être traitées chirurgicalement, les dents cariées évulsées, les gencives malades badigeonnées avec des antiseptiques énergiques. Il ne faudra jamais omettre de faire préventivement à ces malades une injection de sérum antidiphtérique, sinon la diphtérie pourrait fort bien se développer sur les lésions opératoires.

Les traitements dirigés contre le bacille sont d'ordre chimique ou biologiques.

Traitement par les agents chimiques. — Meunier préconise les irrigations avec une solution d'acide borique à 4 p. 100, de phenosalyl à 2 p. 100 ou d'eau oxygénée à 1 p. 100. Ces irrigations ont l'avantage de se répandre sur toute la muqueuse.

On peut utiliser également la formule que Vin-

cent et Bellot ont préconisée pour traiter les porteurs de germes méningococciques :

Iode	20 grammes.
Gaïacol	2 —
Acide thymique	0g25
Alcool à 60 degrés	200 —

En inhalations à la dose d'une cuillerée à café par un demi-litre d'eau bouillante.

TRAITEMENTS BIOLOGIQUES. — *Cultures de microbes vivants.* — La notion de l'antagonisme entre microbes conduisit à essayer des pulvérisations intranasales de cultures pures de staphylocoque doré. On pouvait espérer que la vitalité considérable de ce microbe gênerait le développement du bacille diphtérique. En réalité les pulvérisations de pyocyanase n'ont pas donné les résultats qu'on en attendait. Cette méthode très préconisée à l'étranger n'est pas employée en France.

Sérum antimicrobien. — Le traitement local par le sérum antitoxique n'ayant pas donné de résultats, L. Martin eut l'idée d'employer un sérum antimicrobien obtenu par injection au cheval de corps microbiens. On peut l'employer sous différentes formes.

Le simple attouchement ne permet pas d'atteindre toute la muqueuse, ni de laisser un sérum en contact pendant un temps assez long. Si bien qu'après l'essai du sérum en poudre, qui avait été fait en particulier par Dopter, on s'est arrêté à deux modes d'emploi : les pastilles et les pulvérisations.

Pastilles de sérum. — Elles sont préparées en incorporant le sérum sec à de la gomme. D'après L. Martin, à qui on doit l'idée de cette médication, les pastilles doivent contenir 1 ou 2 décigrammes de sérum sec. (Deux centigrammes de sérum sec correspondent à 10 centigrammes de sérum liquide.) Des essais entrepris et des statistiques apportées par plusieurs auteurs et en particulier par Roussel, Lesterlin et Sicre, il résulte que ces pastilles constituent un moyen excellent de débarrasser les porteurs de leurs germes. On peut donc s'étonner que l'Institut Pasteur ne les ait pas mises dans le commerce. M. L. Martin nous en donne la raison : « Après m'en être entretenu avec M. Roux, nous avons craint que les pastilles de sérum n'arrivent à créer un état d'esprit fâcheux et nous avons redouté de voir les pastilles de sérum remplacer les injections, ce que nous ne pouvons conseiller, ce contre quoi je m'élève personnellement, car, malgré mes recommandations, *pour éviter l'anaphylaxie*, on a souvent donné du sérum en pastilles ou en attouchements. Cette peur de l'anaphylaxie devient une vraie phobie contre laquelle il faut réagir... »

Pulvérisations de sérum. — La nécessité d'atteindre le germe jusque dans le rhino-pharynx, dans le cavum où des cultures répétées et électives montraient qu'il trouve d'excellentes conditions de développement, nous donnèrent l'idée avec H. Darré d'essayer des pulvérisations de sérum antimicrobien. L'appareil employé est celui, légèrement modifié, dont se servent les laryngologistes pour pratiquer par exemple des pulvérisations de cocaïne. La pulvérisation de sérum dans le rhino-pharynx, en arrière du voile, répétée à deux ou trois jours d'intervalle, nous a permis de débarrasser complètement de leurs germes, en douze jours dans le premier cas, en quinze dans le second, deux porteurs que nous avons pu étudier de très près avec H. Darré et chez lesquels tous les autres moyens de traitement avaient échoué. Il s'agissait de bacille diphtérique virulent tuant le cobaye avec des lésions caractéristiques. Des cultures presque journalières nous ont permis de suivre, pour ainsi dire pas à pas, le processus. Les milieux au sérum coagulé étaient d'abord couverts de cultures pures de bacilles diphtériques, puis quelques colonies de staphylocoques dorés ou blancs se sont peu à peu montrées à côté des colonies diphtériques et sont bientôt demeurées seules dans les ensemencements suivants. C'est là en effet le résultat qu'il faut obtenir. Les auteurs qui préconisent l'emploi de la pyocyanase ou des cultures de staphylocoques sont à côté de la vérité. Ce qu'il faut, c'est par un moyen thérapeutique, qui risque d'atteindre tous les replis de la muqueuse, affaiblir la vitalité du bacille diphtérique, afin de permettre aux microbes qui vivent en saprophytes dans le rhino-pharynx et en particulier au staphylocoque de prendre le dessus. Dès lors le bacille diphtérique disparaîtra rapidement par suite de la concurrence vitale.

En dépit des difficultés que peuvent présenter certains cas particuliers, nous sommes donc maintenant armés dans la lutte contre les porteurs de germes diphtériques. Et, si bien des progrès restent encore à réaliser, nous pensons qu'avec les moyens dont nous disposons actuellement on peut déjà faire de bonne prophylaxie.

BIBLIOGRAPHIE

AASER. Importance de la présence des bacilles de Lœffler chez les hommes sains en apparence, *Deut. med. Woch.*, 1895, nos 21-22, vol. XXX.

AUBINIÈRE. Th. de Paris, 1903.

BARBIER. De la valeur du bacille court dans le diagnostic de la diphtérie, *Semaine méd.*, 1898, t. XVIII, p. 460.

BELL (A. J.). Diphteria Bacillus carriers and the staphylococcus pyogenes aureus, *Lancet Clin. Cincinnati*, 1912, t. CVIII, p. 234.

BEYER et WALTHER. Diphteriebazillen im Harn, *Münch. med. Woch.*, 1913, nº 5, p. 240-241.

BORDONI (Uffreduzi). Su i portatori normali di bacilli diphterici, *Ins. lomb. di sc. lett. rendic.*, Milano 1908, 2e série, t. XLI, p. 713-716.

CATHLIN, SCOTT et DAY. Successfull use of the staphylococcus sprag on diphteria carriers, *Journ. amer. med. Assoc.*, Chicago 1911, t. LVII, p. 1452.

CATHOIRE, CADIOT et HENRY. Bacilles vrais et faux dans la prophylaxie de la diphtérie, *Revue d'hygiène*, Paris 1911, t. XXXIII, p. 525-540.

CATHOIRE. Prophylaxie de la diphtérie par la recherche systématique des porteurs sains du bacille de Lœffler vrai, *Revue d'hygiène*, Paris 1912, t. XXXIV, p. 935-940.

CAUSSADE et JOLTRAIN. *Soc. méd. des hôpit.*, fév. 1913.

CONRADI und BIERAST. Ueber Absonderung von Diphteriekeimen durch den Harn, *Deut. med. Woch.*, 1912, nº 22, t. VIII, p. 1580-1582.

DARRÉ et DUJARRIC DE LA RIVIÈRE. In Th. Rouché.

DOPTER. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, Paris 1905, t. XXXI, p. 3.

DENNY. Diphteria bacilli in healtly throats and noses, *Boston med. and surg. Journ.*, 1900, t. XI, p. 143-515.

Draeer. Sozoiodol (désinfections par le), *Deut. med. Woch.*, 1894, t. VII, p. 567.
Edwards. The increasing difficulty of the diphteria carriers, *Practitionner*, London 1910, t. LXXXV, p. 223-230.
Fage (A.). La diphtérie prolongée, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1906, p. 843-850.
Fibiger. Lutte contre les épidémies de diphtérie par l'isolement des porteurs, *Berl. klin. Woch.*, 1897, nos 34 à 38.
Foullerton et Siewellyn. Infection by affarently healtly carriers, *Lancet*, London 1897, p. 1038.
Garrathin et Washbourn. Examen systématique du nez et de la gorge, *Brit. med. Journ.*, 1899, t. I, p. 893.
Geirsvold. Ueber das Vorkommen von Diphteribacillen bei gesunden Mench, *Tid. f. d. nord. Loegeforining*, 1903, n° 24, p. 820.
Graham Smith. Distribution of bac. diphter., *Journ. Hygien*, London 1903, t. III, p. 216-252; — Etude de la virulence des bacilles, *Journ. Hygien*, London 1904, p. 258.
Gross. Lœffler bacilli in affarenlty nome al throats and noses, *Univ. med. Nag.*, 1897, p. 9-45.
Gugoneff. Examen bactériologique de la gorge et du nez des convalescents de diphtérie, *Arch. de méd. des enf.*, 1898, t. I, p. 467.
Günther (J.). Seltenere Formen der Diphterie. I. Diphterie des Darmes; II. Diphterie der Haut, *Centralbl. f. Bakt.*, 1907, orig., Bd XLIII, p. 648-650.
Guthrie, G. Moos et Selien. Porteurs de germes diphtériques, *Congrès de Londres*, août 1913.
Hachtel (W.). Rôle des porteurs de bacilles, *Maryland med. Journ.*
Lagane. Les porteurs de germes, *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 128, p. 1878-1884.
Lemoine. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 25 fév. 1910, p. 160-166.
Lesieur. Th. de Lyon, 1910; — Cas remarquable de persistance du bacille diphtérique, *Revue d'obstétrique*, 1895, t. VIII, p. 376; — Bacilles diphtérique et pseudodiphtérique, *Province méd.*, 25 oct. et 3 nov. 1900.
Lévy (L. P. P.). Th. de Paris, 1914.
Lœffler. Propagation par les soi-disant porteurs de bacilles, *Klin. Jahrb.*, 1908, vol. XIX.
Lorenz et Ranenell. Treatment by overspreading staphylococcus aureus, *Journ. amer. med. Assoc.*, Chicago 1912, t. LIV.
Macdonald. A record of 90 diphteria carriers, *Lancet*, London 1911, p. 795-799.
Marfan. *Leçons cliniques sur la diphtérie*, Paris 1892, p. 272.
Martin (Louis). Diphtérie, in *Traité des maladies de l'enfance*, Masson, Paris 1896; — Epidémie de Privas, rapport à l'*Académie de médecine*, 1897; — Prophylaxie pratique de la diphtérie, *Bull. de la Soc. de méd. pratique*, 25 janv. 1899, p. 12-25; — Prophylaxie de la diphtérie, *Bull. méd.*, 28 janv. 1913, n° 8, p. 93-96; — Traitement et prophylaxie de la diphtérie. Rapport présenté au *Xe Congrès intern. d'hyg.*, Paris 1900; — Propriétés du sérum antidiphtérique, *Soc. de biol.*, Paris, 16 mai 1903; — Etude clinique et bactériologique de 639 angines et laryngites, *Soc. méd. des hôpit.*, 20 mai 1904; — Diagnostic bactériologique de la diphtérie. Bacilles pseudo-diphtériques. Conférence à la *Société de l'internat*, juillet 1904.
Meunier (Marcel). *Bull. Acad. roy. méd. Belgique*, 31 mai 1913.
Milles. Chronic diphteria nasae, *Richmond med. Journ.*, 1912, t. XVII, p. 13-15.
Netter et Bourges. *Revue d'hygiène*, Paris 1902, p. 453.
Nishino. Recherches bactériologiques sur les contacts, *Zeit. Hyg. und Infect. Krank.*, 1910, vol. LXV, n° 3, p. 369.
Page. D. Bac. carriers, *Arch. int. med.*, Chicago 1911, t. VII, p. 16-23; — *New-York med. Journ.*, 1911, p. 1282.
Petruschi. Versuche zur Enkeimung von Diphteriebacillen traegen, *Arb. a. d. Path. Inst.*, Tubingen 1908, n° 2, p. 231.
Plique. Désinfection locale par le sérum de Roux, *Bull. méd.*, Paris, 26 fév. 1913, n° 16.
Rouché. Th. de Paris, 1913.
Roussel et Job. Mémoire, in *Revue de méd.*, Paris 1905.
Roussel et Mallard. *Revue d'hygiène et police sanitaire*, Paris, oct. 1910.
Roussel, Testerlin et Sicre. Une épidémie de diphtérie au 1er dragons, *Arch. de méd. et de pharm. militaires*, 1910, p. 44-58.
Sacquépée. Les porteurs de bacilles diphtériques devant l'hygiène, *Revue d'hygiène*, Paris 1912, t. XXXIV, p. 573-597; — Les porteurs de bacilles diphtériques, *Bull. de l'Inst. Pasteur*, Paris, 30 août 1910, t. VII, n° 16.
Schmitt. Schaol. out break due to a carriers case, *Public. Health.*, London 1910, t. XXIV, p. 326.
Thévenot, Traitement local par le sérum antidiphtérique, *Lyon méd.*, 1910, t. CXIV, p. 1159.
Vervoort. Bacillendrager bijdiphteri, *Nederl. Tijdschrv. Gen.*, Amsterdam 1908, t. XLIV, p. 890-897.

IVe CONGRÈS DES PRATICIENS DE FRANCE

Tenu à Paris du 27 au 29 mai 1914.

Le IVe Congrès des médecins praticiens français a été inauguré mercredi matin sous la présidence de M. Gairal en présence d'un délégué de M. le ministre du Travail. De très nombreux congressistes sont accourus de toutes parts et, en dehors de l'Union des syndicats médicaux, bon nombre de syndicats non adhérents à ce groupement se sont fait représenter.

Notons qu'à cette séance d'ouverture assistaient des membres de la Faculté de médecine, parmi lesquels MM. Hayem, Hartmann, Rénon.

Le premier rapport entendu a été celui de M. Le Fur, intitulé : *Contre toutes les tentatives de fonctionnarisation.* D'ailleurs un incident fort heureux s'est passé dès le début, M. Léon Labbé, sénateur, ayant affirmé d'accord avec M. Métin, ministre du travail, que la Commission Chéron-Métin ne s'occuperait en aucune façon de tarifier les honoraires médicaux en fait de mutualité. Dans ces conditions, les conversations qui avaient été naguère suspendues vont pouvoir reprendre pour le plus grand bien de tous, et le Congrès a institué mercredi après-midi une commission destinée à reprendre les pourparlers avec la commission gouvernementale.

CONTRE TOUTES LES TENTATIVES DE FONCTIONNARISATION

Par le docteur Le Fur.

Ce rapport, très long et très détaillé, est divisé en trois parties :

A. Tentatives de fonctionnarisation médicale par les grandes collectivités (grandes compagnies et administrations privées, mutualité, Etat, départements et communes).

B. Les causes de la fonctionnarisation.

C. Les remèdes.

« Jamais encore peut-être, il faut avoir le courage de le déclarer bien haut, dit le docteur Le Fur, le corps médical français n'a traversé de période plus dangereuse et de crise plus grave. L'heure, en effet, est particulièrement solennelle pour lui : il s'agit de savoir s'il va se laisser entraîner et fonctionnariser; il s'agit de savoir si notre profession va rester libre et indépendante, si elle va garder son caractère de profession *libérale*, ou si, au contraire, par une série d'abandons, de reculs, de renoncements et de faiblesses qui ne seraient en l'espèce que de vraies trahisons envers le corps médical organisé, elle va se laisser asservir définitivement en acceptant, bien mieux en forgeant elle-même ces chaînes qui l'enserrent de toutes parts au point de l'étouffer et de compromettre son existence.

Le médecin, plus que quiconque, a besoin d'air, de lumière, de liberté et d'indépendance : tout ce qui tend à entraver celles-ci nuit par cela même à la profession médicale. L'*indépendance complète du médecin praticien*, qui ne doit répondre de l'exercice de son art que devant sa conscience et

les lois générales de son pays, est *indispensable pour assurer le bon exercice de la profession médicale.* A ce point de vue et notamment à cause du *secret professionnel* qui est à la base même de la profession médicale, on peut dire que celle-ci ne ressemble et ne peut être comparée à aucune autre. C'est souvent l'erreur d'une opinion mal informée ou des Pouvoirs publics de croire que la profession médicale peut être régie par les mêmes règlements qui conviennent aux autres professions. L'intérêt du public comme l'intérêt des médecins, que nous ne devons jamais séparer, exige d'une façon absolue la liberté de notre profession et condamne formellement la fonctionnarisation médicale. C'est ce que je m'efforcerai de démontrer au cours de ce rapport.

Organisation de l'hygiène sociale et publique, déclaration des maladies contagieuses et notamment de la tuberculose, désinfection, mesures à prendre en cas d'épidémies, hygiène de l'école, des lycées et collèges; voici toute une série de graves et importants problèmes que l'Etat a la prétention de solutionner, *administrativement*, en s'adressant le moins possible au corps médical organisé ou alors en créant des cadres de *fonctionnaires médicaux*, chichement rétribués, et qui seraient chargés de faire ce que font actuellement, librement et sous leur propre responsabilité, les médecins praticiens de France.

L'Etat, sentant la résistance du corps médical, libre et indépendant, est décidé, semble-t-il, à employer les grands moyens. Prenant en mains contre le corps médical, ce qui n'entre d'ailleurs nullement dans son rôle, la défense des intérêts de toutes les grandes collectivités (assurances chargées d'appliquer la loi de 1898 sur les accidents de travail, mutualités qu'il voudrait charger de l'assurance-invalidité), le gouvernement vient de nommer une commission — la fameuse commission Chéron-Métin — pour discuter la question des tarifs et imposer à des médecins « agréés » par l'Etat ou toutes ces grandes collectivités un tarif réduit qu'on désirerait même forfaitaire.

De telle sorte que, de quelque côté que nous nous tournions, nous voyons actuellement dressées contre le corps médical de nombreuses et puissantes collectivités à la tête desquelles se trouve l'Etat, et qui veulent nous imposer le fonctionnariat et la tarification avec des salaires de famine le plus souvent, parce qu'elles ne peuvent se passer de nous, parce que, manquant de fonds et ne pouvant nous accorder une rémunération légitime, en rapport avec l'effort qu'elles nous demandent, elles veulent réaliser tous leurs grands et superbes projets sur le dos du corps médical.

Telle est, résumée à grands traits, dans ses rapports avec le corps médical, l'histoire des grandes collectivités et de l'Etat qui se sont dressés et se dressent de plus en plus contre nous parce qu'ils sentent que nous formons un obstacle à la réalisation de leurs desseins. »

Le rapporteur, après avoir montré ensuite l'évolution qui s'est produite dans le corps médical, la naissance des associations puis des syndicats, affirme que les collectivités puissantes « ne trouvent plus devant elles des individualités médicales isolées, faibles, et sans défense par conséquent, mais une armée de 12000 médecins, groupés dans des syndicats vigoureux et actifs, unis par une même discipline syndicale, décidés à faire respecter leurs droits légitimes ».

En fin de compte, M. Le Fur a proposé comme conclusion à son rapport l'ordre du jour suivant :

« Le Congrès des praticiens considérant :

1° Que la fonctionnarisation est absolument incompatible avec le bon exercice de la médecine qui exige la liberté et l'indépendance du médecin;

2° Qu'elle est incompatible notamment avec le *secret professionnel* qui est à la base même de l'exercice de notre profession et auquel on ne saurait toucher sans ébranler et détruire les assises même de la profession médicale;

3° Qu'elle est également incompatible avec le *libre choix du médecin* et avec le *tarif à la visite* qui constituent la *charte du corps médical* à l'heure actuelle et le minimum de nos revendications professionnelles;

4° Considérant d'un autre côté que l'Etat, les administrations, les grandes collectivités, ont un intérêt certain à contrôler la façon dont le service médical est assuré chez eux, dont les lois sociales sont appliquées au point de vue des soins à donner aux malades, mais que les fonctions de médecin traitant et de médecin contrôleur ou fonctionnaire doivent être absolument distinctes et séparées, le premier s'engageant à soigner ses malades d'après les règles normales de la profession, le second prenant l'engagement formel de se limiter à ses fonctions de médecin contrôleur et de ne jamais faire de clientèle,

Décide :

1° De *s'opposer de toutes ses forces et par tous les moyens à la fonctionnarisation médicale*, en s'engageant à faire respecter dans toutes les circonstances le *secret professionnel* et à faire appliquer partout le *libre choix du médecin* et le *tarif à la visite*;

2° De proclamer l'*incompatibilité absolue entre les fonctions de médecin traitant et de médecin fonctionnaire ou contrôleur*, le premier n'ayant à s'occuper que de ses malades et ignorant complètement l'Administration, le second ne pouvant sous aucun prétexte donner ses soins aux malades qu'il contrôle et faire par conséquent de clientèle;

Décide de communiquer cet ordre du jour au président du Conseil et aux différents ministres intéressés, au Parlement, à la Commission Chéron-Métin, à tous les syndicats médicaux et organisations professionnelles, à la Presse médicale et politique,

Et passe à l'ordre du jour.

L'EAU-DE-VIE, POISON D'ETAT

Par le docteur Georges BERTILLON.

Dans ce rapport l'auteur établit d'abord une *évaluation, par la statistique et l'observation, de ce que boit l'ouvrier français*, et voici à quelles données il aboutit :

« Les 9 millions d'ouvriers manuels que compte la France ont une consommation individuelle moyenne de 40 litres de spiritueux à 40 degrés.

Ce résultat du calcul ne donne qu'une idée atténuée, obscure, du fléau de l'alcoolisme :

1° Parce que l'alcool des bouilleurs est produit en quantité inconnue entre 500 000 et 1 500 000 hectolitres;

2° Parce que l'énorme quantité de vin consommée en France (139 litres par an pour tout Français de tout âge et de tout sexe) s'ajoute (ou se substitue, selon les régions) aux spiritueux;

3° Parce que l'inégalité de consommation des spiritueux selon les départements varie dans le rapport de 1 à 25.

Cette consommation moyenne individuelle équivaut à une dépense annuelle de 125 à 150 francs, pour les spiritueux seuls, bus par ces 9 millions d'ouvriers. »

Puis, le rapporteur reprend la fameuse question de l'alcool aliment, qu'il n'a pas de peine à montrer mauvais et coûteux, et après avoir fait toucher du doigt ce que l'alcool coûte à la France il aborde la question si grave : *Comment lutter contre l'alcool et les alcoolisateurs?*

Pour M. Bertillon la vraie réforme est dans l'organisation de la fabrication et de la vente et il en arrive aux conclusions suivantes :

« Les médecins praticiens des villes ou de la campagne connaissent mieux que personne les maux causés par l'alcoolisme. Ils voient de près les souffrances et la misère qu'il apporte dans les ménages d'ouvriers surtout pour les femmes et les enfants; les maladies nombreuses qu'il aggrave ou qu'il provoque, en particulier la tuberculose, la folie, la dégéné-

rescence de la race et aussi l'amoindrissement de la valeur sociale de nombreux travailleurs.

Individuellement, les médecins, par leurs conseils, ne cessent de lutter contre le mal, mais quelle que soit l'autorité de leur influence morale, ils déclarent que leurs efforts resteront impuissants tant que des mesures législatives n'auront pas été prises.

Ils se déclarent incompétents pour indiquer le mode précis de ces mesures, mais quoiqu'ils n'ignorent ni les difficultés de tout ordre, ni les oppositions puissantes qu'elles doivent rencontrer pour leur application, ils déclarent :

1° Qu'il n'y a pas de danger plus grand pour l'avenir de notre pays que le mal de l'alcoolisme ;

2° Qu'en matière d'hygiène sociale, le combat contre l'alcoolisme doit avoir sans discussion possible la priorité sur tout autre, même contre la tuberculose ;

3° Que, dans la guerre à l'alcool, qui sera nécessairement très longue, les progrès ne se feront que par étapes successives dont les deux premières à franchir immédiatement sont de toute évidence : la limitation des débits de boisson et la suppression des bouilleurs de cru ; ils considèrent ces deux réformes comme urgentes, nécessaires, mais non suffisantes, l'agitation qu'elles provoqueront dans l'opinion publique devant aider à l'application ultérieure de mesures vraiment efficaces. »

(*A suivre.*) A. GAULLIEUR L'HARDY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 27 MAI 1914)

Résection extraarticulaire du genou. — M. LENORMANT fait un rapport sur une observation de M. Prat (de Nice). Il s'agissait d'une grosse tumeur blanche du genou traitée sans succès par l'héliothérapie. M. Prat intervint. Au lieu de recourir à la résection banale, il fit une résection en bloc sans ouvrir l'articulation, reséqua une certaine portion du fémur et du tibia et enleva ainsi d'un seul bloc la tumeur blanche qui était d'un volume considérable. Le membre fut immobilisé dans un plâtre. La réunion se fit par première intention, mais il y eut une période de consolidation très lente. Le malade guérit, le membre en bonne situation, mais avec 16 centimètres de raccourcissement.

M. Prat propose cette opération extraarticulaire comme méthode générale du traitement des tumeurs blanches du genou. M. Lenormant estime que si on pouvait ajouter à cette méthode les greffes articulaires elle pourrait avoir quelque avenir. Elle a d'ailleurs été proposée en Allemagne. En France, sauf de rares exceptions, on est resté fidèle à la résection classique.

Pour défendre sa méthode, M. Prat s'appuie sur les dangers d'inoculation dans les résections articulaires classiques, cela est vrai. Mais il ne faut pas exagérer ce danger. En outre, le malade de M. Prat a 16 centimètres de raccourcissement. C'est là un résultat orthopédique bien peu satisfaisant. C'est pourquoi M. Lenormant conclut en disant qu'il restera fidèle à la résection banale.

M. ARROU trouve, en effet, que M. Prat s'est donné beaucoup de peine pour un résultat discutable. Sans doute il faut faire des résections larges, mais, si vous devez dépasser 8 à 10 centimètres, laissez le bistouri tranquille. Quelle que soit l'étendue des lésions de l'articulation et des culs-de-sac, avec 6 centimètres de résection, vous devez arriver à une ablation suffisante de tous les tissus atteints.

M. MARION, en 1908, a eu recours plusieurs fois à la résection extraarticulaire pour des tumeurs blanches du genou. Il n'a jamais dépassé 7 centimètres de résection, mais jamais il ne serait allé jusqu'à avoir un résultat de 16 centimètres de raccourcissement. Quoi qu'il en soit, il a renoncé à cette résection extraarticulaire pour revenir à la résection classique, qu'il trouve préférable.

M. DEMOULIN trouve aussi que 16 centimètres de raccourcissement constituent un résultat orthopédique regrettable. Avec la grande habitude des résections articulaires on peut arriver à un bon résultat, au point de vue de la fonction du membre, en ne dépassant pas 2 centimètres de résection fémorale et 1 centimètre et demi de résection tibiale.

M. ROCHARD est de l'avis de M. Lenormant et des collègues qui viennent de prendre la parole. Sans s'arrêter au danger d'inoculation, il ouvre toujours largement l'articulation et s'applique à pousser aussi loin que possible la dissection des bourses séreuses.

M. CUNÉO a fait des ensemencements de substances restées dans la plaie et il est arrivé à cette conception qu'il est bien inutile de pousser trop loin la résection, attendu qu'on n'est jamais sûr d'être arrivé sur une région absolument indemne de bacilles.

M. ROUTIER pense que le premier but à atteindre, dans une résection du genou, c'est que le malade puisse marcher. Or 16 centimètres constituent un raccourcissement rendant la marche impossible. Si l'on doit pousser les sacrifices si loin, autant vaut recourir à l'amputation de la cuisse.

M. MAUCLAIRE préfère la résection classique, mais il estime que cette résection doit être poursuivie avec méthode et qu'on doit fouiller les fongosités partout où elles se trouvent.

M. LENORMANT est, lui aussi, partisan de la vieille résection classique. Toutefois il fait observer que c'est précisément dans le but d'arriver à détruire toutes les fongosités que, dans son cas, M. Prat a cru devoir faire de si grands sacrifices.

Résection de la hanche. — M. FERRATON communique deux observations de résection de la hanche pour anciens traumatismes. Dans le premier cas, il s'agit d'une entorse de la hanche résultant d'un accident de cheval, le blessé ayant été entraîné sur le sol, la jambe encore prise dans l'étrier. Le malade après quinze jours de lit se lève et s'aperçoit qu'il ne peut marcher. La radiographie montre qu'il s'agit d'une luxation de la hanche. La tête fémorale regarde en avant, au-dessus de la cavité cotyloïde. C'est donc une luxation antérieure sus-cotyloïdienne.

Une tentative de réduction, sous chloroforme, reste sans résultat.

Deux mois après l'accident, intervention consistant dans l'ouverture de l'articulation, dégagement et résection partielle de la tête fémorale et du col et sa fixation dans une nouvelle cavité cotyloïde. On put alors obtenir la mobilité du membre. Après six mois, ce malade marchait avec un membre solide et en bonne direction.

M. RICARD a eu l'occasion, il y a vingt-cinq ans, d'observer un cas analogue. Un marin, tombé du haut d'un mât, s'était fait une luxation coxo-fémorale irréductible, avait conservé une attitude vicieuse et ne pouvait marcher. Il s'agissait d'une luxation postérieure. M. Ricard fit une résection modelante de la cavité coxo-fémorale. Il creusa une nouvelle cavité cotyloïde dans laquelle il fixa la tête fémorale. Il aborda l'articulation par la voie postérieure. La luxation datait de plusieurs années. Le résultat fut très favorable.

M. JACOB dans un cas de luxation ancienne irréductible pratiqua la même opération que M. Ricard et en obtint un très beau résultat.

M. WALTHER pratiqua la même opération dans le service de M. Tillaux, un an après M. Ricard. Il eut recours au même procédé, à Tenon, quelque temps après.

M. LEJARS pratiqua l'opération de Ricard pour corriger une ankylose complète d'origine gonococcique. Il s'agissait d'une ankylose osseuse complète avec rotation en dehors. La marche était impossible. Il fit l'incision postérieure, arriva sur le col, le sectionna et procéda par morcellement. Le malade a très bien guéri, après un certain temps d'extension continue. C'est à Verneuil que nous devons l'idée de ces résections orthopédiques qui donnent d'excellents résultats.

Technique de la colectomie totale pour constipation. — M. V. PAUCHET (d'Amiens). La constipation est justiciable de la chirurgie dans les indications suivantes :

a. Après échec d'un bon traitement médical (paraffine, massage, végétarisme);

b. Stase prolongée dans le cæcum et le côlon ascendant constatée aux rayons X;

c. Existence de troubles généraux (migraine, amaigrissement, dyspepsie, nervosisme).

Les petites opérations (cæcopexie, appendicectomie, cæcoplicature) sont à peu près nulles.

Les anastomoses (cæco-sigmoïdostomie ou iléo-colostomie) sont meilleures, mais la colectomie totale, bien faite, est en général mieux encore.

La colectomie totale est une opération facile et bénigne; cette facilité et cette bénignité tiennent uniquement au procédé technique employé.

Les trois premières colectomies que M. Pauchet a faites ne lui ont pas donné satisfaction complète ; l'insuccès relatif a tenu à ce qu'il a compliqué la technique une fois avec le drainage et deux fois avec la péritonisation. Les cinq dernières ont donné un résultat immédiat merveilleux comme facilité et simplicité, grâce à la technique suivante.

L'intervention comprend quatre temps :

1° Libération de tout le gros intestin depuis la fin de l'iléon jusqu'à la sigmoïde;

2° Ligature des vaisseaux coliques et section du mésentère;

3° Section des bouts intestinaux;

4° Fermeture du bout terminal du gros intestin et anastomose iléo-sigmoïdienne.

Le seul temps délicat de l'opération est l'implantation termino-latérale de la fin de l'iléon dans la sigmoïde. Mais tous les chirurgiens savent exécuter cette suture intestinale qui ne diffère en rien des autres anastomoses.

Le reste de l'opération n'est qu'un jeu, à condition d'appliquer le procédé technique que voici :

1° Le décollement épiploo-colique (Lardennois et Ockynzyc), c'est-à-dire séparation du côlon transverse d'avec le grand épiploon; la séparation du côlon se fait en refoulant de bas en haut le grand épiploon et l'estomac de la main droite munie d'une compresse, tandis que la main gauche tire le côlon transverse vers le bas;

2° Le décollement colo-pariétal (Pierre Duval) qui permet de mobiliser aisément le cæcum, le côlon ascendant et le côlon descendant et leur méso vrai sans déchirer un vaisseau et sans écoulement d'une goutte de sang.

Ainsi, en quelques minutes, tout le gros intestin se trouve séparé des organes voisins auxquels il est accolé et tenu en laisse par un méso-côlon long, mince, transparent, dont on voit admirablement les vaisseaux.

La ligature des vaisseaux coliques se fait aisément au ras de la mésentérique ; section du méso ensuite.

Suture de l'abdomen en un plan sans essai de péritonisation.

Les malades que M. Pauchet a opérés ainsi ont tous guéri avec une facilité surprenante et les suites opératoires ont été nulles.

Un fait reste acquis, c'est la simplicité de la colectomie totale qui n'a jamais donné de mort.

On n'envisage pas aujourd'hui les indications respectives des diverses opérations proposées pour la constipation.

M. DUVAL considère cette excision totale du gros intestin comme un gros sacrifice. Toutefois, elle est assez facile à condition d'avoir affaire à des tissus sains. Il n'en est plus de même s'il y a de la péritonite ou des adhérences. Une seule difficulté, c'est la haute situation de l'angle splénique. M. Duval est partisan, dans ces cas, de la péritonisation. Dans les premiers temps, ces malades vont bien; mais ils finissent souvent par avoir de la diarrhée par suite de la rétrodilatation du grêle.

Kystes gazeux de l'intestin grêle. — M. MAUCLAIRE communique l'observation d'un homme de quarante-deux ans présentant tous les symptômes d'une sténose pylorique. M. Mauclaire fit une gastro-entérostomie postérieure. Au cours de l'opération, il constata que l'intestin grêle était recouvert de petits kystes à parois minces. Quelques-unes de ces poches contenaient du sang. L'examen histologique n'y révéla pas de microbes.

Ces altérations ont été constatées chez des animaux par les vétérinaires. Elles s'accompagnent souvent de lésions gastriques secondaires de tuberculose. Le diagnostic en est impossible.

Amputation de Choppart. — M. SOULIGOUX présente un malade auquel il a pratiqué cette opération avec un excellent résultat.

M. KIRMISSON déclare que c'est une très bonne opération.

Lipomatose diffuse. — M. LENORMANT présente un malade atteint de cette affection.

UN PRIX AIMÉ GUINARD A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Mme A. Guinard vient d'avoir la touchante pensée de fonder, à la Société de chirurgie, un prix triennal de 1 000 francs, attribuable, sous le nom de prix Aimé Guinard, au meilleur travail de chirurgie générale présenté par un interne des hôpitaux de Paris, en exercice ou pendant l'année qui suivra la fin de son internat.

Au cours de sa dernière séance, la Société, en acceptant ce prix, sous la réserve de l'autorisation du gouvernement, a voté l'ordre du jour suivant :

« C'est avec une émotion profonde que la Société de chirurgie, encore toute vibrante du chaleureux souvenir et de la fin si cruellement tragique d'Aimé Guinard, accepte la donation généreuse de sa veuve, et lui adresse ses remerciements et l'expression de son respectueux hommage. »

FORMULAIRE

ARTÉRIOSCLÉROSE CÉRÉBRALE

1° Régime lacto-végétarien.

2° Révulsifs locaux (séton à la nuque) et intestinaux, par exemple :

Scammonée	0g40
Jalap / Gomme-gutte	} 0g15

En deux paquets. A prendre à vingt minutes d'intervalle. Renouveler tous les dix ou quinze jours.

3° Pendant quinze jours par mois, prendre avant les repas une cuillerée à soupe d'une solution iodurée (3 grammes KI pour 300 grammes d'eau distillée).

4° Pendant les quinze jours restants, prendre, matin et soir, un cachet de 0g50 de Théosalvose phosphatée ou lithinée comme diurétique et éliminatrice des chlorures.

LIVRES NOUVEAUX

Les Limites du vol morbide (1), par P. JUQUELIER et J. VINCHON.

Parmi les voleurs existent d'une part des aliénés méconnus et condamnés par les tribunaux, et d'autre part des sujets, trop facilement excusés en vertu de quelque tare psychopathique et renvoyés à la faveur d'un non-lieu.

Ce double défaut dans la répression judiciaire tient à ce fait que, parmi les premiers, un trop grand nombre ne sont pas soumis à l'examen psychiatrique, et que, parmi les seconds, l'expert disculpe parfois trop facilement des individus, sans doute mal organisés, mais auxquels il y aurait plus d'avantages à appliquer dès le début une pénalité qu'à décerner un brevet hâtif d'irresponsabilité.

C'est précisément contre cette dernière tendance néfaste de trop de médecins à soustraire à la répression de nombreux déséquilibrés, toujours dangereux dans la société, que s'élèvent ici les auteurs. A la notion de responsabilité, prise tantôt dans son acception métaphysique et tantôt dans un sens psycho-physiologique, ils proposent, à la suite de Dubuisson et Vigouroux, de substituer la notion positiviste d'intimidabilité.

En vertu de la nocivité du délinquant, la société doit prendre des mesures de protection qui seront, soit l'internement si le malade est un aliéné incapable d'être amendé, soit la prison s'il est susceptible d'être intimidé et réfréné par la sanction pénale, soit surtout pour les déséquilibrés inintimidables et dangereux la détention prolongée dans un établissement intermédiaire qui serait l'asile-prison. L'expert, pour remplir son rôle et permettre au magistrat d'en décider ainsi doit posséder à fond la séméiologie du vol dans les différentes classes de psychopathes.

Le travail de Juquelier et Vinchon est une très importante contribution à cette intéressante étude, car il repose sur une base solide, l'observation clinique. Son utilité et son intérêt seraient encore très grands si de sa lecture le médecin ne tirait que cette notion que le dogme de l'irrésistibilité de l'impulsion kleptomaniaque, loin d'être intangible, est bien souvent au contraire battu en brèche par l'étude attentive des sujets.

PAUL CAMUS.

(1) In-12 de 280 pages. — Paris, Alcan.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Notions pratiques d'électrothérapie appliquées à l'urologie (Clinique des voies urinaires, hôpital Necker), par le docteur COURTADE. Préface de M. le professeur GUYON. 1 vol. de 209 pages. — Prix : 10 francs. — Paris, Gittler.

Abrégé d'Histologie. Vingt leçons avec notions de technique, par H. BULLIARD, préparateur d'histologie à la Faculté de médecine de Paris, et Ch. CHAMPY, professeur agrégé à la Faculté de Paris. Préface du professeur A. PRENANT. In-8, de VIII-306 pages, avec 158 figures et 4 planches en couleurs, cartonné toile. — Prix : 6 francs. — Paris, Masson et Cie.

Guide du médecin praticien. Pathologie interne et diagnostic, par le docteur HYVERT. 2e édition. 1 vol., 499 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, A. Maloine.

L'Anesthésie régionale, par Victor PAUCHET, professeur à l'Ecole de médecine d'Amiens, chirurgien des hôpitaux, et Paul SOURDAT, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien des hôpitaux d'Amiens. In-8 carré, de 228 pages, avec 168 figures dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Formulaire des nouveaux remèdes, par le docteur G. BARDET, directeur du laboratoire d'hydrologie générale à l'Ecole pratique des hautes études. 23e édition revue et corrigée. In-18 jésus, cartonné toile, de 380 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.


BOURAD
(DÉPOSÉ)


BOURAD
(DÉPOSÉ)

N° 63. — MARDI 2 ET JEUDI 4 JUIN 1914. 87e ANNÉE. MARDI 2 ET JEUDI 4 JUIN 1914. — N° 63.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, **10** francs par an. Étudiants étrangers, **15** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **5** fr. **50**. — 6 mois : **11** fr. — 1 an : **20** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS.— CONCOURS DU PROSECTORAT. — *Epreuve orale d'anatomie.* — Séance du 29 mai. — Question donnée : « Muscles constricteurs du pharynx. »

MM. Métivet, 18; Virenque, 15; Mornard, 16; Brocq, 15.

Séance du 30 mai. — Question donnée : « Côlon pelvien. »

MM. Leveuf, 17; Wolfromm et Lorin, 15; Maurer, 14.

CONCOURS DE MÉDECINS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Lecture.* — Séance du 29 mai. — MM. Thieux, 11 + 15 = 26; Fénard, 12 + 16 = 28.

ÉCOLE PRATIQUE DES HAUTES ÉTUDES. — LABORATOIRE DE PSYCHOLOGIE PATHOLOGIQUE ET DE MORPHOLOGIE PSYCHIATRIQUE. — Du 2 au 30 juin 1914 auront lieu, les mardis, jeudis et samedis, à la Sorbonne (amphithéâtre de Géologie), à vingt heures trente, les conférences suivantes :

M. le docteur A. Marie, médecin en chef de l'asile de Villejuif, directeur du laboratoire. Deux conférences, le mardi 2 juin et le samedi 6 juin : « Etude comparative des interprétations morphologiques et psychopathologiques de la mimique humaine. »

M. le docteur Léon Mac-Auliffe, directeur-adjoint du laboratoire. Deux conférences, le jeudi 11 et le jeudi 18 juin : « La Douleur ».

M. le docteur A. Thooris, médecin-major de première classe, maître de conférences. Quatre conférences, le samedi 13, le mardi 16, le samedi 20 et le mardi 23 juin : « Interprétation morphologique de la mimique. »

M. le docteur A Chaillou, de l'Institut Pasteur. Deux conférences, le jeudi 4 et le mardi 9 juin : « Evolution comparée mentale et morphologique. »

M. le docteur Guénaux, chef des travaux. Trois conférences, le jeudi 25, le samedi 27 et le mardi 30 juin : « Les principes essentiels de la méthode expérimentale et clinique en psychopathologie. »

Entrée : 1, rue Victor-Cousin.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Louis-Eugène Bonnet (de Saint-Genis-Laval).

INSTITUT DE PUÉRICULTURE DE PORCHEFONTAINE-VERSAILLES (SEINE-ET-OISE). — Fondation de la Société maternelle parisienne « La Pouponnière », reconnue d'utilité publique, médaille d'or de l'Académie de médecine. — ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR THÉORIQUE ET PRATIQUE (1) autorisé par l'Université de Paris. — *Année scolaire 1914* : 1° Cours du 27 juin au 11 juillet de deux heures à six heures (2); 2° Stage du 27 juin au 8 août.

TRAVAUX PRATIQUES. — 1° Au laboratoire : Recherches et exercices de chimie biologique concernant les ingesta et les excreta des nouveau-nés et des enfants ;

2° A la Pouponnière : Etude du nourrisson normal, des différents types d'enfants et des différentes méthodes d'allaitement ;

3° A l'infirmerie temporaire : Service réservé aux enfants retirés de nourrice en cours d'élevage, étude des affections gastro-intestinales ;

4° Aux nids de Porchefontaine et à la consultation de nourrissons : Etude de l'élevage mercenaire ;

5° A la vacherie modèle : Etude du lait ;

6° A la cuisine spéciale : Etude et préparation des laits modifiés.

Après un stage de huit jours, il est confié aux élèves, sous le contrôle du docteur Raimondi, directeur des services, un

(1) Seront admis, sans distinction de nationalité : les docteurs en médecine, les étudiants et étudiantes en fin de scolarité, et toute personne désireuse de faire des études intégrales de puériculture.

Les droits d'inscription pour les cours et travaux pratiques sont fixés :

1° A 20 francs pour le cours du 27 juin au 11 juillet ; 2° à 50 francs pour le stage du 27 juin au 8 août.

Les bulletins de versements relatifs aux inscriptions seront délivrés au secrétariat de la Faculté de médecine, guichet 5, tous les jours de douze heures à treize heures.

(2) *Moyens de transport.* — Gare Montparnasse 13 h. 10 et 13 h. 15; arrivées à Versailles-Chantiers 13 h. 40 et 13 h. 45; Gare des Invalides 13 h. 9; arrivée à Versailles-Rive gauche 13 h. 43, sauf modifications aux horaires.

Sur demande à M. le directeur de la Compagnie Ouest-Etat, le demi-tarif est accordé avec la présentation du bulletin d'inscription.

groupe de nourrissons dont ils conservent la direction médicale pendant la durée du stage qui est de six semaines.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au secrétariat de la Société, 4, rue Boissière, Paris, les lundis et jeudis de deux heures et demie à trois heures et demie.

JURISPRUDENCE

EPILATION ET RAYONS X

La 3e chambre du tribunal civil de la Seine a rendu le 15 mai 1914 un jugement intéressant sur un cas particulier de responsabilité médicale.

Mme A..., qui exerce la profession de chirurgien-dentiste, désolée de l'exagération du duvet qu'elle avait aux jambes, s'en fut trouver un médecin et lui demanda de la débarrasser à tout jamais de cette intempestive toison. Le médecin lui proposa une cure de rayons X et aussitôt les opérations commencèrent dans l'institut auquel il était attaché. Il y en eut douze, à raison de trois par semaine. Ce fut un triomphe, oui, car le malencontreux duvet disparut, mais ce fut aussitôt un désastre, car surgirent bientôt des rougeurs épidermiques qu'accompagnèrent d'excessives douleurs et que suivirent bientôt de fort graves ulcérations. Mme A... dut entrer dans une maison de santé et ceux qui l'y soignèrent eurent notamment à pratiquer sur elle la greffe humaine. Et c'est ainsi que Mme A... fut amenée à intenter, devant la 3e chambre, au docteur qui lui avait conseillé et appliqué les rayons X un procès en 100000 francs de dommages-intérêts lui faisant grief de l'avoir soumise à un traitement aussi dangereux et de le lui avoir fait subir de défectueuse façon.

Le tribunal avant faire droit avait nommé des experts pour rechercher, si le médecin n'avait commis, comme il le prétendait, aucune faute, alors que la radiothérapie ne saurait en aucune façon être dangereuse lorsqu'il s'agit de détruire une hypertrichose aussi abondante que celle qui désolait la demanderesse.

Le rapport des experts ne fut pas favorable au médecin si on en juge par le passage suivant :

« La radiothérapie a été pendant quelques années considérée comme une bonne méthode d'épilation, puis elle a été presque complètement abandonnée par le plus grand nombre des radiothérapeutes comme étant peu efficace et dangereuse...

Aujourd'hui, on admet que le traitement radiothérapique de l'hypertrichose a ses indications, mais que celles-ci sont très limitées. Le docteur Belot, chef du laboratoire d'électro et de radiothérapie dans le service du docteur Brocq à l'hôpital Saint-Louis, résume ces indications de la façon suivante dans les conférences qu'il fait chaque année à l'hôpital Saint-Louis : « Ce sont seulement, dit-il, les femmes possédant une barbe de sapeur à type masculin qui devront être épilées par les rayons X, après les avoir prévenues des inconvénients qui pourront survenir. » La communication que l'un de nous a faite en août 1911, à Dijon, au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, se terminait par les conclusions suivantes, qui semblent avoir été acceptées par l'immense majorité des dermatologistes : « La radiothérapie ne doit être employée que chez la femme, dans le traitement de l'hypertrichose confluente de la face, constituant une véritable barbe du type masculin. Dans ce cas, en effet, un peu d'atrophie cutanée ou de pigmentation serait d'une dissimulation plus facile que cette difformité qui fait de la femme un objet de risée universelle. »

Faisant siennes les conclusions du rapport, le tribunal a condamné le docteur à 18000 francs de dommages-intérêts.

« Attendu que des observations formulées par les experts et des documents versés aux débats, il échet de retenir tout particulièrement que l'application des rayons X peut offrir des dangers incontestables en exposant le patient à une radiodermite grave et douloureuse, parfois difficilement guérissable et susceptible de laisser des traces indélébiles; qu'elle ne doit être employée pour le traitement de l'hypertrichose qu'en vue d'essayer de porter remède à un inconvénient ou à une disgrâce physique qui fassent de la personne qui en est atteinte un objet de répulsion ou de risée ;

Attendu que, pour tenir compte des cas tout à fait exceptionnels où l'existence d'une hypertrichose autre que celle de la face pourrait affecter d'une façon grave le moral d'une femme, notamment par la crainte d'être obligée de renoncer au mariage, on peut, à la rigueur, admettre qu'il serait peut-être excessif de limiter a priori et d'une façon absolue le traitement par les rayons X à l'épilation, chez la femme, de la difformité dite « barbe de sapeur » ; mais qu'en toute hypothèse il est du devoir du médecin de n'entreprendre ce traitement que sur la sollicitation expresse et instante de la malade, dûment avertie par lui des dangers qu'elle court, et s'il est persuadé que son refus d'essayer l'application d'un remède périlleux mais peut-être efficace est de nature à influencer défavorablement l'état moral ou la santé physique de sa cliente ;

Attendu que le médecin qui n'a pas pris ces précautions ou ne justifie pas les avoir prises est responsable des désordres causés par un traitement qui, dans l'état de la science, et sauf pour les cas exceptionnels sus-indiqués, est considéré comme offrant des dangers hors de proportion avec le bénéfice aléatoire qui pourrait en résulter... »

L'application délicate des rayons X a souvent été la cause génératrice de procès en responsabilité. Et les juges, faisant comme ceux de la 3e chambre, ont déclaré responsable un médecin des conséquences dommageables résultant pour un malade de l'application mal faite ou mal appropriée des rayons Röntgen (V. Trib. Seine, 8 mars 1901, *Le Droit*, 21 mars 1900 ; Cour Aix, 22 oct. 1906, *D. P.*, 1907, 2.41).

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

FORMULAIRE

ASYSTOLIE DES CARDIOPATHIES ARTÉRIELLES

1° Lutter contre l'intoxication par la prescription du régime lacté absolu et des cachets de Théosalvose pure ou phosphatée (trois à quatre cachets de 0g50 par jour).

2° Lutter contre l'insuffisance du myocarde par la digitale (macération ou infusion).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Pratique de l'héliothérapie, par le docteur A. Aimes. In-8, 26 figures et 10 planches hors texte. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Les Vertus hygiéniques, par le docteur Ch. Fernet. 1 vol. de 280 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, Masson et Cie.

Manuel du médecin auxiliaire. Programme, analyse et commentaire des lois, décrets et règlements, pour la préparation de l'examen de médecin auxiliaire et de pharmacien auxiliaire, par le docteur L.-E. Perdrizet, médecin-major de l'armée. In-18, de 308 pages, avec 19 figures, cartonné. — Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Formulaire des spécialités pharmaceutiques pour 1914, par V. Gardette. 1 vol. de 435 pages. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

CLINIQUE MÉDICALE

ÉTUDES SUR LA PATHOLOGIE DE L'ULCUS

IX

L'ULCUS, L'APPENDICITE, LA COLITE CHRONIQUE

Par M. ALBERT MATHIEU (*),
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Nous allons nous occuper maintenant des rapports de l'ulcus, de l'appendicite et de la côlite chronique. Ces rapports sont très intéressants à divers points de vue, au point de vue pathogénique et aussi au point de vue pratique, et c'est, naturellement, le côté clinique que nous aurons surtout en vue dans l'exposé qui va suivre.

L'ULCUS ET L'APPENDICITE. — Les relations de l'ulcus et de l'appendicite ont attiré l'attention d'un certain nombre d'auteurs dans ces dernières années. Une des premières communications sur ce sujet est celle de Moynihan dans le *British Medical Journal* de janvier 1910, où il a indiqué qu'il existait des rapports entre la dyspepsie acide, c'est-à-dire l'hyperchlorhydrie, et l'appendicite.

D'une façon plus précise encore, d'autres auteurs ont signalé la fréquente coïncidence de l'appendicite et de l'ulcus. Mahnert est allé jusqu'à prétendre que l'appendicite se trouve dans 66 p. 100 des cas d'ulcus (1).

La fréquence des rapports de l'appendicite et de l'ulcus a été aussi signalée par Payr qui a donné une pathogénie de ces accidents admise aussi par Wilkie. Ces auteurs pensent qu'il se fait au cours de l'appendicite aiguë de petites poussées de phlébite et de thrombose dans les veines appendiculaires, et que ces phlébites deviennent le point de départ de petites embolies rétrogrades qui, en allant se fixer sur l'estomac, donnent lieu à des ulcérations.

D'autres pathogénies ont été invoquées, par exemple la théorie réflexe, l'irritation partie de l'appendice enflammé et remontant sur l'estomac et la théorie toxémique. La toxémie, nous le savons, peut amener des ulcérations par nécrose de l'estomac, et c'est probablement par ce mécanisme que s'expliquent les ulcérations constatées au cours de l'appendicite aiguë. C'est ici le moment de rappeler le célèbre vomito-negro appendiculaire sur lequel a autrefois insisté Dieulafoy.

COÏNCIDENCE CLINIQUE. — Je m'en tiens là en ce qui concerne le côté théorie, le côté pathogénie. J'appellerai surtout l'attention sur ce fait incontestable qu'on voit de temps en temps des malades atteints d'ulcus, qui ont eu autrefois des accidents d'appendicite. Parmi les malades observés par nous, un certain nombre avaient été opérés pour appendicite avant de venir se faire soigner pour des accidents d'ulcus non douteux. Il n'est pas toujours facile du reste de savoir exactement ce qu'était l'appendicite dont ils avaient été atteints; tantôt c'étaient des accidents aigus, tantôt des manifestations plus vagues d'appendicite chronique.

Dans d'autres cas, des malades opérés pour l'ulcus, l'ulcus pylorique en particulier, ont été obligés ultérieurement, de se faire enlever l'appendice pour faire disparaître des douleurs en rapport avec une appendicite concomitante de l'ulcus, antérieure peut-être même à cet ulcus. Dans ces dernières années, deux des malades opérés à Saint-Antoine ont subi ultérieurement l'appendicectomie en raison des accidents qui avaient survécu à la gastro-entérostomie. M. Walther, dans son rapport au XXIVe Congrès de chirurgie, a insisté sur ces coïncidences. Il a montré que, dans certains cas, il y avait nécessité, après qu'on avait enlevé l'appendice, de faire une opération sur l'estomac, en raison de l'existence d'un ulcus, et en particulier de phénomènes d'ulcus pylorique ou juxtapylorique, et, d'autre part, il a signalé aussi la combinaison opposée: des malades ayant subi une gastro-entérostomie sont obligés ultérieurement de se faire enlever l'appendice. Il conclut par ce conseil pratique que, toutes les fois qu'on pratique la gastro-entérostomie, il est bon d'examiner et au besoin d'enlever l'appendice.

Au point de vue clinique, les rapports de l'appendicite et de l'ulcus gastrique sont intéressants, parce qu'il peut se faire que l'ulcus simule l'appendicite ou que l'appendicite simule l'ulcus. Dans ces dernières années, MM. Leven et Barret ont montré qu'il pouvait se faire que des douleurs dans la fosse iliaque droite, rappelant tout à fait par leur localisation la douleur de l'appendicite chronique à paroxysme, soient dues en réalité à un ulcus juxtapylorique. Leur localisation s'explique parce qu'il existe une descente, un déplacement du pylore tel qu'on le trouve descendu dans la fosse iliaque, à peu près exactement à l'endroit où l'on trouve normalement le point de Mac Burney. Il peut donc se faire que la douleur ainsi localisée soit due à la présence à ce niveau du pylore ulcéré.

En effet, quand on pratique d'une façon courante des examens radioscopiques, il arrive que, de temps en temps, on trouve le pylore déplacé vers la droite de la colonne vertébrale, et en même temps descendu vers la fosse iliaque. Parfois on peut le reconnaître par la palpation; le plus souvent l'examen radioscopique est nécessaire pour caractériser cette ectopie.

Dans une autre catégorie de faits également intéressants, il existe une appendicite chronique avec des phénomènes de dyspepsie qui prennent tout à fait les apparences d'une gastropathie d'origine ulcéreuse sans que cependant il y ait un ulcus gastrique, pylorique ou juxtapylorique. Ce sont parfois des malaises, des sensations de digestion lente; mais, ce qui peut paraître révélateur d'une lésion ulcéreuse, ce sont des douleurs tardives, des ren-

(*) Conférence faite le 19 mars 1914 à l'hôpital Saint-Antoine. (Compte rendu sténographique revu par l'auteur.) — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 8, p. 117; n° 14, p. 213; n° 21, p. 325; n° 29, p. 464; n° 36, p. 581; n° 41, p. 661; n° 46, p. 745; n° 55, p. 901 et n° 56, p. 917.

(1) *Mitteil aus den Grenzgeb. der Med. u. Chirurg.*, 1907, XVIII, 3.

vois, des régurgitations acides, quelquefois même de l'hypersécrétion chlorhydrique. Dans un certain nombre de cas, des malades ont subi la gastro-entérostomie dans des conditions semblables sans qu'il fût bien démontré qu'il existait réellement un ulcus. Certains patients, en tout cas, ont vu disparaître tous ces phénomènes après l'ablation d'un appendice malade.

Fait clinique. — Voici, à ce propos une observation réellement typique, due à un auteur italien, M. Sante Solieri (1). Il rapporte l'histoire d'un homme de trente-deux ans, cantonnier vigoureux qui, en mars 1910, à la suite d'une amygdalite aiguë a commencé à éprouver des phénomènes de dyspepsie gastrique. Tout d'abord assez modérés, avec des renvois acides, des alternatives de constipation et de diarrhée, ils sont allés en s'accentuant. Ce malade ne supportait ni le vin, ni le pain qui le faisaient beaucoup souffrir; il avait beaucoup maigri. Il présentait de la douleur à la palpation, à la région épigastrique et l'estomac était un peu dilaté. Le repas d'Ewald montra une quantité élevée d'acide chlorhydrique, 2,60 à 3 p. 1000 avec 1,20 d'acide chlorhydrique libre, et on constata de plus un retard assez notable à l'évacuation. On n'avait du reste pas trouvé de sang dans les selles.

A-t-on été un peu vite pour diagnostiquer dans ces conditions l'existence d'un ulcus pylorique ou juxtapylorique? Quoi qu'il en soit, ayant fait le diagnostic de gastrorrhée acide et de pyloro-spasme, on pratiqua la gastro-entérostomie postérieure le 6 septembre. Elle n'amena aucune amélioration, le malade se plaignait même très vivement d'être plus souffrant depuis l'opération. Le 13 février, il est pris d'appendicite aiguë avec des signes de perforation faisant penser à l'existence d'une péritonite limitée. On ouvre le ventre et on trouve un appendice perforé avec des calculs appendiculaires perdus dans le pus. On resèque l'appendice, on draine, le malade guérit, et, à la suite de cette opération, il voit disparaître d'une façon absolue ses douleurs stomacales. Il reprend son poids et revient à la santé excellente qu'il avait avant toute cette série d'accidents.

Pour terminer, et à titre de transition, je rappellerai qu'il n'est pas très rare que, chez les malades qui présentent des poussées de côlite, il est très malaisé de décider si, en même temps que la côlite, il existe ou non des lésions appendiculaires.

L'Ulcus et la colite. — Leur coïncidence est extrêmement fréquente et je m'étonne vraiment que les auteurs n'aient pas davantage insisté sur cette complication parfois si gênante de l'ulcus gastrique ou duodénal.

Depuis plus de vingt ans, une de mes grandes préoccupations thérapeutiques est d'éviter aux malades que je soigne pour un ulcus gastrique, qu'ils ne présentent ultérieurement des acccidents de côlite spasmodique et douloureuse.

(1) Solieri. *Mit. aus den Grenz. der Med. u. d. Chir.*, Bd XXVII, Hft. 1, p. 806, 1913.

L'an dernier, M. Lœper a signalé des accidents de cet ordre en étudiant les réflexes gastro-intestinaux, ils font pendant aux réflexes coliques qui portent si souvent sur l'estomac. En effet, ces deux ordres de réaction peuvent se produire, l'une de l'estomac sur l'intestin, l'autre de l'intestin sur l'estomac, et elles méritent toutes les deux d'être connues et étudiées.

Il est très fréquent que des gastro-ulcéreux soient au bout de quelque temps atteints de spasmes douloureux de l'intestin, et c'est pour le médecin un grand embarras que de savoir comment soigner ces malades, comment diriger leur traitement, de façon à éviter cette complication, de déterminer souvent aussi où finit l'ulcus et où la côlite reste seule en scène. Dans un certain nombre de cas, on en arrive même à se demander si on a affaire simplement à une côlite avec manifestations douloureuses de l'estomac et si, en réalité, il y a jamais eu ulcération stomacale ou duodénale.

Division clinique. — Nous aurons à étudier trois catégories de faits :

1° La côlite se développe parallèlement à l'ulcus, quelquefois même elle le précède;

2° La côlite douloureuse, surtout la côlite spasmodique paroxystique survit à l'ulcus sans interruption de sorte qu'il est très difficile de savoir si l'ulcus est ou non guéri;

3° Il y a et il y a eu côlite, y a-t-il jamais eu ulcus?

1° *L'ulcus et la côlite évoluent parallèlement, dès le début.* — Il arrive que des malades atteints d'ulcus se présentent ayant déjà des phénomènes de constipation et de côlite antérieurs; toutefois l'ulcus montre une telle prédominance dans les manifestations morbides que le jugement n'est pas difficile. L'hématémèse et le melæna peuvent, par exemple, donner la preuve de son existence. Fréquemment aussi le malade accuse des accidents ulcéreux très nets, caractéristiques, sans avoir jamais présenté de côlite auparavant; mais, au bout de quelque temps, vont se développer tout d'abord de la constipation simple, puis bientôt après des débâcles, spontanées ou provoquées, des accidents fort embarrassants de côlite. C'est une règle générale : les malades qui souffrent d'une façon intense de l'estomac sont constipés. Les exceptions sont assez rares. Cela est vrai, en particulier pour les gastro-ulcéreux. Dès que ces malades souffrent, ils présentent presque immédiatement une constipation tenace. On peut évidemment faire intervenir pour l'expliquer un réflexe parti de l'estomac et exerçant sur l'intestin, particulièrement sur le côlon, soit une action d'inhibition, soit peut-être, ce que, pour ma part, je considérerais comme plus fréquent, un spasme plus ou moins intense. La constipation est en tout cas rendue plus facile, parce que ces malades s'alimentent peu, ou sont soumis à des régimes constipants par leur petit volume et par la nature même des aliments qui les composent. Le plus souvent, ils sont mis au régime lacté, régime lacté à petites doses d'abord, puis à doses plus élevées atteignant bientôt deux litres à trois litres par jour.

A moins qu'ils n'aient pour le lait une intolérance personnelle qui provoque la diarrhée, les malades ne manquent pas d'être constipés. Parfois, cela se borne à cette constipation banale et on en vient assez facilement à bout sous l'influence des moyens les plus simples, mais il arrive que les malades présentent des débâcles au bout de quelques jours, spontanées, ou favorisées par une intervention médicamenteuse. Ils ont après plusieurs jours de rétention des douleurs, des coliques, 3 ou 4 évacuations successives dont les dernières ont tendance à être liquides et à devenir glaireuses, et, lorsque ces phénomènes se sont répétés plusieurs fois de suite, la côlite tend à s'installer en permanence. On trouve alors la corde colique nettement perceptible non seulement dans la partie descendante du côlon, mais même sur le côlon transverse. Souvent aussi, on perçoit le cæcum dilaté, ou, ce qui est plus fréquent encore, douloureux et contractile.

Ces accidents de côlite se produisent aussi quelquefois à la suite du melæna après une hémorragie gastrique ou duodénale. Très souvent, on le sait, la production d'une hémorragie gastrique se trouve annoncée par une débâcle mélænique. Les malades éprouvent des coliques, de la nausée; ils ne savent pas très bien s'ils vont vomir ou s'ils vont aller à la selle. Ils ont en même temps une sensation de malaise extrêmement pénible, d'état vertigineux et il n'est pas rare qu'ils se rendent aux cabinets et que là ils aient en même temps une débâcle noire, nettement mélænique, une hématémèse et une perte de connaissance !

En cas semblable, que s'est-il produit ? Une réaction colique par indigestion du sang. Ce n'est pas parce que ces malades ont perdu beaucoup de sang qu'ils ont une lipothymie ou une syncope, c'est parce qu'ils ont eu une débâcle intestinale avec réflexe du côlon vers le bulbe.

Il peut se faire, cela est signalé dans un certain nombre de nos observations, que les accidents de côlite se produisent immédiatement à la suite de la débâcle mélænique sous l'influence d'une véritable indigestion du sang dans l'intestin.

2° *La côlite douloureuse survit à l'ulcus.* — La côlite qui évolue chez des malades atteints d'ulcère de l'estomac n'a pas par elle-même de caractère bien particulier. Elle n'aurait rien de spécialement intéressant s'il ne se trouvait assez souvent que l'on soit très ennuyé par cette séquelle de l'ulcus et qu'on soit très embarrassé pour savoir si l'ulcus est guéri ou non. En face de ces phénomènes de côlite qui prennent le premier plan dans les plaintes exprimées par le malade, on se demande si la côlite est la seule cause des accidents douloureux ou s'il faut encore les rapporter aux lésions ulcéreuses.

Nous avons récemment observé dans nos salles de malades des exemples vraiment schématiques de cette combinaison clinique.

Une jeune femme de vingt-sept ans, d'un aspect du reste vigoureux, souffrait de l'estomac déjà depuis plusieurs années; elle avait eu dans ces derniers temps des douleurs tardives intenses et même vraisemblablement un peu de melæna. Elle vint à l'hôpital parce qu'elle avait des douleurs gastriques et des douleurs intestinales qui alternaient ou se combinaient, toutes les deux extrêmement marquées. A l'examen du ventre, on constatait une douleur très nette au niveau du point épigastrique, et parfois à jeun, surtout après une nuit où elle avait souffert, la présence d'une certaine quantité de liquide dans l'estomac. A d'autres jours, lorsque c'était surtout le gros intestin qui était entré en scène, on percevait par la palpation un spasme très net du côlon qui se montrait sous l'aspect d'une corde dure, contractile, douloureuse dans toute son étendue. On pouvait le suivre depuis le cæcum jusque vers la fosse iliaque gauche.

Si nous ne nous étions pas adressés à la radioscopie, il nous aurait été très difficile à certains jours de savoir si ce que nous sentions était la région prépylorique de l'estomac, en crise de spasme, couchée au-devant de la colonne vertébrale ou le côlon transverse.

L'état de cette malade s'est amélioré beaucoup sous l'influence du repos, des applications chaudes en permanence, de l'action calmante d'une compresse électrique chauffante. Elle a aussi bénéficié dans une large mesure des injections rectales de teinture de belladone. Ces injections en cas semblable, en effet, exercent sur le côlon une action beaucoup plus calmante que la teinture ingérée par la bouche.

Une autre de nos malades était également une jeune femme d'une trentaine d'années. Elle était dans un état d'amaigrissement, de déchéance et d'anémie très marqué. Elle avait dans son passé une histoire très nette d'ulcus; mais il n'était pas certain que l'ulcus eût persisté encore en état d'activité dans les derniers temps. Chez elle, en dehors d'un amaigrissement presque squelettique, on relevait de la constipation tenace, des douleurs abdominales très vives dont le caractère de coliques était du reste assez difficile à différencier, par la malade, des douleurs gastriques. En tous cas, en l'examinant, on constatait des contractions de l'estomac vers la partie supérieure gauche de l'épigastre et au-dessous des contractions du côlon transverse, presque immédiatement au-dessus de l'ombilic. Il était facile, sur une feuille de papier à décalquer, de tracer la disposition de l'estomac et du côlon superposé.

Cette malade qui souffrait énormément était tombée dans un état d'inanition très marqué. Elle n'osait plus s'alimenter; elle ne prenait plus à certains jours qu'un peu d'eau sucrée. Nous nous sommes trouvés en présence de cette difficulté très grande, fréquente avec les malades inanitiés de ce genre, qu'ils ont d'autant plus de mal à se réalimenter que l'inanition et l'amaigrissement ont été poussés plus loin, qu'il en est résulté un état de nervosisme plus marqué. Ces malheureux patients n'osent plus manger, ils deviennent incapables de faire l'effort voulu pour se réalimenter.

Nous y sommes parvenus cependant dans le cas présent et nous avons eu la satisfaction de voir la malade sortir du service engraissée, très améliorée, ayant bénéficié en particulier dans une large mesure du régime gras dont je parlerai tout à l'heure.

L'histoire d'une autre malade de ce genre est d'autant plus fidèlement restée dans mon esprit qu'une tentative opératoire a amené sa mort. Il s'agissait d'une femme entrée dans mes salles pour un ulcus stomacal non douteux. Alors que l'ulcération gastrique paraissait guérie si l'on en juge par ce fait que l'examen des selles par la méthode de Weber a d'une façon continue donné des résultats négatifs, cette malade présentait un état de constipation permanent avec des débâcles durant plusieurs jours de suite qui amenaient des douleurs intestinales et des évacuations de mucosités abondantes. C'était, en somme, cette forme de côlite muco-membraneuse caractérisée surtout par des alternatives de constipation et de débâcles que nous connaissons bien. Quand on donnait à cette femme un régime moins constipant que le lait on provoquait immédiatement des douleurs gastriques, de sorte que l'on était arrêté dans cette tentative de modification du régime. Lorsque l'on donnait de nouveau du lait, on était sûr d'aboutir peu de temps après à une période plus ou moins prolongée de constipation et à des débâcles avec côlite douloureuse qui quelquefois duraient dix ou quinze jours de suite. On n'en sortait pas, si bien qu'il fut décidé, après huit mois de ces alternatives, de traiter cette malade chirurgicalement et de pratiquer l'implantation de l'iléon sur l'anse sigmoïde. Malheureusement la malade succomba huit jours après cette intervention.

3° *Il y a et il y a eu côlite, y a-t-il jamais eu ulcus?* — Inutile maintenant d'insister beaucoup pour faire comprendre que, dans un certain nombre de cas, lorsqu'on n'a pas suivi les malades au début, il est extrêmement difficile, impossible même, de savoir, en présence d'accidents intenses de côlite, si l'ulcus a existé à un moment donné et s'il existe encore. Cela est d'autant plus malaisé qu'on ne peut pas attribuer une importance très grande, dans les cas de ce genre, aux douleurs du plexus solaire. Le plexus solaire est souvent hyperesthésié en même temps que les plexus mésentériques sous-jacents, lorsqu'il y a des poussées de côlite. Si l'on constate la présence d'un peu de liquide le matin à jeun chez des malades de ce genre, on peut souvent l'interpréter, je crois, par une irritation réflexe allant du côlon à l'estomac, surtout s'il existe préalablement de l'hypertrophie des éléments glandulaires de sécrétion chlorhydropeptique, de la gastrite hyperpeptique, diraient MM. Hayem et Lion. Peut-être peut-il y avoir aussi rétention. La présence d'un peu de liquide dans l'estomac le matin, dans ces conditions, ne doit donc pas, à mon avis, être considérée comme le signe caractéristique d'une lésion ulcéreuse.

Il y a donc des cas dans lesquels il est très difficile de rétablir ce qui s'est passé antérieurement et de dire si oui ou non il y a et a jamais eu des lésions d'ulcus. Dans un certain nombre de cas, le diagnostic est véritablement impossible s'il ne survient pas quelque accident caractéristique et en particulier une hémorragie, une hématémèse, une poussée de melæna qui lève l'embarras.

Prophylaxie et traitement. — Depuis vingt ans, une de mes grandes préoccupations dans le traitement des malades atteints d'ulcus gastrique a été d'éviter, autant que faire se pourrait, la production de ces accidents intestinaux. La première indication c'est de tâcher d'obtenir que ces malades ne soient pas constipés, mais malheureusement, je le répète, ils le sont d'une façon régulière, habituelle, lorsqu'ils sont soumis au régime lacté, et en particulier au régime lacté à petite dose qui devient obligatoire à la suite de quelque accident aigu, d'une crise douloureuse avec ou sans hypersécrétion ou encore d'une poussée hémorragique. Il s'agit chez eux d'éviter la constipation, il s'agit d'éviter que se produise le spasme qui joue un rôle si important pour perpétuer la constipation, d'éviter ces alternatives de constipation et de débâcle diarrhéique qui font que la côlite, au lieu de survenir d'une façon insidieuse et progressive, s'établit par poussées, par paroxysmes successifs. On se trouve dès lors en présence d'une difficulté assez grande pour combattre la constipation sans risquer de produire des phénomènes d'irritation du côté de l'estomac. On doit nécessairement éliminer tout ce qui peut être agressif pour l'estomac en fait de substances laxatives, et en particulier les laxatifs d'origine végétale, y compris l'huile de ricin qui est cependant une des substances les moins irritantes, même pour l'estomac. On a eu souvent recours à la *magnésie*; mais souvent elle ne donne que des résultats insuffisants et incomplets lorsqu'on l'emploie seule. On est obligé d'en augmenter la dose et avec des résultats très incertains, avec des irrégularités dans les évacuations, avec des poussées de débâcle et par conséquent danger de côlite. Il semble bien, du reste, que la magnésie à dose un peu élevée finisse par être irritante en cas semblable surtout lorsque, d'une façon continue, on l'emploie en même temps que le bicarbonate de soude dans des combinaisons qui ont l'avantage de calmer les paroxysmes douloureux, mais dont l'usage prolongé devient malfaisant.

Le *sulfate de soude* donné pur est souvent difficilement supporté à dose suffisante pour être laxatif; en cas semblable, le mieux est encore de l'ordonner sous la forme d'eau alcalino-sulfatée, soit du type de M. Hayem qui, voulant copier la composition de l'eau de Carlsbad, y ajoutait une certaine quantité de chlorure de sodium, soit suivant la formule très connue de Bourget dans laquelle on peut faire varier à volonté la proportion du sulfate et du phosphate de soude. Bourget n'hésitait pas à donner à ses malades des doses très élevées de cette solution, un litre et demi à 2 litres par jour au besoin. Nous retrouvons là encore les inconvénients de l'usage prolongé du bicarbonate de soude chez les hypersécréteurs de l'estomac.

En raison de son action sur la sécrétion gastrique, sur la douleur et sur les spasmes gastro-intestinaux, je prescris souvent la *belladone* soit par la bouche, soit en lavements. Il arrive que la belladone donnée à dose suffisante, par exemple sous forme de teinture à un taux allant progressivement de XXX gouttes jusqu'à LX gouttes par jour, résolve la question, que

le spasme intestinal cède, que les selles se régularisent : et alors, il n'y a pas à chercher mieux. Malheureusement, ce médicament ne réussit pas toujours également bien. De là l'idée de l'associer à la magnésie ou au sulfate de soude : le résultat est assez médiocre.

J'ai essayé l'*huile d'olives* très prônée en Allemagne. Je dois dire que la plupart de mes malades ne l'ont pas très bien supportée et que son action laxative s'est montrée très médiocre.

J'ai essayé encore la *bile de bœuf* à des doses assez élevées, 2, 3 grammes même par jour, soit seule, soit associée à la belladone. J'ai eu des succès, mais d'une façon irrégulière. Il en est à peu près de même du mucilage pur et de son association avec la belladone.

J'ai essayé enfin différentes préparations de *parafine liquide*, laxatif très prôné en France dans ces derniers temps, à l'imitation des Anglais : je n'ai obtenu que des effets médiocres. Ce qui m'a donné pour les ulcéreux maintenus au régime lacté les résultats les meilleurs, c'est l'emploi combiné du *carbonate de bismuth* et de la *magnésie*. De fortes doses de bismuth, des doses de 20, 25 grammes par jour, amènent quelquefois, on le sait, la régularisation des selles chez des constipés, et cela se voit également chez des malades atteints d'ulcus gastrique. En tout cas, depuis longtemps je sais que, chez ceux qui ont subi l'examen radioscopique, il suffit souvent de donner une petite quantité de magnésie pour venir à bout de la constipation préalable. Cela m'a amené depuis plusieurs années à prescrire chaque jour, aux ulcéreux, 20 grammes de sous-nitrate de bismuth autrefois, de carbonate de bismuth maintenant, avec 5 grammes de magnésie. Quelquefois, lorsque l'action laxative doit être poussée plus loin, je donne 15 grammes de carbonate de bismuth et 10 grammes de magnésie. Ces mélanges de bismuth et de magnésie peuvent être variés suivant les malades et suivant les époques chez le même malade. Il convient de les donner à dose laxative, soit en bloc, le matin, soit par cuillerées à café espacées au cours de la journée, au début des paroxysmes douloureux.

Je considère actuellement que, pour les ulcéreux de l'estomac ou du duodénum soumis au régime lacté et constipés par ce fait, l'association du bismuth et de la magnésie avec prédominance du bismuth quand il y a des phénomènes douloureux, prédominance de la magnésie quand il y a surtout de la constipation, est la médication la plus favorable pour obtenir la régularisation des selles tout en calmant l'irritation sécrétoire, douloureuse et spasmodique de l'estomac et même de l'intestin.

Régime gras. — Si le régime lacté a un rôle si néfaste dans la genèse de la constipation et des accidents de côlite et de spasme, pourquoi, dira-t-on, s'obstiner à le prescrire? Est-il donc absolument indispensable ?

Dans ces derniers temps à l'exemple de Senator j'ai employé fréquemment, chez les ulcéreux, un régime gras dont la base était constituée par des purées, surtout de la purée de pommes de terre très cuite, par des potages ou des bouillies, par des pâtes très cuites et fines, aliments auxquels était ajouté au moins un quart de livre de beurre frais par jour, et quelquefois davantage, quelquefois 150 grammes et même jusqu'à 200 grammes. J'ai eu dans une série de cas les résultats les meilleurs avec cette méthode. Les malades ont cessé de souffrir; ils ont eu des selles régulières et je ne connais pas un seul malade atteint d'ulcus qui ait présenté des phénomènes de côlite lorsqu'on avait eu la chance de pouvoir mener à bien le traitement de l'ulcus en employant comme base de son régime le régime gras.

La crème et les jaunes d'œuf peuvent, comme dans la formule de Senator, être conseillés en même temps que les potages et les purées et en remplacement d'une certaine quantité de beurre.

Il a cependant deux inconvénients : il n'est pas supporté par tout le monde et chez les malades chez lesquels il est bien supporté, il semble bien et c'est du reste un fait connu expérimentalement, que la prédominance de la graisse ralentisse l'évacuation du contenu de l'estomac. Cela se traduit par ce que, chez ces malades, l'on trouve assez souvent du liquide à jeun en quantité plus élevée et d'une façon plus prolongée qu'avec le régime lacté.

Il faut dire du reste que cela peut se concilier avec une disparition totale de la douleur et je crois que la disparition de la douleur a plus d'importance que la persistance d'un peu de liquide à jeun.

Je suis donc amené à penser actuellement que le mieux dans le traitement de l'ulcus, pour éviter la production des accidents de constipation et de côlite est, après avoir soumis les malades au régime lacté dans les premiers jours, à la suite d'une crise paroxystique ou hémorragique, de les mettre au bout de quelque temps au régime gras, soit en passant de l'un à l'autre brusquement, soit en passant de l'un à l'autre par une transition progressive.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 25 mai 1914)

Recherches comparatives sur la concentration du sang artériel et du sang veineux à Paris, à Chamonix et au mont Blanc, par l'étude réfractométrique du sérum. — MM. Raoul Bayeux et Paul Chevallier. Plusieurs savants ont émis l'opinion que l'hyperglobulie constatée par des numérations faites aux hautes altitudes ne traduit pas une véritable néoformation globulaire, mais seulement une augmentation relative du nombre des hématies due à la concentration du sérum sanguin sous l'action de la dépression barométrique.

Les observations de MM. Bayeux et Chevallier, faites en étudiant l'*indice réfractométrique*, montrent que le sérum se concentre par suite du passage d'une altitude à une altitude plus élevée, et que l'acclimatation diminue cette concentration aux deux altitudes différentes.

La concentration la plus forte a été observée au début du séjour au mont Blanc sur un sujet qui venait de subir les atteintes du mal de montagne.

Recherches sur la composition de la scille : le principe toxique. — M. V. KOPACZEWSKI montre que la substance toxique et diurétique de la scille (*Scilla maritima L.*) est un glucoside non azoté pour lequel on peut conserver le nom de *scillitine*.

Inactivation des sérums par la chaleur. L'alexine ou complément est constituée par l'union de deux complexes, l'un par les savons de soude du sérum unis à la globuline (portion médiane du complément), l'autre par les savons de cholestérine unis à la globuline (portion terminale du complément). — M. J. TISSOT.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 2 JUIN 1914)

Le chromo-séro-diagnostic de l'hémorragie cérébrale. — MM. Pierre MARIE et André LÉRI ont constaté dans 5 cas d'hémorragies cérébrales ou méningées un aspect spécial, verdâtre et plus ou moins fluorescent, du sérum sanguin. Cet aspect spécial semble dû au passage dans le sang circulant de produits de décomposition de l'hémoglobine du sang extravasé.

La constatation de cette teinte verdâtre et fluorescente se fait de la façon la plus simple : on recueille dans un tube 10 à 20 centimètres cubes de sang, on dépouille le caillot des parois du tube et on le laisse se rétracter; on sépare alors le sérum qui surnage en le décantant ou en le prenant avec une pipette.

La simple constatation de cette teinte constitue un procédé de chromo-séro-diagnostic éminemment pratique en clinique, parce que :

1° Il ne nécessite aucune technique, ni aucun appareil, aucun réactif ou aucun apprentissage spécial;

2° Il donne un résultat très rapide, au bout de quelques heures, au besoin même au bout de quelques minutes après la prise de sang;

3° Il est positif dès les premières heures qui suivent l'hémorragie et persiste pendant un certain nombre de jours.

Ce chromo-séro-diagnostic peut être fort utile dans les cas nombreux où le diagnostic clinique est hésitant entre une hémorragie et un ramollissement cérébral ou une autre lésion circonscrite du cerveau; il a permis aux auteurs de faire ce diagnostic important dans deux cas de lésions hémorragiques et dans trois cas de lésions non hémorragiques du cerveau.

Recherché jusqu'ici dans les lésions du cerveau, ce chromo-séro-diagnostic est vraisemblablement applicable d'une façon générale au diagnostic des lésions hémorragiques ou non hémorragiques de tous les organes.

Deux cas de tétanos mortels provoqués par l'emploi du feutre dans l'appareil d'Abbott. — M. KIRMISSON considère comme un devoir de communiquer à l'Académie les deux faits désastreux qui suivent et qui se sont produits dans son service. Il rappelle en quoi consiste l'appareil d'Abbott appliqué au traitement de la scoliose. Une des parties de ce traitement consiste à insinuer entre l'appareil plâtré et la peau des lames de feutre destinées à exercer une pression contre la déviation de la colonne vertébrale.

Une jeune fille de dix-sept ans est soumise à ce traitement. Elle présente quelques écorchures sur la peau. Après l'application des lames de feutre, elle fut emportée en quarante-huit heures par le tétanos.

Quelques semaines après, le même fait se produisit chez une jeune fille de dix-neuf ans, également emportée par le tétanos en quarante-huit heures.

M. Kirmisson envoya à l'Institut Pasteur des échantillons de ces lames de feutre. Après grattage, M. Borel y découvrit une quantité considérable de bacilles tétanigènes. Des inoculations faites au cobaye par un bouillon de culture de ces microbes déterminèrent chez tous un tétanos rapidement mortel.

La conclusion à tirer de ces faits est qu'on doit stériliser ces lames de feutre avant de s'en servir dans l'application de la méthode d'Abbott.

Complications péritonéales de la scarlatine. — M. P. TEISSIER apporte cinq cas de péritonite suppurée, précoce et mortelle, qu'il a observés à l'hôpital Claude-Bernard avec son interne M. Meaux-Saint-Marc. Ces péritonites relevaient de l'infection streptococcique.

Sans prétendre nier la possibilité d'exanthème scarlatineux péritonéal pouvant apparaître de façon précoce et souvent méconnue, presque silencieuse, M. Teissier est d'avis que les péritonites graves, précoces ou tardives, de la scarlatine, reconnaissent pour cause l'infection streptococcique, avec ou sans septicémie préalable.

Paralysie durable des membres par ingestion prolongée de colchicine. — M. SOUQUES. Un goutteux, pour prévenir une attaque de goutte dont il se croyait menacé, prend tous les jours et pendant trois semaines, de son propre mouvement et sans surveillance médicale, des spécialités pharmaceutiques à base de colchicine. Au bout de ce temps, il est frappé d'une paralysie complète et totale des quatre membres et du tronc. Cette paralysie, accompagnée d'anesthésie cutanée et de douleurs profondes, respecta la tête, le cœur, les sphincters, et évolua sans troubles psychiques. Elle rétrocéda lentement; six mois après le début des accidents, elle n'était pas encore guérie.

Cette observation comporte deux conclusions : l'une, d'ordre pratique et bien connue, c'est que l'administration de la colchicine doit être étroitement surveillée par le médecin; l'autre, d'ordre nosographique et nouvelle, c'est que, à côté des empoisonnements aigus rapidement mortels, il faut faire place à une forme d'empoisonnement subaiguë, due à l'ingestion de doses faibles et répétées de colchicine, et capable de se manifester par une paralysie durable des membres.

Du rôle de la tuberculine dans la vaccination antituberculeuse. — M. André JOUSSET soumet à l'Académie quelques-uns des résultats de recherches qu'il poursuit depuis quinze ans dans le laboratoire du professeur Debove sur la vaccination antituberculeuse.

Le choix de la tuberculine est assez naturel; il semble justifié par son origine puisqu'elle provient du bacille lui-même, par ses effets électifs si remarquables sur l'organisme des tuberculeux, enfin par les réactions qu'elle fournit in vitro avec le sérum des animaux vaccinés au moyen du bacille. Il y a là un ensemble de circonstances qui donnent à la tuberculine une apparence de spécificité très impressionnante.

L'étude à la fois chimique et biologique de la tuberculine repose sur deux indications caractéristiques fournies par l'organisme tuberculeux lui-même : la cuti-réaction et la réaction précipitante que donne in vitro le mélange de tuberculine et de sérum d'animaux immunisés contre cette substance. Ces deux épreuves peuvent servir indifféremment à reconnaître la tuberculose ou le poison tuberculeux. On peut donc au moyen de tels réactifs se livrer à une étude analytique très précise de la tuberculine et constater les faits suivants.

C'est tout d'abord l'unité des tuberculines. En effet, qu'il soit issu du bacille humain, bovin, aviaire ou équin, le poison tuberculeux fournit des réactions identiques. C'est là, soit dit en passant, un argument indirect de valeur à l'appui de la doctrine de l'unité de la graine tuberculeuse.

De l'étude approfondie qu'a faite M. Jousset de la tuberculine il résulte que son principe actif est en somme constitué par des corps profondément dégradés à molécule extrêmement réduite analogues aux résidus de la digestion des substances protéiques. C'est une sorte de déchet, une véritable scorie dont rien n'autorise l'assimilation aux toxines véritables.

La structure de la tuberculine laisse donc déjà entrevoir la médiocrité de ses aptitudes vaccinales. On verra que les faits physiologiques justifient cette prévision.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux membres associés étrangers. La liste de présentation portait : en première ligne, M. Fredericq (de Liége); en deuxième ligne, M. Osler (d'Oxford); en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Durante (de Rome), Flugge (de Berlin), Kitasato (de Tokio), Perroncito (de Turin).

MM. Fredericq et Osler ont été élus.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 22 MAI 1914 [*suite*])

La séro-réaction à la fibrine (procédé dialytique d'Abderhalden) dans le diagnostic des hémorragies, de l'hémorragie cérébrale en particulier. — M. André LÉRI a recherché s'il existait des ferments destructeurs des albumines du sang dans le sérum d'un certain nombre de cas d'hémorragies cérébrales ou méningées (7 cas : 4 hémorragies cérébrales, 1 cérébelleuse, 2 méningées). Il a constaté l'existence de ferments destructeurs de la fibrine 6 fois sur 7 (5 fois très fortement, 1 fois légèrement); dans le septième cas, le résultat, négatif au deuxième jour de l'hémorragie, était légèrement positif au huitième jour. Le résultat est généralement positif dès les premiers jours de l'hémorragie, c'est-à-dire au moment où le diagnostic est souvent difficile à faire par les seuls signes cliniques et est particulièrement important au point de vue thérapeutique.

Les résultats obtenus avec la sérine dans 3 cas ont été analogues, mais moins nets.

Comparativement, M. A. Léri a recherché la séro-réaction à la fibrine dans 11 cas de ramollissements cérébraux (dont 3 récents) et dans 18 cas divers. Sur les 11 cas de ramollissements, le résultat n'a été positif qu'une fois (dans ce cas, d'ailleurs, il n'a pas eu anatomiquement confirmation de son diagnostic clinique).

Sur les 18 cas divers, il a eu des résultats toujours négatifs ou à peine sensibles, sauf dans deux séries de faits : 1° quand il existait une hémorragie ailleurs que dans le cerveau; 2° quand il existait une cause de destruction abondante de globules blancs (suppurations diverses, leucémie). Dans ces derniers cas, il s'agissait sans doute de ferments nullement spécifiques mis en liberté par la destruction des globules blancs. Il est d'ailleurs possible que dans les hémorragies les ferments protéolytiques, qui détruisent la fibrine, ne soient pas non plus étroitement spécifiques; ils naissent peut-être aussi de la destruction des éléments extravasés.

Quelle que doive être l'explication pathogénique, sa statistique semble montrer que la séro-réaction à la fibrine donne des résultats très généralement positifs dans les hémorragies, notamment dans les hémorragies cérébrales, et très généralement négatifs dans les autres cas. Elle peut donc être utilisée avec avantage dans les cas assez fréquents et toujours importants où l'on hésite entre une hémorragie et une autre lésion, notamment entre une hémorragie cérébrale et une autre lésion circonscrite du cerveau, à la double condition : 1° qu'il n'y ait pas d'hémorragie dans un autre organe, la réaction indiquant l'existence d'une extravasation sanguine, mais non son siège; 2° qu'il n'y ait pas de suppuration ni d'autre cause de destruction massive de globules blancs (leucémie par exemple).

(SÉANCE DU 29 MAI 1914)

Un cas d'empoisonnement aigu par le sel d'oseille. Azotémie passagère. Examen radioscoqique de l'estomac. — MM. Ch. FLANDIN, BRODIN et PASTEUR VALLERY-RADOT rapportent un cas d'empoisonnement aigu par le sel d'oseille. Malgré la forte dose ingérée et la gravité des accidents initiaux, la guérison fut rapide. Les examens radioscopiques pratiqués en séries ont montré, alors que la malade semblait guérie, un trouble de la contractilité stomacale qui est peut-être l'origine d'une lésion qui évoluera dans la suite; on voit combien il est important, dans de pareils cas, de pratiquer les examens radioscopiques.

D'autre part, les dosages d'urée du sérum ont montré une azotémie qui s'est élevée jusqu'à 3g86 pendant la phase oliguique et anurique. Cette rétention azotée a disparu progressivement dès la crise urinaire, et en peu de jours le chiffre d'urée redevint normal. Les auteurs insistent sur la distinction à établir entre ces azotémies passagères (qui peuvent s'observer au cours d'états liés à des causes transitoires, toxiques, infectieuses, mécaniques ou spasmodiques, et qui n'engagent en rien le pronostic) et les azotémies au cours des néphrites chroniques dont on sait le pronostic redoutable dès que le taux de l'urée dépasse un gramme.

Théorie lymphogène de la lipomatose symétrique. — M. R. BENSAUDE. Dans leur récente communication, M. Laignel-Lavastine et Mlle Romme rapportent une observation dans laquelle beaucoup de lipomes observés ne correspondaient pas au siège d'élection des ganglions lymphatiques. Ils pensent que cette constatation doit infirmer la théorie lymphogène de la lipomatose qui a été proposée par MM. Launois et Bensaude.

Or, dès leur première communication, ces auteurs ont insisté sur ce fait que des ganglions lymphatiques peuvent siéger dans des régions (épaule, région scapulaire, colonne vertébrale, paroi abdominale, pubis) où on ne les décrit pas habituellement, et ils ont montré que certaines maladies (telle la syphilis) ont parfois des prédilections pour des groupes ganglionnaires non ordinairement mentionnés dans les classiques.

M. Bensaude rappelle, à ce propos, les différents arguments invoqués en faveur de la théorie lymphogène, en dehors du siège de prédilection des tuméfactions :

1° L'apparition souvent signalée de symptômes de tumeur du médiastin;

2° La coïncidence des tuméfactions lipomateuses avec un état éléphantiasique de la peau et des varices lymphatiques;

3° Le fait que l'infiltration graisseuse gagne la profondeur en suivant les faisceaux vasculo-nerveux;

4° L'aptitude que présentent parfois les tuméfactions à accroître ou à décroître avec une étonnante rapidité;

5° La ressemblance de certains cas avec des affections nettement d'origine lymphatique comme la lymphadénie et l'adénolymphocèle;

6° Les relations intimes qui existent entre les surchages graisseuses et l'appareil lymphatique, ainsi que le montre la disparition des ganglions chez le bœuf gras;

7° La reproduction de l'aspect classique de la lipomatose symétrique chez des malades ayant des ganglions cervicaux tuberculeux entourés de masses graisseuses (Obs. de Labbé et Ferrand et de Oui et Chassin).

Ces arguments ne constituent pas une démonstration scientifique rigoureuse, mais un ensemble de faits à l'appui de la théorie lymphatique, et, jusqu'à nouvel ordre, celle-ci explique les faits cliniques observés mieux que toutes celles proposées auparavant.

En tous cas, l'observation de M. Laignel-Lavastine et de Mlle Romme n'apporte aucun fait nouveau à la discussion et ne saurait en aucune façon infirmer cette théorie.

La réaction d'Abderhalden dans le diagnostic du cancer, plus spécialement dans les cancers des voies digestives. — MM. W. ŒTTINGER, Noël FIESSINGER et Pierre-Louis MARIE rapportent le résultat de leurs recherches sur le diagnostic du cancer par la réaction d'Abderhalden. Dans les cancers certains, le pourcentage des réactions positives atteint 61,2 p. 100, celui des réactions négatives 38,7 p. 100. Par contre, au cours des affections non cancéreuses, les réactions positives s'élèvent à 32,2 p. 100 et les réactions négatives à 67,7 p. 100. Les réactions positives sont fréquentes, en particulier, au cours de toutes les hémorragies digestives. La méthode n'est donc pas d'une exactitude suffisante pour diriger un diagnostic clinique. Une réaction positive est un signe de probabilité dont il ne faut tenir compte qu'en l'associant aux autres signes cliniques.

Utilisation thérapeutique du choc anaphylactique dans un cas de purpura hémorragique chez une enfant de quatorze ans. — MM. Henri DUFOUR et CROW (de Chicago). La question que les auteurs ont voulu poser en publiant cette observation et qu'ils pensent avoir résolu par l'affirmative peut s'énoncer ainsi : peut-on escompter l'un des effets accessoires obtenus dans certains cas au cours de l'anaphylaxie, tel que l'hypercoagulabilité sanguine, pour chercher à produire l'anaphylaxie dans le but de combattre le processus hémorragique de certains purpuras? Voici l'observation résumée qui

les a conduits à faire des recherches qu'ils poursuivent encore dans leur service. A l'âge de dix-huit mois cette petite malade, âgée aujourd'hui de quatorze ans, a eu la diphtérie pour laquelle elle a été inoculée au sérum antidiphtérique. Réglée à douze ans et demi pour la première fois sa santé au moment des règles suivantes n'avait donné lieu à aucune remarque. Peu après ses dernières règles survenues dans les premiers jours du mois d'avril 1914, elle vit succéder à celles-ci des métrorragies continues et abondantes auxquelles s'ajoutèrent rapidement du purpura généralisé et des hémorragies gingivales.

Lorsque les auteurs virent l'enfant à son entrée à l'hôpital sa pâleur était extrême, l'anémie telle que des lipothymies se produisaient dans la station couchée. La malade donnait l'impression qu'elle était en danger de mort si on n'arrivait pas à arrêter rapidement ses pertes de sang. Elle avait été traitée chez elle sans succès par les moyens habituels que l'un des auteurs avait conseillé de concert avec le médecin traitant. Elle n'avait reçu aucune injection de sérum de cheval.

Dès l'entrée on s'adressa concurremment à plusieurs médications dont le sérum antidiphtérique qui fut utilisé avec prudence, eu égard aux injections du même sérum reçues dans le jeune âge. On injecta le premier jour 5 centimètres cubes de sérum et le deuxième jour deux fois 5 centimètres cubes; le troisième jour, les pertes utérines continuant avec abondance, on fit pratiquer un curettage suivi de tamponnement. Le soir même la malade eut une grande élévation de température et, au niveau de la cuisse gauche, se développait une énorme tuméfaction urticarienne suivie bientôt d'une éruption généralisée. A partir de ce moment, les métrorragies ainsi que les gingivorragies cessèrent et il n'y eut plus de nouvelles taches de purpura. La température baissa progressivement, mais cinq jours après le début du choc anaphylactique (le 21 avril) le sang reparut au niveau des gencives et de l'utérus.

Le 22 on faisait pratiquer sous la peau une injection d'un demi-centimètre cube de sérum antidiphtérique, et le 23 un demi-centimètre cube le matin et un le soir; le 23 au soir la température remontait au-dessus de 39 degrés, l'urticaire apparue d'abord à la cuisse au niveau de la dernière piqûre se généralisait bientôt, mais les hémorragies s'arrêtèrent. Vers le 10 mai sans qu'il y eut d'hémorragies par les muqueuses il se produisit une nouvelle tache purpurique. Le 21 mai on fit à la malade une injection de trois quarts de centimètre cube de sérum antidiphtérique dans la matinée. Dans la soirée apparition d'urticaire au niveau du point inoculé et le lendemain l'urticaire était généralisée.

Après la deuxième injection de sérum anaphylactisant, on constata une hypercoagulabilité du sang qui se maintint plusieurs jours. Après la troisième injection, on nota une hypercoagulabilité considérable.

La malade a donc profité, d'une façon très nette, du choc anaphylactique.

Syphilis tertiaire à prédominance splénique. — MM. JEANSELME et E.-R. SCHULMANN rapportent le cas d'une rate monstrueuse pour laquelle les chirurgiens proposèrent la splénectomie. Or la malade, qui autrefois avait accouché d'un mort-né, souffrait d'exostoses multiples accompagnées de douleurs ostéoscopes à recrudescence nocturne.

Le Wassermann fut pleinement positif. Une injection intraveineuse de 10 centigrammes de néosalvarsan eut pour effet de calmer instantanément les douleurs osseuses. Après la cinquième injection, le diamètre maximum de la rate, qui avant le début du traitement mesurait 21 centimètres, n'en avait plus que 11. Le volume du foie avait diminué dans les mêmes proportions; la malade, entrée dans le service en état de cachexie, avait repris de la couleur, de l'embonpoint et du poids.

La conclusion que les auteurs dégagent de cette observation, c'est qu'avant toute observation le chirurgien doit faire un examen approfondi du sujet. Si quelque sujet permet de soupçonner l'existence d'une syphilis antérieure, si le Wassermann est positif, l'épreuve thérapeutique s'impose.

IVe CONGRÈS DES PRATICIENS DE FRANCE

Tenu à Paris du 27 au 29 mai 1914 (1).

L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE (LOI DU 15 JUILLET 1893) ET LE CORPS MÉDICAL

Par le docteur H. RINUY (de Vignacourt).

Dans son rapport l'auteur expose d'abord ce qu'était l'assistance en France avant la loi de 1893, puis il cite et étudie cette loi et enfin en considère l'application telle qu'elle est faite aujourd'hui.

Ce travail extrêmement fourni de chiffres et de tableaux est suivi de longues conclusions que nous allons résumer ici.

La loi du 15 juillet 1893, faite pour l'indigent, doit lui profiter tout entière en conciliant les intérêts du médecin qui donne sa peine et son temps et ceux du contribuable qui paie.

La bienfaisance doit être indépendante de la politique et la commission cantonale d'appel est à l'heure actuelle un contrôle illusoire.

Le libre choix doit être absolu pour l'indigent et le médecin doit avoir la libre pratique, le tout complété par le système à la visite.

Les médecins doivent repousser tout tarif forfaitaire et tout tarif d'Etat.

L'hospitalisation, si onéreuse, ne sera diminuée que par une étude méthodique et rationnelle des tarifs médicaux et chirurgicaux à domicile, ainsi que par un contrôle sévère de la qualité des hospitalisés.

La progression des dépenses de l'assistance médicale gratuite dépend de l'application encore imparfaite de la loi, de l'augmentation des malades, du renchérissement de la vie et d'autres causes encore, mais les honoraires médicaux n'ont pas triplé comme on pourrait le croire, les malades ayant doublé cette plus-value n'est que de 50 p. 100. On a parlé d'abus, ils sont exceptionnels.

L'auteur du rapport détermine ensuite comment doit s'exercer le contrôle sur la façon dont la loi est appliquée, la qualité des bénéficiaires et l'emploi judicieux des fonds. La commission de contrôle doit être une commission d'arbitrage et se composer de conseillers généraux et de délégués des syndicats médicaux et pharmaceutiques.

Le médecin doit continuer à tarifer les diverses catégories de clients en tenant compte de leur situation sociale, les indigents formant une classe assimilable à celle des ouvriers; or, à l'heure actuelle, nous sommes très loin de ce desideratum.

M. Rinuy cite ensuite le texte d'un projet de loi déposé à la Chambre des députés par MM. Henri Maître et Gilbert Laurent et tendant à l'inscription dans la loi du libre choix du médecin par l'assisté indigent et du paiement à la visite.

Le rapporteur affirme que les médecins doivent s'efforcer de faire aboutir ce projet dans le plus bref délai.

LE ROLE DES MÉDECINS PRATICIENS DANS LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE HUMAINE

Par le docteur G. KUSS.

Du substantiel rapport dû à la haute compétence du docteur G. Küss en ce qui concerne les questions relatives à la contagion tuberculeuse, nous détacherons les conclusions qui suivent :

« Nous sommes tous d'accord pour déplorer que les pouvoirs publics n'interviennent pas avec une énergie suffisante contre les causes générales qui président au développement de la tuberculose.

Mais cette constatation ne doit pas avoir pour effet d'entretenir parmi nous un fâcheux état d'inertie médicale que rien ne justifie.

Il faut, au contraire, proclamer l'importance primordiale de l'action personnelle des praticiens dans la lutte antituberculeuse.

Cette importance est journellement méconnue, parce que l'esprit des praticiens a été intoxiqué par toutes sortes de préjugés néfastes répandus par des médecins insuffisamment documentés sur la pathogénie de la tuberculose.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 62, p. 1019.

En fait, à l'heure actuelle, le praticien exerce trop rarement, surtout dans la clientèle pauvre, l'influence prophylactique qui devrait être une de ses plus belles prérogatives.

Croyant à l'ubiquité du bacille tuberculeux, il ne lutte pas avec une énergie suffisante contre la contagion familiale, cause déterminante de la majorité des tuberculoses, et il se désintéresse à peu près complètement du dépistage précoce des tuberculoses ouvertes.

Trompé par de vaines déclamations sur la « prétuberculose » et sur « le terrain tuberculisable », il n'a point l'idée de rechercher systématiquement et de traiter avec persévérance les tuberculoses latentes ou larvées qui sont habituellement, chez l'homme, les premières manifestations curables de l'infection bacillaire.

Persuadé à tort de l'inanité de ses efforts thérapeutiques, il ne s'attache pas au diagnostic précoce ni au traitement précoce des incidents révélateurs de la tuberculose pulmonaire, et, même en présence d'une tuberculose banale des poumons, il se soustrait le plus longtemps possible à l'obligation morale, qui lui incombe, de révéler au malade le diagnostic exact.

Tous ces errements sont à un très haut degré préjudiciables au malade, à l'entourage du malade et à la société.

Il est, en effet, démontré d'une manière péremptoire que l'on peut annihiler le danger de la contagion familiale.

Il est non moins certain que l'on réussit souvent à enrayer le développement d'une tuberculose implantée dans l'organisme.

Par conséquent, l'action personnelle du médecin doit consister essentiellement dans la prophylaxie antibacillaire au domicile du malade et dans le traitement des formes initiales, latentes ou larvées de l'infection tuberculeuse.

Cette intervention des praticiens dans la lutte antituberculeuse ne peut devenir vraiment efficace que si les pouvoirs publics ont conscience de leur devoir social et collaborent avec les médecins, en particulier, par l'application des mesures suivantes, d'une évidente utilité; nous devons insister énergiquement auprès des autorités compétentes pour obtenir : 1° que des crédits spéciaux soient votés par les municipalités à seule fin que, dans les familles pauvres, une chambre à part puisse être réservée aux tuberculeux contagionnant, sur la proposition du médecin traitant et après enquête administrative; 2° que les municipalités mettent à la disposition des praticiens des infirmières sanitaires chargées d'exécuter les prescriptions médicales au domicile des tuberculeux pauvres ; 3° que dans chaque département on organise un service public pour la recherche des bacilles dans les crachats, ces examens devant être faits gratuitement, non seulement pour les nécessiteux, mais pour les personnes peu fortunées, et sans autre formalité qu'une demande signée du médecin traitant et adressée directement au laboratoire; 4° que les praticiens puissent faire appel aux services officiels de désinfection toutes les fois qu'ils estiment nécessaire de désinfecter les locaux sans avoir à fournir aucune explication, et que cette désinfection soit faite aussi discrètement que possible tout en restant efficace; 5° que la loi en préparation sur les dispensaires de préservation antituberculeuse soit mise en application le plus tôt possible, mais sous la réserve formelle que ces dispensaires seront effectivement des dispensaires de prophylaxie. Il serait utile que leur fonctionnement fût contrôlé par un conseil de surveillance dont feraient partie de droit l'inspecteur départemental d'hygiène ou le directeur du bureau d'hygiène, un représentant des syndicats médicaux de la région et un membre de la commission des hospices. »

En terminant, le rapporteur s'élève contre la progression incessante du nombre des cabarets et contre le vote récent de la Chambre concernant la suppression de la licence des marchands de vins.

L'HYGIÈNE ADMINISTRATIVE. SON IMPUISSANCE

Par le docteur Lenglet.

Ce rapport comprend l'étude de l'hygiène scolaire et de l'hygiène alimentaire et constitue un véritable et violent réquisitoire contre l'hygiène administrative.

D'après le rapporteur lui-même, ce travail peut être considéré comme l'expression d'une vérité et d'une nécessité. Vérité : l'hygiène sociale est entièrement à organiser; nécessité : il n'est d'autre organisme pour le faire que le corps médical. Malheureusement, jusqu'ici les médecins ont été tenus à l'écart de toute organisation; on ne les a ni initiés, ni intéressés à leur rôle social et c'est d'eux-mêmes, en ce Congrès, que vient l'initiative d'un effort pour remédier à cet état de choses. Mais il leur faut d'abord s'organiser, se discipliner, unifier leurs méthodes et leurs doctrines.

L'ORGANISATION DE L'HYGIÈNE TECHNIQUE PAR LE SYNDICAT

Par les docteurs Lafontaine et Campinchi.

Pour les rapporteurs, l'organisation de l'hygiène en France a été calquée sur les autres administrations d'Etat, et loin de procéder de la technique, de la pratique qui constituent l'hygiène, elle est bureaucratique et procède de la théorie et du livre. Peut-on dans le cadre de cette organisation établir un service technique d'hygiène? Les rapporteurs ne le pensent pas et, après avoir exposé minutieusement les divers points que soulève la question, ils formulent les conclusions suivantes.

Le Congrès des praticiens, considérant qu'il n'est pas possible d'organiser les services techniques de l'hygiène sociale et publique hors du syndicalisme médical ; que cette organisation doit être le fait de la collaboration des syndicats et des administrations locales, décide : 1° d'orienter son action vers l'organisation syndicaliste et technique de l'hygiène publique; 2° d'opposer ainsi le technicien, qui est à la base d'un service syndicaliste, au fonctionnaire, élément essentiel et obligatoire de l'organisation bureaucratique. Il demande en outre et dans ce but aux organisations professionnelles (associations, sociétés médicales, syndicats), de se mettre en rapports pour déterminer de façon précise leur rôle respectif et aboutir ainsi à plus d'unité, plus de cohésion, plus de méthode dans l'action.

Il demande que soient constituées des commissions locales, départementales, centrales, composées par moitié de délégués de syndicats (syndicats locaux ou fédérations départementales ou union des syndicats), par moitié de délégués des pouvoirs publics (locaux ou départementaux ou centraux), qui auront pour but d'examiner puis de résoudre dans la pratique les différents problèmes d'hygiène posés par les faits.

HYGIÈNE PAR L'ÉTAT OU HYGIÈNE PAR LES SYNDICATS?

Par les docteurs Campinchi et Lafontaine.

Les conclusions de ce rapport sont ainsi conçues.

Le IVe Congrès des praticiens réclame, pour tous les médecins de France, le droit de collaborer à la pratique ainsi qu'à l'organisation de l'hygiène sociale, sans que leur soit imposé par des règlements coercitifs tendant à faire croire que le corps médical est défaillant le devoir de préservation de la santé publique. Il demande : que dans les communes de 10 000 habitants et au-dessous, le ou les médecins exerçant habituellement dans la localité soient appelés à constituer une commission d'hygiène avec les autorités locales, le pouvoir local devant surtout s'exercer à faire exécuter les prescriptions médicales; que dans les villes plus importantes, les médecins de la localité soient appelés à élire un certain nombre de leurs confrères pour constituer, avec les autorités locales, le Comité d'hygiène de la ville; qu'au chef-lieu du département, tous les membres du syndicat ou de la fédération des syndicats départementaux élisent une commission chargée de constituer, avec l'autorité départementale, un comité d'hygiène dont les attributions seraient : établir le lien entre les commissions et coordonner l'hygiène du département dans ses grandes lignes.

Qu'au siège du Gouvernement soit constitué un Comité d'hygiène de France, composé par moitié de médecins élus par l'Union des syndicats médicaux de France, et dont les attributions seraient, en dehors de tout essai de tarification des honoraires médicaux, de faire collaborer à l'hygiène sociale les syndicats médicaux et les représentants de la nation.

Enfin, le corps des praticiens demande qu'il ne soit pas fait de lois d'assistance ou d'hygiène sociales contre l'assentiment des praticiens représentés par l'Union des syndicats médicaux de France.

(*A suivre.*) A. GAULLIEUR L'HARDY.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 8 AU 13 JUIN 1914

THÈSES

Mercredi 10 juin, à une heure. — M. COVILLE. Un médecin maritime français au XVIIe siècle. (MM. Blanchard, président; Legueu, Zimmern et Guillain.) — M. NOUEZY. De la cystotomie sus-pubienne dans les calculs de la vessie. (MM. Legueu, président; Blanchard, Zimmern et Guillain.) — M. MONNAMY. Les pyodermites tuberculoïdes. (MM. Gaucher, président; Marfan, Laignel-Lavastine et Gougerot.) — M. NOWICKI. Paralysie générale précoce trois ans après un chancre traité par le 606. (MM. Gaucher, président; Marfan, Laignel-Lavastine et Gougerot.) — M. HUEROU. Contribution à l'étude du psoriasis arthropathique. (MM. Marfan, président; Gaucher, Laignel-Lavastine et Gougerot.)

Jeudi 11 juin, à une heure. — M. ROZE. Dysenterie amibienne et chlorhydrate d'émétine. (MM. Chantemesse, président; Widal, Rathery et Tanon.) — Mlle HALPERN. La pleurésie au cours de la fièvre typhoïde. (MM. Widal, président; Chantemesse, Rathery et Tanon.) — Mlle HAUNNER. De la radiothérapie dans les ménorragies. (MM. Pozzi, président; Chauffard, Tiffeneau et Gougerot.) — M. HUBERT. Syphilis et ictères par hémolyse. (MM. Chauffard, président; Pozzi, Tiffeneau et Gougerot.)

NOTES POUR L'INTERNAT

TUBERCULOSE INTESTINALE (1)

On décrit encore à l'entérite tuberculeuse d'autres modalités cliniques : une forme *primitive*, spéciale à l'enfant, à marche progressive, avec diarrhée sans rémission ; une forme *latente*, trouvaille d'autopsie ; une forme à début anormal s'installant à la suite d'une fièvre typhoïde ; une forme *coprostatique* qui est souvent la cause d'erreurs de diagnostic ; une forme *hémorragique* avec hémorragies intestinales abondantes (Hanot), une forme *dysentérique* (Spillmann), avec ténesme rectal, selles fréquentes, glaires sanguinolentes.

Dans toutes ces formes l'état général est très atteint; la peau est sèche, terreuse, parfois pigmentée, les sueurs abondantes ; la fièvre hectique est constante, ainsi que les œdèmes cachectiques; la mort survient le plus souvent dans le marasme, la cachexie, parfois elle est hâtée par une complication, hémorragie, perforation, péritonite, phlegmon pyostercoral ; parfois apparaissent des symptômes de sténose que nous étudierons plus loin.

Enfin la *dégénérescence amyloïde de l'intestin* s'accompagne en général d'amylase rénale, hépatique, etc.

Diagnostic de l'entérite tuberculeuse. — Le diagnostic s'impose lorsque chez un phtisique avéré s'installe une diarrhée chronique, avec fièvre, sueurs, selles noirâtres, fétides. Le diagnostic est plus difficile chez l'enfant surtout s'il s'agit d'une entérite tuberculeuse primitive ; on pensera à une entérite banale et l'on ne s'orientera vers la tuberculose qu'après l'échec de tous les traitements, la constatation de carreau, ou l'apparition de stigmates de tuberculose ; l'association de diarrhée et de sueurs est pour Trousseau et Chomel un signe de première valeur. Chez les tuberculeux peu avancés, il faudra discuter les causes *des diarrhées non tuberculeuses des tuberculeux* (Lœper), par suralimentation excessive, insuffisance pancréatique, amylolytique, par troubles nerveux ou de cause banale, toxique, infectieuse; on devra éliminer aussi la diarrhée des urémiques, des cachectiques, la lymphadénie intestinale, etc.; en raison de certaines formes anormales on sera amené à discuter le diagnostic de fièvre typhoïde (sérodiagnostic), de dysenterie (rectoscopie, recherche des amibes, traitement par l'émétine, etc.). Parfois enfin la diarrhée sera l'une des manifestations de la dégénérescence amyloïde des viscères, coexistant avec des signes d'amylase rénale, splénique, etc. Le traitement de l'entérite tuberculeuse consiste à soutenir l'état général, à régler l'alimentation, à calmer les douleurs; on a préconisé le bleu de méthylène, le collargol sans grand succès d'ailleurs.

II. Formes chirurgicales de la tuberculose intestinale. — *A.* FORMES STÉNOSANTES. — Dans un grand nombre de cas la tuberculose intestinale aboutit à la sténose (Bérard et Patel); cette sténose peut résulter de la cicatrisation d'ulcérations tuberculeuses, c'est la variété *ulcéro-cicatricielle*; elle peut s'installer telle d'emblée, c'est la forme *sténosante d'emblée*, particulièrement difficile à diagnostiquer; dans le premier cas, les signes de sténose sont précédés des symptômes relevant de l'ulcération, douleurs, diarrhée, parfois constipation, météorisme, péristaltisme après les repas, hémorragies intestinales; puis apparaissent les symptômes du rétrécissement proprement dit; dans la variété sténosante d'emblée, l'affection débute par ces signes qui réalisent en général le *syndrome de Kœnig.* Ce syndrome consiste en accès douloureux accompagnés de péristaltisme et de bruits musicaux, suivis de débâcles gazeuses et fécales ; ces accès surviennent deux à trois heures après les repas ; le malade accuse une vive douleur qui va progressant; au niveau du point douloureux le ventre se ballonne, on voit se dessiner les anses intestinales animées de mouvements péristaltiques; subitement les douleurs cessent, le ballonnement s'affaisse, on perçoit des bruits musicaux, borborygmes, gargouillements, sifflements, puis surviennent les débâcles gazeuses et fécales; si les rétrécissements sont multiples, les accès peuvent se succéder; ce sont alors les *coliques étagées de Kœberlé*; le ventre est souvent météorisé, la diarrhée fréquente; on note en un point, ou en plusieurs points, du clapotement; la main qui explore perçoit au niveau du rétrécissement une sensation de tumeur très différente de la sensation que fournit l'intestin simplement contracté ; l'évolution de cette forme est essentiellement chronique, elle peut être interrompue par des phénomènes d'*occlusion aiguë.* Borchgrevink décrit 4 périodes à cette forme sténosante : ulcération, compensation avec accès douloureux, atonie et anémie ; la mort survient par cachexie ou généralisation tuberculeuse.

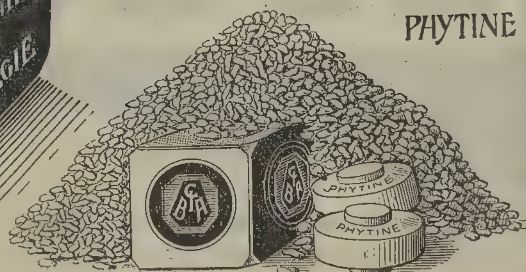
Le diagnostic consiste tout d'abord à affirmer l'existence de la sténose, puis la sténose étant reconnue à éliminer les causes de sténoses autres que la tuberculose (causes évidentes, corps étrangers, brides, coudures à la suite d'opération; chez l'enfant, invagination intestinale; chez l'adulte, péritonite tuberculeuse fibreuse, rétrécissement syphilitique; chez le vieillard, volvulus, cancer, hémorrhoïdes, etc.). On pensera qu'il s'agit bien de sténose tuberculeuse, s'il coexiste des lésions bacillaires, des sueurs nocturnes, des poussées fébriles, etc. Il restera ensuite à préciser le *siège* de la sténose; s'il existe des vomissements bilieux, on pensera à une sténose haut placée (Bérard et Patel), on pratiquera le toucher rectal, l'exploration du côlon sous le contrôle de la radioscopie pour éliminer une sténose du gros intestin, etc.

B. FORMES HYPERTROPHIQUES. — 1° *Forme hypertrophique de l'intestin grêle.* — Cette forme est rare, elle est le plus souvent associée à la tuberculose hypertrophique du cæcum (tuberculose iléo-cæcale) ; lorsqu'elle existe seule, elle se caractérise par des symptômes assez précoces de sténose à allure spasmodique avec douleurs, alternatives de constipation et de diarrhée, puis des signes de tumeur; la tumeur siège en général au voisinage de l'ombilic, elle est mobile, elle est animée de mouvements de soulèvement et d'affaissement; la percussion peut donner une matité en damier, on peut observer le syndrome de Kœnig, l'évolution est variable (occlusion, abcès, fistules, etc.). *(A suivre.)*

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 56, p. 925 et n° 61, p. 1005.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.


PHYTINE
PHYTINE
PHYTINE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **10** francs par an.
Étudiants étrangers, **15** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **5** fr. **50**. — 6 mois : **11** fr. — 1 an : **20** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

CONCOURS DE MÉDECINS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 3 juin. — MM. Pillot, 10 + 8 = 18; François, 16 + 6 = 22; Thieux, 8 + 7 = 15.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Nîmes. — Après concours, M. le docteur Revel a été nommé chirurgien adjoint des hôpitaux de Nîmes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts en date du 1er juin 1914, la chaire de clinique d'accouchements de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours à partir de la publication du présent arrêté est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur John de Christmas-Dirckink-Homfeld, médecin de la légation de Danemark à Paris, est nommé officier de la Légion d'honneur.

L'INAUGURATION DU MONUMENT DE MAREY. — M. Raymond Poincaré a présidé, mercredi, l'inauguration du monument élevé à la mémoire de Marey, dans le parc même de l'Institut qu'il avait fondé à Boulogne-sur-Seine, et qui est devenu l'Institut international Marey.

Le monument est dû à l'initiative de la ville de Beaune, où naquit Marey, et aux amis et élèves du regretté savant. En souvenir de la physiologie vivante, comme l'avait conçue Marey, le sculpteur Auban a représenté le savant assis et contemplant la fuite de coureurs et de cavaliers.

De nombreux savants assistaient à cette cérémonie, notamment le professeur Chauveau, le professeur Charles Richet, directeur de l'Institut; MM. Lippmann, Darboux, de l'Académie des sciences; Weiss, de l'Académie de médecine. Plusieurs universités étrangères avaient envoyé des délégués.

MM. Chauveau, président du comité, et Richet remercièrent le président de la République. Le professeur Athanasiu (de Bucarest) apporta le salut des universités étrangères à la mémoire du grand physiologiste.

M. Raymond Poincaré fit ensuite l'éloge de Marey.

SOCIÉTÉ DE PSYCHOTHÉRAPIE, D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE. — La vingt-troisième séance annuelle de la Société de psychothérapie, d'hypnologie et de psychologie aura lieu le mardi 16 juin 1914, à quatre heures précises, au Palais des Sociétés Savantes, 8, rue Danton, sous la présidence de M. le docteur Pierre Janet, professeur au Collège de France, membre de l'Académie des sciences morales et politiques.

Questions générales mises à l'ordre du jour : 1° la doctrine de la psycho-analyse; 2° rôle de la sexualité dans l'étiogie des névroses et des psychoses.

Le bureau de la Société de psychothérapie adresse aux psychothérapeutes français et étrangers l'invitation à prendre part à ses travaux. Adresser les titres des communications et les adhésions au banquet au docteur Bérillon, secrétaire général, 4, rue Castellane.

Banquet. — Après la séance le banquet annuel aura lieu à sept heures et demie, au restaurant du Palais des Sociétés savantes, 8, rue Danton. — Prix : 8 francs; tenue de ville.

HOPITAL COCHIN-RICORD. — COURS DE PERFECTIONNEMENT DE MALADIES VÉNÉRIENNES ET DE MALADIES DES VOIES URINAIRES. — Les docteurs Queyrat, médecin, Michon, chirurgien de l'hôpital Cochin-Ricord, feront à cet hôpital, à partir du vendredi 5 juin, un cours de perfectionnement de maladies vénériennes et de maladies des voies urinaires avec l'assistance de :

MM. les docteurs Monthus, ancien ophtalmologiste de l'hôpital Cochin-Ricord, ophtalmologiste de la Pitié; Cantonnet, ophtalmologiste de l'hôpital Cochin-Ricord; Demanche, chef de laboratoire, ancien assistant de consultation de l'hôpital Cochin-Ricord; Marcel Pinard, assistant de consultation de l'hôpital Cochin-Ricord, ancien chef de clinique de la Faculté; Laroche, ancien interne de l'hôpital Cochin-Ricord, chef de clinique de la Faculté; Benjamin Bord, ancien interne des hôpitaux, assistant d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital des Enfants-Assistés; Ménard, ancien interne de l'hôpital Cochin-Ricord, médaille d'or des hôpitaux.

Ces cours auront lieu tous les jours, sauf le dimanche et les jours fériés, de quatre heures et demie à six heures, et comprendront une leçon théorique et des exercices pratiques.

Les conférences théoriques auront lieu dans la salle du musée de l'hôpital Cochin-Ricord (avec présentation de malades et de moulages).

Les exercices pratiques dans le laboratoire du docteur Queyrat ou dans la polyclinique du docteur Michon.

Le prix d'inscription est de 100 francs.

On peut s'inscrire tous les matins à l'hôpital Cochin-annexe, 111, boulevard de Port-Royal, aux laboratoires du docteur Queyrat ou du docteur Michon.

HOPITAL NECKER-ENFANTS-MALADES. — CONFÉRENCES PRATIQUES D'OPHTALMOLOGIE. — Le docteur Poulard commen-

cera ses conférences d'ophtalmologie pratique le lundi 8 juin, à quatre heures, et les continuera les mercredi, vendredi et lundi de chaque semaine à la même heure, dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital Necker-Enfants-Malades.

Ces conférences sont destinées aux étudiants et aux médecins praticiens. Elles portent sur les maladies des yeux que tout médecin doit connaître et sur les soins d'urgence.

Elles sont gratuites.

Pour faciliter l'organisation de ces conférences, il est préférable de se faire inscrire auprès du docteur Offret, assistant du service.

HOPITAL TROUSSEAU. — M. le docteur Savariaud fera, tous les samedis des mois de juin et juillet, à dix heures quarante-cinq, des présentations de malades.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

La recalcification est nécessaire, non seulement aux tuberculeux, mais aussi aux convalescents de pyrexies, aux surmenés, neurasthéniques, lymphatiques. Leur prescrire de préférence la Ternose, granulé où les sels de chaux sont associés aux matières ternaires qui assurent leur assimilation. Trois cuillerées à café par jour représentent la dose habituelle.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 15 AU 20 JUIN 1914

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 15 juin, à une heure. — 1er (oral, 1re et 2e séries).
3e (oral, 2e partie).
5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Mardi 16 juin, à une heure. — 1er fin d'année (physiologie, N. R.), *Laboratoire des travaux pratiques de physiologie*, épreuve pratique.
1er (oral).
3e (oral, 1re partie).
5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).
5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier*.

Mercredi 17 juin, à une heure. — 1er (oral).
3e (oral, 2e partie, 1re, 2e et 3e séries).
5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).
5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Jeudi 18 juin, à une heure. — 1er (oral, 1re, 2e et 3e séries).
3e (oral, 1re partie).
3e (oral, 2e partie, 1re et 2e séries).

Vendredi 19 juin, à une heure. — 1er (oral).
3e (oral, 1re partie).
3e (oral, 2e partie).
4e.
5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, *Clinique Baudelocque*.

Samedi 20 juin, à une heure. — 1er (oral, 1re, 2e, 3e et 4e séries).
5e (2e partie), *Beaujon* (1re, 2e et 3e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon*.

THÈSES

Mercredi 17 juin, à une heure. — M. MITRANI. Contribution à l'étude de la thérapeutique des empoisonnements. Influence nocive des vomitifs. (MM. Pouchet, président; Legueu, Aug. Broca et Lemierre.) — M. HUMEAU. Contribution à l'étude des ruptures traumatiques des voies biliaires extrahépatiques. (MM. Legueu, présideut; Pouchet, Aug. Broca et Lemierre.) — M. BRAWANSKY. Les urines dans les appendicites aiguës et subaiguës chez l'enfant avant et après l'opération. (MM. Aug. Broca, président; Pouchet, Legueu et Lemierre.)

Jeudi 18 juin, à une heure. — M. DUBUISSON. Essai sur la vision monoculaire du relief. (MM. de Lapersonne, président; Ribemont-Dessaignes, Terrien et Sauvage.) — M. PETIT. Contribution à l'étude de la dystocie par contracture annulaire de l'utérus. (MM. Ribemont-Dessaignes, président; de Lapersonne, Terrien et Sauvage.) — M. FAVROT. Les vergetures. Leur nature. (MM. Gilbert, président; Widal, Gougerot et Maurice Villaret.) — Mlle BACHMACHNICOFF. Les myélites pneumococciques. (MM. Widal, président; Gilbert, Gougerot et Maurice Villaret.) — M. LAVERGNE. Traitement par le néosalvarsan des tuberculides, du lichen plan et du psoriasis. (MM. Widal, président; Gilbert, Gougerot et Maurice Villaret.)

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Montpellier médical. — (N° 13, 29 mars 1914.) H. GUIBERT : Le rhumatisme chronique à Balaruc. — (N° 14, 5 avril.) FORGUE et JEANBRAU : L'hospitalisation des blessés du travail. — H. GUIBERT : Le rhumatisme chronique à Balaruc. — (N° 15, 12 avril.) GRASSET : Le nouveau statut de l'agrégation dans les Facultés de médecine. Histoire d'une réforme. — (N° 16, 19 avril.) DE ROUVILLE : Kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires à symptomatologie exclusivement hémorragique; considérations cliniques, pathogéniques et thérapeutiques. — COURRENT : La vallée de l'Aude thermale ; ses sources sulfureuses ; application des eaux d'Usson-les-Bains dans le traitement de l'ulcère variqueux.

Paris médical. — (N° 19, 21 avril 1914.) H. CLAUDE et J. ROUILLARD : Sur les relations de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien avec les autres indications tirées de la fonction lombaire. — E. DESTOT : Fractures du semi-lunaire. — Léon BERNARD : L'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse de l'adulte. — A. SCHWARTZ et CRUET : Des sections vasculaires dans l'abaissement du côlon après extirpation du rectum. — P. LEREBOULLET et E. VAUCHER : Dangers des injections de peptone de Witte dans le traitement de l'hémophilie familiale.

Presse médicale. — (N° 30, 15 avril 1914.) LE DAMANY : Compressions de la moelle et de la queue de cheval par exostoses vertébrales. Leur traitement chirurgical. — R. BURNIER : Notes de dermatologie pratique. Diagnostic clinique des alopécies chez l'enfant. — A. SCHWAAB : Une chaise-lit obstétricale. — (N° 31, 18 avril.) Léon BERNARD : Conception actuelle de la tuberculose humaine. Les étapes de la bacillose de Koch chez l'homme. — (N° 32, 22 avril.) Alfred MARTINET : Quand et pourquoi il faut administrer la digitale ? Indications et contre-indications de la digitale tirées de son action sur les pressions artérielles et sur la diurèse. — (N° 33, 25 avril.) LEJARS : Technique des explorations régionales. L'hypocondre droit. — Ch. DUBOIS : Histoire d'une radiodermite chronique.

Progrès médical. — (N° 16, 18 avril 1914.) J. ROUX : La tuberculose et les défaillances enzymatiques. — A. RODIET : L'encombrement des asiles d'aliénés de la Seine.

REVUE GÉNÉRALE

REIN CARDIAQUE ET CŒUR RÉNAL

Par M. JEAN BAUMEL,
Chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier.

Qui n'aurait une légère hésitation lorsque, en présence d'un malade dyspnéique, de cette dyspnée d'effort si particulière aux cardiaques, on le trouve porteur d'un cœur hypertrophié? La pointe bat à onze ou douze centimètres de la ligne médio-sternale et est fortement abaissée. La première pensée en pareil cas est de rattacher les troubles observés à une lésion valvulaire du cœur gauche. Dans ces conditions on s'attend à trouver un souffle à la pointe révélateur de l'endocardite mitrale. A l'auscultation on perçoit seulement un rythme à trois temps. Si on examine les urines on y décèle une quantité plus ou moins grande d'albumine.

Dans d'autres circonstances on est appelé brusquement auprès d'un homme qui se plaint de violentes douleurs lombaires On constate une dyspnée intense que ne peut expliquer l'état pulmonaire. L'oligurie qui s'est installée peu à peu fait place à une anurie à peu près complète et le tableau clinique est celui de l'urémie avec céphalalgie, vomissements, Cheyne-Stokes, délire, voire même coma.

Il semblerait rationnel d'affirmer dans le premier cas l'altération primitive du cœur et de présenter le second comme un rénal en urémie. Et cependant, si on recherche les commémoratifs on trouve facilement qu'avant d'être dyspnéique le premier malade avait de la polyurie, des urines albumineuses et présentait tous les petits signes d'un mal de Bright, tandis qu'on relève dans les antécédents du second les symptômes morbides d'une cardiopathie jusque-là plus ou moins bien compensée.

Donc l'atteinte cardiaque de notre premier malade est secondaire à la maladie rénale. Le cœur est au contraire primitivement lésé chez le second. D'après ces exemples et mieux que par n'importe quelle définition on se rend compte de la valeur de ces appellations : cœur rénal et rein cardiaque. Ce sont des manifestations bien différentes, relevant chacune d'une thérapeutique bien spéciale et dues à des altérations pathologiques qu'il faut savoir dépister si on veut les combattre avec le maximum de chances.

Historique. — Cette partie de notre étude peut être faite simultanément afin d'éviter des redites inutiles pour l'un et l'autre cas.

Dans une première période, Bright décrit le gros cœur observé au cours des néphrites chroniques et ce pendant que ses contemporains soutiennent au contraire que les néphrites chroniques se développent au cours des cardiopathies. Bright en effet avait vu en 1836 la fréquence de l'hypertrophie du ventricule gauche sans lésions valvulaires au cours des néphrites albumineuses. Il faisait de l'altération cardiaque la conséquence de la lésion rénale. Il a été le premier à décrire le cœur rénal.

Après lui Martin Solon, Rayer, Frerichs et Reinhardt soutiennent que les lésions du cœur sont primitives, celles du rein secondaires. Aucun d'eux n'envisage le rein cardiaque.

Dans une deuxième période Traube différencie le mal de Bright et le rein cardiaque. Il montre à la suite de Bright l'hypertrophie cardiaque au cours des néphrites chroniques. C'est en 1856 qu'il s'aperçoit qu'aucun rapport n'existe entre la néphrite chronique cardiaque et le mal de Bright. Mais à la même époque, Rosenstein n'admet que difficilement cette idée, avec Friedreich, Rindfleisch, Ramberger.

Dans une troisième période Maurice Raynaud et ses successeurs envisagent la possibilité d'une néphrite interstitielle cardiaque causée par les asystolies à répétition qui chaque fois provoquent des congestions rénales. Maurice Raynaud prouve en 1868 que, au bout d'un certain temps la stase rénale amène une réaction inflammatoire du tissu conjonctif et donne la néphrite cardiaque. Klebs partage cette opinion. Kelsch soutient que, lorsque l'affection rénale est antérieure à la lésion cardiaque, le rein est petit, contracté. (C'est ce que l'on a longtemps appelé la néphrite interstitielle.) Au contraire, si la lésion rénale est secondaire le rein est généralement gros et congestionné (néphrite parenchymateuse des classiques). L'épithélium rénal semble dans ce dernier cas plus lésé que le tissu conjonctif.

Depuis lors les travaux ont été innombrables sur la question. Citons ceux de Bartels, Lécorché, Peter, Potain, Rendu, Cuffer, Germont, Cornil et Ranvier, Bouillaud, Gaucher, Gombault, Leconte et Talamon, les thèses d'agrégation de Pitres et Baumel, la revue générale de Pignol, les thèses de François, Hortolès, Portocalis, Thouvenet, Fauquez, les études plus récentes de Mohamed, Senhouse Kirkes, Josué, Widal, Vaquez, Castaigne, Rathery, Gallavardin, l'excellente thèse de Lian, le rapport de Vaquez au Congrès de Londres, la revue générale de Lian dans la *Gazette des hôpitaux*.

I

Cœur rénal. — On désigne surtout sous ce nom l'hypertrophie du cœur apparaissant au cours des néphrites.

Etiologie. — Parmi les affections rénales susceptibles de provoquer l'hypertrophie du cœur, la première place revient incontestablement au mal de Bright ou mieux aux néphrites chroniques et parmi ces dernières aux néphrites urémigènes. En effet depuis les remarquables travaux de Castaigne on sait que l'évolution de celles-ci présente toujours une phase cardio-artérielle et bien souvent c'est l'altération vasculaire qui permet de dépister la lésion rénale.

Le cœur rénal s'observe aussi mais plus rarement au cours des néphrites aiguës, au cours de l'hydronéphrose, de la tuberculose rénale. Dans ces conditions l'hypertrophie est plus rare, le cœur se dilate.

Physiologie pathologique et pathogénie. — L'atteinte du rein ne suffit pas à créer l'hypertrophie du cœur. L'intégrité du myocarde est nécessaire. L'augmen-

tation de volume du myocarde est un processus de défense, cherchant à vaincre les résistances périphériques. Au début, à la phase tout à fait initiale le cœur se laisse surprendre par les résistances qu'il rencontre. Il se dilate, mais secondairement le myocarde s'habitue et s'adapte à ce travail supplémentaire. Il s'hypertrophie pour se défendre. Mais, selon le mot heureux de Gallavardin, il faut bien se porter pour faire un gros cœur (1). C'est assez dire que le cœur de Traube se retrouvera dans toute sa pureté chez les jeunes, les adolescents et qu'au contraire l'hypertrophie sera moindre ou même ne se produira pas chez les surmenés, les cachectiques, les vieux, tous ceux en un mot qui ont un myocarde en mauvais état.

L'hypertrophie du cœur n'ira pas sans amener une certaine irritation péricardique et à une période avancée du mal de Bright apparaîtra souvent une péricardite sèche ou avec épanchement d'ordre irritatif ou dyscrasique.

Depuis Bright on se demande comment une lésion rénale peut retentir sur le cœur. La multiplicité des théories émises prouve qu'on n'est peut-être pas encore arrivé à trouver une explication nettement satisfaisante.

Bright pensait que le rein pouvait agir sur le cœur de deux façons différentes. D'après lui, le dysfonctionnement rénal retentissait sur le cœur par l'intermédiaire d'altérations vasculaires (théorie humorale) ou par la gêne mécanique apportée à la circulation du sang dans le rein malade. Dans ce dernier cas, le myocarde surmené réagissait par l'hypertrophie.

Traube, Mahomed se rallièrent à cette manière de voir. Mais après eux, la plupart des auteurs constatèrent qu'entre l'altération rénale et l'altération cardiaque il y avait un intermédiaire représenté par les artères de l'organisme. Gull et Suton montrèrent que l'hypertrophie cardiaque coexistait avec l'artério capillary fibrosis. Peter, Debove et Letulle, Lancereaux soutinrent qu'altérations rénales, artérielles et myocardiques, étaient parallèles, indépendantes les unes des autres, dues au même processus.

Cette opinion était par trop exclusive. Actuellement il est un point sur lequel tout le monde est d'accord. L'hypertrophie cardiaque est la conséquence de l'hypertension artérielle (Senhouse Kirkes, Traube, Potain). Mais les discussions recommencent quand il s'agit de remonter aux causes de cette hypertension et lorsqu'on veut savoir si c'est elle qui provoque la lésion rénale ou si elle lui est secondaire. Nous passerons sous silence la théorie réflexe qui n'est plus admise par personne.

Vaquez soutient que l'hypertension ne pouvait pas être considérée comme un phénomène secondaire, elle crée pour lui l'altération rénale. A son tour son apparition relève de l'atteinte des capsules surrénales de l'hyperépinéphrie et certains faits expérimentaux semblent bien prouver qu'elle est la conséquence de l'hyperfonctionnement des surrénales. Par contre, Castaigne a vu se développer des lésions surrénales à la suite d'altérations rénales (expérimentations sur les animaux) et il conclut que sous l'influence de la maladie des reins, les humeurs sont viciées et ont une action vaso-constrictive et excito-cardiaque. Par suite elles créent l'hypertension artérielle et ses conséquences parmi lesquelles l'hypertrophie cardiaque. Il est donc permis de faire jouer un grand rôle comme facteur d'hypertension à la non-élimination des produits toxiques endogènes et exogènes du fait de l'altération du rein (chlorures, urée et ses dérivés, alcool, tabac, produits alimentaires, etc.). Ce n'est pas là la seule cause. L'épithélium rénal est malade et on sait que, dans ces conditions, les cellules rénales, tout comme les cellules hépatiques, sécrètent des produits solubles toxiques eux aussi, qui lâchés dans la circulation vont altérer non seulement les cellules rénales restées saines (néphrotoxines de Castaigne), mais encore le système cardio-vasculaire et l'organisme entier.

En somme l'hypertension artérielle relève d'un processus complexe qui a pour base l'altération rénale amenant une gêne mécanique et des rétentions toxiques. La lésion cardiaque est créée par l'hypertension.

Anatomie pathologique. — La lésion caractéristique du cœur rénal est donc l'hypertrophie. Le cœur paraît augmenté de volume dans son ensemble. Sa coloration est normale, rouge foncé, sa consistance est nettement accrue. Cependant l'hypertrophie est surtout marquée au niveau des cavités gauches et en particulier du ventricule. Le poids du cœur varie de 600 à 800 grammes et plus.

A la coupe, le ventricule gauche a 2 ou 3 centimètres d'épaisseur. Les cavités ne sont pas dilatées, seule la paroi est épaissie.

Lancisi et Portal se demandaient à quelle modification était due l'épaisseur du myocarde hypertrophique, depuis Potain on admet qu'il s'agit d'une augmentation de la masse charnue. Certains ont prétendu avec Rokitansky qu'elle résultait de l'accroissement du diamètre des fibres musculaires préexistantes, d'autres avec Vogel et Robin qu'elle était due à la multiplication numérique des fibres primitives. Il semblerait qu'avec Letulle on doive admettre la réalité de la première théorie, la présence d'une hypermégalie selon le mot d'André Petit, des faisceaux primitifs. Pour Letulle toujours, l'augmentation numérique des fibres musculaires n'est nullement prouvée malgré l'avis contraire de Potain, Maurice Raynaud, Cornil et Ranvier.

Debove et Letulle ont décrit dans le cœur rénal des lésions de sclérose et ont admis que le processus de sclérose était primitif. Il n'en est rien, l'hypertrophie est l'altération dominante. Il n'y a pas de lésion scléreuse appréciable (Brault, Lécorché et Talamon).

Cependant, à la période terminale, lorsque le cœur est épuisé, l'hypertrophie s'accompagne de dilatation, les valvules deviennent insuffisantes. Le myocarde dégénère et peut alors, mais alors seulement, présenter des plaques blanches de dégénérescence scléreuse. Les noyaux sont assez souvent déformés.

(1) Cette même idée se trouve déjà énoncée dans la thèse d'agrégation de Baumel, 1883.

Souvent le péricarde est lésé, il présente des fausses membranes et quelquefois un épanchement plus ou moins abondant, sérofibrineux ou hémorragique. Rarement il y a symphyse.

Nous ne citerons que pour mémoire les lésions de l'endocarde observées au cours des néphrites.

Symptomatologie. — Il découle de l'anatomo-pathologie et de la physiologie pathologique, que des deux lésions cardiaque et artérielle, celle-ci est la première en date. Le cœur brusquement surpris se dilate au début. L'hypertrophie suit à brève échéance. Tant que l'hypertrophie dure, la lésion est compensée, mais lorsque le myocarde est usé par ce surcroît de travail le cœur se laisse à nouveau dilater et le malade entre en asystolie. Nous étudierons donc les signes fonctionnels et physiques de la période de début, ceux de la période de compensation et enfin l'asystolie qui termine le cœur rénal.

Première période de début. — *Dilatation sans hypertrophie.* — Un malade encore jeune, bien portant jusque-là, apparemment du moins, est pris au milieu de la nuit d'une douleur d'abord sourde puis rapidement croissante au niveau de la région rétrosternale. Elle envahit toute la poitrine, s'accompagne de sensation de striction thoracique et parfois d'anxiété très grande avec ou sans irradiation dans le bras gauche. Les sueurs sont abondantes, le facies pâle et crispé. Parfois, survient une expectoration mousseuse et sanguinolente, signe d'œdème aigu du poumon. A l'auscultation ce diagnostic se confirme, obscurité respiratoire et râles fins disséminés dans tout le thorax.

Il faut bien savoir que cet accident initial peut amener la mort rapidement. D'autres fois les symptômes se calment, le malade se rendort au bout d'un temps variable et semble avoir retrouvé un repos complet jusqu'à ce qu'éclate une nouvelle crise à l'occasion d'un effort ou d'une fatigue ou que la période suivante soit installée.

Le début des accidents peut cependant être beaucoup moins brusque, le médecin est consulté pour une simple dyspnée d'effort à apparition nocturne. Le malade se plaint en même temps de palpitations banales revêtant l'aspect d'une simple accélération cardiaque ou, au contraire, arythmiques en salves. La dyspnée d'effort s'accompagne parfois de légère douleur rétro-sternale ou manubriale sans angoisse, sans irradiation. C'est là la vague ébauche de l'angine à grand fracas dont nous avons tracé une esquisse précédemment.

Peu à peu les accidents augmentent d'intensité, se rapprochent, la crise grave éclate ou, au contraire, tout rentre dans l'ordre, la deuxième période est constituée.

Toujours le pouls est vibrant, tendu, les artères sont dures, plus ou moins sinueuses, le sphygmomanomètre de Potain et l'oscillomètre de Pachon donnent une tension maxima de 20, 22 et plus. Ce dernier montre que la tension minima est élevée. Les urines sont claires, légèrement albumineuses.

Les signes physiques révélés à l'auscultation du cœur sont peu nets, il y a parfois un léger souffle d'insuffisance mitrale, l'énergie cardiaque paraît plus vive, le rythme plus accéléré.

Deuxième période. — *Hypertrophie sans dilatation.* — C'est la période de compensation qui se révèle surtout par des signes physiques.

Examen du cœur. — Inspection. La paroi thoracique est soulevée en masse au niveau de la région précordiale, il y a voussure. La pointe bat dans le sixième ou septième espace en dehors de la ligne mamelonnaire à 10 ou 12 centimètres de la ligne médio-sternale.

Palpation. L'impulsion cardiaque est très énergique. Parfois sensation de choc apexien.

Percussion. Extension considérable de l'aire de matité cardiaque qui empiète vers l'aisselle gauche. A droite la matité ne dépasse guère le bord droit du sternum, l'espace de Traube paraît diminué.

Auscultation. Energie des bruits cardiaques accrue. Eclat diastolique à l'aorte, rythme régulier le plus souvent. Tachycardie permanente, le cœur tendant à surmonter l'effort qui lui est imposé par l'accroissement de l'amplitude de ses contractions et l'augmentation de leur nombre dans l'unité de temps.

Mais la caractéristique de l'auscultation c'est la présence d'un rythme à trois temps : le bruit de galop gauche, présystolique ou diastolique. Ce dernier entrevu par Fræntzel, Rayer, Traube, ne fut magistralement décrit et interprété que par Potain en 1875.

Le galop peut être perçu par la main qui palpe, enregistré au cardiographe ; mais il est surtout net à l'auscultation. Son maximum est à la pointe. Il est dû à un bruit surajouté qui précède immédiatement le premier bruit cardiaque (galop présystolique) ou qui se rapproche du second (galop diastolique, bruit de caille).

De nombreuses théories ont été imaginées pour expliquer sa production. Peter et Constantin Paul disent qu'il est dû au dédoublement du premier bruit. Ce dédoublement s'opère par suite d'asynchronisme dans la contraction ventriculaire à droite et à gauche. Bouveret, Marey, Cuffer, Barbillon en font un redoublement du premier bruit. Bard incrimine en 1906 une dissociation du premier bruit. Le bruit de la contraction du myocarde ne se perçoit pas en même temps que le bruit formé par le claquement des valvules et le précède. Tout récemment Tripier et Dèvic pensent que le bruit de galop ne se perçoit que dans l'hypertrophie généralisée du cœur et qu'il est dû au choc de l'infundibulum dilaté contre la paroi précordiale.

Quand le bruit surajouté est diastolique, Johnson en fait le résultat d'une contraction bruyante de l'oreillette. Merklen, Huchard, Barré, incriminent la mise en tension brusque de la paroi ventriculaire. Chauveau fils soutient qu'il est dû à l'exagération du phénomène de l'intersystole. Enfin avec Gallavardin c'est un choc de la cloison interventriculaire contre la paroi antérieure du ventricule droit. Roch signale la production du galop par suite d'un réflexe parti des organes abdominaux par l'intermédiaire

du sympathique et du pneumogastrique et revenant par le sympathique aux poumons. Le spasme de l'organe respiratoire fait de l'hypertension à ce niveau et, par l'intermédiaire de cette dernière, le déséquilibre est réalisé entre le cœur droit et le cœur gauche. Dans ces conditions la théorie réflexe s'applique plus au galop épigastrique ou droit, qu'au galop gauche qui seul nous intéresse.

En somme, nombreuses sont les théories qui cherchent à l'expliquer. Galop diastolique ou systolique ne sont pas foncièrement différents. Pour Potain, la production de l'un ou l'autre est simplement fonction de la fréquence des battements. Le bruit diastolique s'entend dans les cas de tachycardies par suite du raccourcissement du grand silence. Par contre quand le grand silence a une longueur normale le bruit surajouté paraît présystolique.

Radioscopie. — La radioscopie montre l'empiètement du cœur à gauche. Le cœur gauche revêt une forme globuleuse. La pointe déviée en dehors va quelquefois jusqu'au contact de la paroi thoracique externe. Le cœur droit dépasse rarement le bord droit du sternum. S'il y a péricardite l'aire de projection est augmentée de volume, mais la masse cardiaque n'est plus animée de battements aussi nets.

Le pouls est tendu, dur, vibrant, la pression artérielle maxima et minima est toujours accrue, le tracé sphygmographique est formé par une ligne d'ascension plus ou moins élevée et une ligne de descente oblique avec ressaut systolique ou ondulation dicrote.

Les signes fonctionnels sont ceux du mal de Bright tels que pâleur de la face, tendance aux vertiges, dyspnée. Cette dernière est toujours une dyspnée d'effort. A la suite d'une fatigue un peu trop grande ou pendant la nuit elle peut encore prendre le type de la grande angine de poitrine et celui de l'œdème pulmonaire. D'autres fois, c'est une crise d'asthme symptomatique à début nocturne. Les urines sont toujours abondantes, claires et légèrement albumineuses.

Il y a azotémie plus ou moins marquée (Widal) et le taux de l'urée dosée soit dans le liquide céphalo-rachidien, soit dans le sang, est un bon élément de pronostic. Jusqu'à un gramme, le pronostic est relativement bon ; de 1 à 2 grammes, il est mauvais ; de 2 à 3 grammes, la terminaison est à peu près fatale ; au delà de 3 grammes, l'exitus n'est qu'une question d'heures ou de jours. Il nous a été donné d'observer récemment un malade cardio-rénal qui eut 6g7 d'urée dans le sang.

Il était entré dans le service de notre maître M. le professeur Rauzier avec une rétinite albuminurique et 1 gramme d'urée dans le sang. Malgré un régime hypoazoté sévère et des injections intraveineuses de glucose à 300 p. 1000, il passa rapidement à 2g6. L'augmentation fut encore plus marquée les jours suivants : trois jours avant sa mort, il était à 6g01 et, vingt-quatre heures avant l'exitus, on dosait 6g7 par litre. C'est, croyons-nous, un des plus gros chiffres de rétention uréique qui ait été observé. Weill soutient en effet que l'organisme ne saurait tolérer longtemps plus de 5 grammes d'urée par litre.

Troisième période. — *Hypertrophie avec dilatation.* — Dans ces conditions, le myocarde le plus sain ne tarde pas à s'user. A la période d'hypertrophie pure succède l'hypertrophie avec dilatation. Au début, les cavités gauches ne se dilatent pas d'une façon permanente. Il n'est pas rare de constater, au cours d'un accès de dyspnée, la présence d'un souffle mitral au premier temps se propageant dans l'aisselle. Lorsque la dyspnée disparaît, le souffle disparaît aussi. L'insuffisance mitrale est fonctionnelle et passagère. Peu à peu un lent travail de sclérose fait que l'insuffisance fonctionnelle est devenue une insuffisance organique et le souffle mitral devient persistant.

Par l'intermédiaire de l'insuffisance mitrale, une tension sanguine exagérée se produit en amont de la lésion, c'est-à-dire dans l'oreillette et dans la petite circulation. Cette tension exagérée sans amener une stase pulmonaire à proprement parler restera telle jusqu'au jour où, la résistance des vaisseaux et du ventricule droit venant à faiblir, ceux-ci à leur tour se laisseront passivement distendre. Au moment de la systole ce ventricule sera obligé d'effectuer un travail plus considérable qu'à l'état normal, en rapport avec la difficulté éprouvée par le sang pour pénétrer dans l'artère. Le ventricule essaiera bien de s'hypertrophier, rapidement il sera insuffisant. La valvule tricuspide ne pourra plus jouer son rôle. Les symptômes fonctionnels vont redoubler d'intensité. Les congestions viscérales vont s'installer, l'œdème envahira les membres inférieurs, le tronc, l'abdomen. La dyspnée deviendra de l'orthopnée. Il y aura du délire par apparition d'œdème cérébral, l'agitation sera de plus en plus grande.

Les signes physiques se modifieront aussi : la cardiasthénie ira jusqu'à la production du murmure asystolique, le souffle mitral disparaîtra à cette période. Il n'y aura plus de bruit de galop. Seule l'arythmie persistera et peut-être un certain degré d'éclat diastolique.

Le pouls rapide, petit et filiforme contrastera avec la dureté des artères. Vers la fin il présentera parfois le rythme alternant et dans ces conditions l'exitus pourra être diagnostiqué proche. Seule persistera une hypertension relative.

Le malade ne tardera pas à succomber au milieu d'un tableau pathologique où l'asystolie s'alliera parfois à l'urémie et dans des conditions telles que, très souvent, il sera difficile de faire le départ exact de l'une et de l'autre.

Disons que fréquemment pendant la période asystolique surgit une péricardite sèche ou avec épanchement. Cette apparition précède de bien peu la terminaison fatale.

II

Le rein cardiaque. — Définition. Etiologie. — Fauquez définit ainsi le rein cardiaque : c'est un rein sain primitivement, n'ayant subi antérieurement l'atteinte d'aucune maladie infectieuse et qui, par suite de congestions plus ou moins répétées et prolongées au cours d'attaques asystoliques, arrive à présenter une série de lésions allant de l'état cya-

notique à l'hypertrophie de l'organe, voire même à son atrophie.

Cette définition est, semble-t-il, un peu restrictive. On ne peut vraiment pas éliminer systématiquement tout cas où l'histoire antérieure du malade montre l'existence d'une lésion rénale probable. L'existence de cette tare semble même être la prédisposition locale nécessaire pour expliquer la prédominance des symptômes rénaux au cours des cardiopathies. Hâtons-nous de dire qu'elle peut échapper totalement à nos investigations, être héréditaire, ou au contraire apparaître nettement. Dans le premier cas, elle relève de ce que Castaigne a si justement appelé la débilité rénale héréditaire. Dans le second la débilité rénale est acquise. Mais pour provoquer la congestion rénale il faut une cause efficiente. La congestion apparaîtra toutes les fois qu'il y aura rupture d'équilibre entre la pression artérielle et la pression veineuse. Elle est réalisée expérimentalement par la ligature de la veine rénale. Cliniquement, elle est provoquée par l'asystolie.

Les facteurs étiologiques du rein cardiaque seront donc tous ceux de l'asystolie. Citons en premier lieu l'insuffisance auriculo-ventriculaire droite d'ordre organique ou fonctionnel et consécutivement toutes les altérations cardiaques qui peuvent lui donner naissance ; les lésions auriculo-ventriculaires gauches, rétrécissement et insuffisance mitrale, les lésions aortiques, le rétrécissement surtout, les altérations aiguës ou chroniques du myocarde d'ordre infectieux ou toxique, les péricardites et en particulier la symphyse du péricarde.

Symptomatologie. — Tout comme celle du cœur rénal elle peut être divisée en trois périodes. Dans la première, il y a congestion rénale comme il y a d'autres congestions viscérales. La seconde représente un degré plus avancé, c'est l'asystolie rénale. Dans une troisième étape à la suite de congestions rénales répétées le retour à la normale des reins n'est pas complet, c'est la néphrite interstitielle cardiaque qui s'ébauche.

1° Congestion rénale simple. — Au cours d'une asystolie vulgaire et banale, le malade est assis sur son lit, les jambes pendantes, le faciès violacé surtout au niveau des lèvres et des pommettes. Les yeux sont brillants, les conjonctives légèrement subictériques. Les veines du cou largement dilatées. Les membres inférieurs sont très œdématiés. La congestion rénale se marque simplement par un syndrome urinaire particulier. Les urines sont rares, hautes en couleur, riches en urates et contiennent une légère quantité d'albumine. Il est fréquent de rencontrer dans le culot de centrifugation quelques cylindres hyalins ou quelques globules rouges.

2° Congestion intense. Asystolie rénale. — Parfois, même au cours des premières attaques d'asystolie, le rein joue un rôle prépondérant. Dès la phase d'hyposystolie la congestion est portée au maximum à ce niveau. C'est un lieu de moindre résistance. Le malade est un débile rénal. On note alors de violentes douleurs lombaires, une dyspnée extrême non en rapport avec l'état pulmonaire. L'oligurie est très prononcée et fait rapidement place à une anurie à peu près complète. C'est le tableau clinique de l'urémie dû à l'étendue de la congestion rénale qui est très intense et à la rapidité avec laquelle elle s'est produite. L'intoxication brusque qui en est résultée n'a pas donné le temps à l'organisme de s'y accommoder. Le syndrome urémique peut aller s'accentuant, les jours suivants ; les vomissements, le Cheynes-Stokes, le délire, le coma apparaissent et la mort peut survenir brusquement. D'autres fois, au contraire, une amélioration se produit et la guérison survient. Les symptômes urinaires s'amendent les premiers. L'urine augmente en quantité, elle présente, les premiers jours, de l'albumine, des cellules épithéliales, des cylindres expulsés des canalicules urinifères primitivement imperméables et balayés par le flux urinaire qui vient de se rétablir. Peu à peu elle reprend ses caractères normaux. Les œdèmes, les hydropisies disparaissent consécutivement à cette débâcle urinaire et la convalescence commence.

Cependant le tableau clinique de l'asystolie rénale peut être moins complet et peut se présenter simplement avec la forme dyspnéique ou la forme délirante.

Forme dyspnéique. — Dans ces conditions, la dyspnée ne relève plus de la stase veineuse, c'est une dyspnée toxique, bien étudiée par Huchard. Quelquefois elle se traduit seulement par un peu de fréquence des mouvements respiratoires, le malade a l'haleine courte et sent sa respiration un peu gênée. Cette gêne peut même ne se déceler qu'à l'occasion d'efforts ou au contraire être continue et parfois paroxystique, revêtant l'allure de l'accès d'asthme. D'autres fois, enfin, il s'agit d'orthopnée, le malade ne peut bien respirer que dans la station assise ou debout.

Forme délirante. — Cette dernière relève aussi d'une cause toxique, c'est la folie cardiaque de Bull. Cette folie se montre d'abord la nuit, devient ensuite continue et se traduit tantôt par un état de stupeur avec obnubilation de l'intelligence, perte de conscience, tantôt par de l'agitation, du délire, des hallucinations. Les fous cardiaques sont très portés au suicide. Cet état psychique d'abord intermittent ne tarde pas à devenir permanent et nécessite bientôt une surveillance de tous les instants.

Le malade atteint d'asystolie rénale sous toutes ses formes peut guérir et ce d'une façon complète, à moins que le rein n'ayant des lésions anatomiques définitives ne s'achemine vers la production de la néphrite cardiaque.

3° Néphrite cardiaque. — C'est le rein cardiaque arrivé à la phase de sclérose et dans ces conditions ce n'est plus à un cardiaque que l'on a affaire, mais bien à un rénal qui paraît atteint de néphrite urémigène. Il présente en dehors des périodes d'asystolie tous les petits signes du brightisme de Dieulafoy, il urine beaucoup et souvent, ses urines sont hypotoxiques, l'épreuve du bleu décèle un rein moins perméable. Bientôt le cœur, origine primitive de tous

les accidents, subit le contre-coup de la néphrite. Il s'hypertrophie, le bruit de galop apparaît, c'est le cœur rénal dans toute sa pureté. De temps en temps, des attaques d'urémie viennent compliquer ce tableau et l'évolution n'est autre que celle du cœur rénal que nous avons décrite précédemment; à la phase d'hypertrophie cardiaque fait suite la dilatation et le malade meurt en asystolie.

Anatomie pathologique. — Au début, les reins sont augmentés de volume et de poids, ils ont une coloration foncée, les étoiles de Werheyen gorgées de sang sont nettement visibles à travers la capsule. La décortication se fait facilement et le parenchyme rénal n'offre pas grande résistance. A la coupe, les reins sont gorgés de sang, les pyramides présentent une teinte cyanotique tranchant sur la pâleur de la substance corticale. Histologiquement les vaisseaux rénaux sont dilatés, les glomérules remplis de globules rouges, les tubes urinifères comprimés par les vaisseaux.

Dans la deuxième période, l'organe est toujours augmenté de volume, mais il est dur et crie sous le couteau, la capsule adhère légèrement à la substance corticale. Histologiquement, le tissu conjonctif commence à s'hyperplasier.

A la phase de sclérose, l'aspect est celui d'un rein atteint de néphrite chronique. Il est petit, sa surface peut présenter un aspect bosselé, granuleux, en tout cas elle est irrégulière avec, parfois, de petits kystes. La capsule est très adhérente et l'amincissement de la couche corticale est très accentué.

Histologiquement, il y a des plaques de sclérose surtout au niveau des pyramides, entre les tubes collecteurs. Mais malgré la sclérose, les vaisseaux sont dilatés et remplis de globules sanguins. Par place les glomérules sont très congestionnés.

Ainsi donc, anatomiquement, le rein cardiaque, même à la période de sclérose, peut se différencier de la néphrite (1). Il n'est pas aussi finement granuleux, il présente de grosses bosselures séparées par des enfoncements, irrégulièrement distribuées. La sclérose insulaire frappe aussi bien la substance corticale que la substance médullaire. Le rein cardiaque scléreux reste, malgré tout, un rein cyanotique, sa teinte rouge foncé doit, dès le premier coup d'œil, éveiller la pensée de néphrite atrophique cardiaque. A un examen plus attentif, il ne sera pas rare de trouver les étoiles de Werheyen gorgées de sang, parfois il y aura des infarctus et le microscope décèlera nettement la congestion des vaisseaux et de certains glomérules.

Pathogénie et physiologie pathologique des symptômes. — Le premier point à élucider est le pourquoi de la localisation au niveau des reins. Ici il faut parler de prédisposition locale, ainsi que nous l'avons déjà dit, de débilité rénale. Castaigne et Rathery ont montré que ces données étaient loin d'être simplement théoriques. Il faut ensuite expliquer certains symptômes : la diminution du taux des urines, l'œdème, l'albuminurie, enfin l'urémie.

L'oligurie ou l'anurie s'explique par la congestion intense du rein qui finit par annihiler la cavité des tubes urinifères.

Le rôle du rein dans la production des œdèmes est tout à fait passif. Les œdèmes des cardiaques relèvent surtout d'un ralentissement de la circulation. Ils ont le même mécanisme que les œdèmes par lésion veineuse locale (phlébite, varices, etc.). La meilleure preuve de leur origine purement mécanique, c'est que les crises polyuriques des asystoliques sont les seules dans lesquelles il y ait élimination parallèle de l'eau, du chlorure de sodium, des phosphates et de l'urée; ce qui prouve, ainsi que l'a dit Achard, que les tissus et le rein n'ont qu'un rôle passif. Les premiers cèdent leur sel et les reins non lésés et sans perméabilité dissociée les éliminent immédiatement.

L'albuminurie se produit par suite de la gêne mécanique de la circulation de retour. On incriminait autrefois l'augmentation de tension dans les vaisseaux du rein. Aujourd'hui il est prouvé qu'elle est due à la stase sanguine. Stokvis a, en effet, montré que l'augmentation de la tension sanguine sans stase ne s'accompagnait pas d'albuminurie. Dans le rein congestionné et stasique l'albumine sort des capillaires, passe dans les glomérules et de là dans l'urine. Si la congestion est moindre, le ralentissement du courant sanguin porte exclusivement sur les capillaires du tissu interstitiel et l'albuminurie devient exclusivement tubulaire. Courcoux a élucidé dans sa thèse, ce fait. « Alors, dit-il, les échanges entre les éléments dissous ou combinés qui composent la cellule rénale et le liquide du canalicule sont plus complets. Il est possible que, dans ces conditions, les molécules albumineuses qui entrent dans la composition d'un grand nombre de vacuoles soient sollicitées à passer à travers la membrane dialysante pour établir l'équilibre moléculaire, ce qui normalement, en raison même de la vitesse de l'urine, ne peut avoir lieu. La cellule rénale se recharge ensuite en albumine, parce qu' « elle peut puiser dans le sang les molécules albumineuses nécessaires à son fonctionnement ». Et ce trouble dans le fonctionnement de la cellule rénale est, semble-t-il, à la base même du processus de sclérose qui s'établit ensuite. Au début, la cellule qui permet ainsi le passage de l'albumine est légèrement atteinte, elle présente en quelque sorte un état de cytolyse protoplasmique, ainsi que l'admet Castaigne; mais à la longue, le tissu interstitiel, intermédiaire entre le sang et la cellule, s'altère et les lésions chroniques s'installent.

Les phénomènes urémiques sont provoqués par la suppression brusque de la fonction rénale, ils sont d'autant plus marqués que l'organisme est moins préparé à l'intoxication suraiguë qui en résulte.

III

Diagnostic général. — Si maintenant nous essayons de faire œuvre synthétique nous voyons

(1) Tout le monde n'est pas de cet avis. Certains prétendent qu'il est impossible de différencier le rein cardiaque arrivé à sa phase de sclérose du petit rein des néphrites chroniques ordinaires.

que cœur rénal et rein cardiaque sont dus à l'hypertension. Mais ce terme hypertension ne veut pas dire ici seulement hypertension artérielle, il signifie aussi hypertension veineuse, stase veineuse. La première, survenue par suite de la maladie des reins, retentit sur le cœur et donne le cœur rénal. La seconde, due à l'insuffisance cardiaque, produit par stase le rein cardiaque.

Le rein cardiaque, tendant naturellement à évoluer vers la néphrite chronique d'origine cardiaque, retentira à son tour sur le cœur à la manière des néphrites chroniques. D'un autre côté le cœur rénal aboutissant fatalement à l'asystolie s'accompagnera, à un moment de son évolution, de stase veineuse et par suite de congestion rénale passive. Dans ce cercle vicieux, par suite du mélange des symptômes asystoliques et urémiques, il sera souvent difficile de préciser si c'est le rein ou le cœur qui doit être mis en tête des accidents.

La recherche du coefficient d'Ambard ou constante d'excrétion uréique montrera l'état du rein. D'après Ambard le rapport du taux d'urée du sang à la racine carrée du débit urinaire ramené à une concentration étalon est un chiffre constant. Chez l'homme le coefficient normal est de 0,063 à 0,08. La concentration maxima de l'urée dans l'urine est de 45 à 53 grammes (Weill). L'élévation de ce coefficient est la traduction d'une altération rénale.

Le diagnostic de rein cardiaque peut se poser à deux périodes différentes. A la phase de congestion simple, si les antécédents pathologiques du malade révèlent l'existence d'une lésion cardiaque déjà ancienne ayant donné lieu à des crises plus ou moins répétées d'asystolie franche et qui peu à peu ont évolué vers l'urémie, le diagnostic est facile.

Mais si les antécédents sont inconnus, il ne pourra se faire que par l'examen du syndrome urinaire. Dans le rein cardiaque les urines sont rares, hautes en couleur, hématiques. La densité est élevée, le point cryoscopique abaissé, mais les valeurs

$$\frac{\Delta V}{P}, \frac{\delta V}{P}, \frac{\Delta}{\delta}$$

sont d'autant plus faibles que la circulation est ralentie davantage. L'albumine est en quantité notable, il y a des pigments biliaires normaux ou modifiés qui traduisent la congestion hépatique concomitante. Il n'y a pas de cylindres granuleux. On voit enfin, sous l'influence des médicaments cardiaques et de la digitale en particulier, le cœur se ralentir et tout rentrer dans l'ordre.

A la phase de sclérose, si dans les antécédents on ne parvient pas à retrouver des crises d'asystolie à répétition, on portera fatalement le diagnostic de cœur rénal consécutif à une néphrite chronique.

On devra toujours, par contre, soupçonner l'atteinte rénale primitive en présence d'une tachycardie permanente et vérifier l'état de la tension artérielle. S'il y a hypertrophie la lésion rénale devra être affirmée. La constatation de l'hypertrophie cardiaque, du bruit de galop et d'albuminurie légère avec polyurie légère, confirmera cette donnée.

IV

Thérapeutique. — Dans le cœur rénal en période de compensation, il faut d'abord essayer par un traitement approprié de *diminuer le travail du cœur* et pour cela défendre les efforts violents, les marches prolongées et surtout les ascensions, réduire au minimum le travail digestif en recommandant les repas réguliers, peu abondants, composés d'aliments de digestion facile, veiller à la régularité des selles, interdire les excitants, thé, café, alcool, tabac, etc. *En un mot proscrire tout ce qui, à un moment donné, peut élever la tension artérielle ou provoquer de la part du cœur un excès de travail inutile ou même dangereux.*

Soutenir le cœur dans sa réaction de défense doit être la seconde préoccupation. On y parviendra par un exercice musculaire modéré et en diminuant les résistances périphériques. Pour cela on aura recours aux vaso-dilatateurs et aux hypotenseurs, iodure de potassium, eupnine, d'Arsonvalisation. Les diurétiques seront recommandés, théobromine, lactose, glucose, etc.

A *la période de déchéance cardiaque*, lorsque la dilatation complique l'hypertrophie, il faut savoir employer les toni-cardiaques et veiller au bon fonctionnement de la sécrétion rénale.

Lait, lit, digitale alternée avec la théobromine ou la caféine seront la base du traitement. On se trouvera bien d'y joindre les purgatifs drastiques, les applications de sangsue ou de ventouses scarifiées dans le triangle de J.-L. Petit, la saignée générale.

Le *rein cardiaque* en pleine poussée de *congestion* relèvera de la thérapeutique de l'asystolie résumée si bien par Huchard dans les trois mots que nous venons de citer : lait, lit, digitale. Tout comme pour la période de déchéance du cœur rénal on y joindra les purgatifs drastiques, la saignée, les sangsues.

A la période de *néphrite chronique* il faudra diminuer le travail du cœur et le soutenir dans sa réaction de défense.

Finalement, dans l'un et l'autre cas, à la période de déchéance cardiaque chez le rénal, à la période de néphrite chez le cardiaque, le lait, les diurétiques, la digitale deviennent impuissants. Merklen a montré la haute valeur pronostique qui découlait de ce manque d'action. Bien souvent le cardiaque meurt au milieu de phénomènes urémiques, le rénal dans l'asystolie.

Le thermomètre du cardiaque c'est son bocal, a dit Fernet. En effet, lorsque, malgré le traitement employé, on verra l'oligurie persister il faut savoir que la terminaison fatale est proche. Bien souvent le cardiaque meurt au milieu de phénomènes urémiques, le rénal dans l'asystolie la plus pure à moins que le tableau clinique ne soit à la fois urémique et asystolique.

BIBLIOGRAPHIE.

ACHARD. *Le Rôle de l'urée en pathologie*, 1912.
AMBARD. *C. r. de la Soc. de biol*, 1910, p. 411-500.
BARD. Bruit de galop de l'hypertrophie du cœur gauche, mécanisme et signification clinique, *Semaine méd.*, 1906.
BARTELS. *Maladies des reins*, trad. franç. avec add. Lépine, 1875.

BAUMEL (L.). *Des Lésions non congénitales du cœur droit et de leurs effets*, Th. d'agrégation, 1883.
BRAULT. *Traité de médecine.*
BRIGHT. *Report of med. cases*, vol. I, London 1827; — *Guy's hospital report*, 1836, 40-43.
CASTAIGNE. *Manuel des maladies des reins.*
CORNIL et RANVIER. *Histologie pathologique.*
CUFFER. De la néphrite interstitielle cardiaque, rein cardiaque, *France méd.*, 1878.
DEBOVE et LETULLE. *Arch. gén. de méd.*, 1880.
FAUQUEZ. *Rein cardiaque*, Th. de Paris, 1897, et Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1898, n° 58.
FRANÇOIS. Th. de Montpellier, 1881.
FREUDE. *Die Brightische wierenkrankheit und ihre Behandlung*, 1851.
FRIEDREICH. *Const. Jahr.*, 1857, t. III.
GALLAVARDIN. *Maladies du cœur et de l'aorte.*
GAUCHER. *Thérapeutique des maladies des reins.*
GERMONT. *Contribution à l'étude expérimentale des néphrites*, Th. de Paris, 1883.
HOCTOLÉS. Th. de Montpellier, 1881.
KELSCH. Revue critique et recherches anatomo-pathologiques sur la maladie de Bright, *Arch. de physiol.*, 1874.
KLEBS. *Hand. d. pathol. Anat.*, fasc. 3, Berlin 1870.
LANCEREAUX. Néphrites artérielles, manifestations morbides qui les accompagnent et les suivent, *Union méd.*, 1885.
LECORCHÉ. *Maladies des reins*, 1875.
LECORCHÉ et TALAMON. *Albuminurie et mal de Bright*, 1888.
LETULLE. *Etude du myocarde et de ses lésions*, Th. d'agrégation, Paris.
LIAN. *Le Diagnostic des souffles systoliques apexiens et l'insuffisance mitrale fonctionnelle*, Th. de Paris, 1909-1910, n° 25; — Le syndrome d'insuffisance ventriculaire gauche, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 142.
PAUL (C.). *Traité des maladies du cœur.*
PETER. Maladies du cœur, *Cliniques*, 1877.
PIGNOL. Asystolie indépendante des lésions valvulaires, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1888.
PITRES. *Hypertrophie et dilatation cardiaques indépendantes des lésions valvulaires*, Th. d'agrégation, 1878.
PORTOCALIS. *Asystolie des hypertendus*, Th. de Paris, 1911-1912, n° 379.
POTAIN. Du rythme cardiaque appelé bruit de galop, *Soc. méd. des hôpit.*, 1875; — Les bruits de galop, *Semaine méd.*, 1900.
RAMBERGER. Ueber Berichungen zwischen morbus Brigth und Nierenkrankheiten, *Virch. Arch.*, 1857, t. XI.
RAYER. *Traité des maladies du rein*, 1840, t. II.
RAYNAUD (M.). Art. CŒUR, *Dictionnaire Jaccoud*, 1868.
REINHARDT. *Charité Ann.*, 1851.
RENDU. Th. d'agrégation, 1878.
RINDFLEICH. *Lehrbuch der pathologischen Gewebelehre*, Leipzig 1867-1869.
ROCH. Les bruits de galop épigastrique, *Semaine méd.*, 1910.
ROSENSTEIN. *Traité pratique des maladies des reins*, 1863, traduit franç. Bottenbut et Labadie-Lagrave, 1874.
SOLON. *De l'Albuminurie*, 1838.
STOKVIS. *Revue méd. des Pays-Bas*, 1862.
THOUVENET. *Hypertrophie du cœur dans les maladies des voies urinaires*, Th. de Paris, 1888.
TRAUBE. *Ueber den Zusammen Long von Herz und wœren-Krankheit*, 1856.
VAQUEZ. Insuffisance ventriculaire, *Congrès de Londres*, 1913.
WEILL. *L'Azotémie au cours des néphrites chroniques*, Th. de Paris, 1912-1913, n° 162.
WIDAL. Le pronostic dans le mal de Bright par le dosage de l'urée du sang, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1911, p. 627; — *Journ. méd. franç.*, 15 janv. 1911.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 4 JUIN 1914)

Kyste du cou. — M. LEJARS communique une observation de M. Girou (d'Aurillac), membre correspondant. Il s'agit d'une tumeur de la partie latérale gauche du cou, tumeur volumineuse que M. Girou put extraire avec la plus grande facilité, attendu qu'elle n'avait aucune attache ni avec les vaisseaux, ni avec rien et qu'elle était sans pédicule. Cette tumeur, à parois minces, est ouverte et contient un liquide grumeux, jaunâtre. C'est, en somme, un kyste séreux du cou.

M. WALTHER estime que cette observation doit être complétée par un examen histologique. En général, les kystes congénitaux ont des connexions avec les vaisseaux.

M. DEMOULIN a fait, en 1891, un travail sur les kystes séreux congénitaux du cou dont il distinguait plusieurs variétés. Le kyste présenté par M. Girou ne présente aucun des caractères de ces kystes congénitaux. Un examen histologique s'impose.

M. BROCA fait observer que le liquide de ce kyste n'a rien de commun avec le liquide des kystes séreux congénitaux. Il croirait plutôt à une sorte de kyste dermoïde.

M. RICARD pense que les kystes séreux congénitaux adhèrent toujours aux vaisseaux. Il rappelle, à ce propos, l'observation d'une jeune femme qu'il a opérée dans le service de son maître Verneuil. Cette jeune femme portait une tumeur assez volumineuse du cou. Verneuil y fit une injection d'éther iodoformé. Il en résulta une poussée inflammatoire intense qui augmenta considérablement le volume de la tumeur. Verneuil conseilla alors à M. Ricard d'en faire l'extirpation. La tumeur présentait alors le volume d'une tête de fœtus à terme. M. Ricard fit une longue incision et au cours de la dissection de la tumeur se produisit une hémorragie formidable. M. Ricard s'empressa d'arracher ce qui restait de la tumeur et de tamponner. Un morceau de la jugulaire interne avait été arraché au cours de la dissection. Toutefois la malade guérit.

Cette tumeur avait donc des attaches avec les vaisseaux.

M. WALTHER ajoute que les kystes séreux congénitaux sont généralement multiloculaires. Il rapproche du fait de M. Ricard celui d'un enfant de deux mois qui a été présenté à l'Académie par Tarnier. Cet enfant portait une grosse tumeur sur le côté du cou. On fit des ponctions qui n'amenèrent que très peu de liquide. M. Walther procéda à l'extirpation de cette tumeur. La dissection profonde fut difficile, la tumeur étant très adhérente aux parties profondes; la jugulaire faisait corps avec elle et il fallut en réséquer une portion. Le cas de M. Girou n'a rien de commun avec ces cas.

M. LEJARS répond que l'examen histologique de la tumeur de M. Girou sera fait et il en fera connaître le résultat.

Ablation du côlon. — M. AUVRAY, à propos de la communication de M. Pauchet sur ce sujet, rappelle que M. Lardennois a pratiqué cette opération, non seulement sur un intestin sain, mais aussi dans des cas de péricôlite avec adhérences et il est parvenu facilement, même dans ces cas, à faire l'extraction complète du côlon. Ce n'est donc pas seulement sur un intestin sain qu'on peut, comme l'a dit M. Pauchet, pratiquer cette opération. On peut aussi y recourir pour un intestin malade.

Au point de vue de la technique opératoire, M. Lardennois a vu, comme M. Pauchet, des malades présenter de la diarrhée après ces opérations. Mais depuis quelque temps, M. Lardennois a changé sa technique et, grâce à cette modification, l'iléo-sigmoïdostomie ne présente plus cet inconvénient.

Tumeur du voile du palais. — M. Lejars fait un rapport sur une observation de M. Moreau (de la Marine). Il s'agit d'un matelot de vingt-deux ans qui était atteint d'une grosse tumeur du voile du palais, dure, oblongue, occupant toute la partie droite et remontant jusqu'au voile du palais, repoussant la luette à gauche. M. Moreau pratiqua l'ablation de cette tumeur, non sans difficultés, ni sans hémorragie; il arriva cependant à la séparer de sa capsule et enleva celle-ci après. Il laissa la plaie ouverte. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'une tumeur conjonctive d'origine angiomateuse, tumeur rentrant dans la catégorie des branchiomes.

M. Arrou a opéré à Saint-Antoine une jeune femme de vingt ans qui présentait une tumeur du voile du palais. Elle n'en éprouvait aucune gêne, mais la présence de cette tumeur lui était fort désagréable. Elle demandait à en être débarrassée. M. Arrou s'attendait à faire une opération très difficile et avait pris ses mesures en conséquence. La malade était placée la tête dans une position très déclive, il fendit le voile du palais et quelle ne fut pas sa surprise de voir la tumeur lui tomber dans la main. On avait fait les diagnostics les plus variés, c'était un lipome des plus simples.

M. Sébileau a opéré deux lipomes semblables et une vingtaine de tumeurs mixtes. Ces tumeurs ne donnent lieu à aucun symptôme, ni gêne, ni rien. Leur siège est impressionnant au point de vue de l'opération. Il suffit cependant d'inciser le voile du palais et d'énucléer la tumeur avec le doigt. Il faut y aller délibérément; avec un peu d'habitude, cela se fait très aisément. Complètement enlevées, ces tumeurs ne récidivent pas.

Syphilome du rein. — M. Demoulin fait un rapport sur une observation de M. Chevassu. Il s'agit d'un malade qui avait des troubles digestifs et qui maigrissait. L'examen radio-bismuthé ne révéla rien dans l'appareil digestif. M. Chevassu découvrit une tumeur volumineuse dans le flanc gauche. Il diagnostiqua une tumeur probablement cancéreuse du rein.

M. Chevassu procéda à l'examen des voies urinaires. La cystoscopie ne donna rien. On fit le cathétérisme des uretères. La sonde ne pénétrait pas dans l'uretère gauche. La sécrétion du rein droit était abondante. La constante d'Ambard donnait 0,080, la moyenne étant 0,066. La valeur du rein droit était donc très suffisante. En passant, M. Demoulin insiste sur le précieux renseignement tiré, dans ce cas, par la constante d'Ambard. M. Chevassu décida donc d'enlever le rein gauche. Il fit une incision latérale, découvrit le rein qui était énorme et adhérent partout. Il dut ajouter une incision transversale en haut. Il arriva à dégager le pôle supérieur et, passant au pôle inférieur, constata que l'uretère était pris dans une assez grande étendue, le coupa très bas, arriva sur l'artère rénale qu'il lia et parvint enfin à extraire en totalité la tumeur qui pesait 800 grammes. L'examen histologique fait par M. Letulle montra qu'il s'agissait d'une gomme analogue à celles du testicule ou du foie. On fit un Wassermann qui fut positif. Le malade a guéri. On a cherché s'il y avait des spirochètes dans la vessie. Il n'y en avait pas.

Les syphilomes du rein sont rares. On a relevé 15 cas qui sont des trouvailles d'autopsie. Cliniquement, on a cité trois cas, dont deux ont guéri sous l'influence de l'iodure de potassium. Dans le cas de M. Chevassu, la néphrectomie s'imposait en raison de l'état scléreux de la gomme sur lequel l'iodure ne pouvait rien. En terminant, M. Demoulin insiste sur la valeur de la constante d'Ambard dans ce cas.

Luxations congénitales de la hanche. — M. Broca a, depuis deux ans et demi, soigné 82 cas de luxation congénitale de la hanche, dont 25 doubles, ce qui porte le nombre de hanches luxées à 107, par le procédé de Le Damany sans un seul échec de réduction.

Traitement chirurgical de l'ulcère gastrique. — M. Témoin (de Bourges), d'accord avec M. Pauchet, estime que la gastro-entérostomie est insuffisante dans ces cas et qu'il faut y ajouter la gastrectomie partielle. Depuis plusieurs années, M. Témoin traite l'ulcère gastrique comme le cancer et ajoute à la gastro-entérostomie la résection de l'ulcère. Depuis 1898, M. Témoin a pratiqué 389 résections partielles de l'estomac pour ulcères. Alors que les malades ayant subi seulement la gastro-entérostomie présentaient des récidives des douleurs et des troubles gastriques, ceux qui ont subi l'excision large de l'ulcère restent bien définitivement guéris. C'est, en effet, l'opération la plus logique.

Sténose pylorique résultant de l'absorption d'un caustique. — M. Walther présente un malade qui, après avoir avalé de l'acide chlorhydrique, fut pris d'une sténose absolue du pylore. L'œsophage et l'estomac restaient libres. On pouvait laver l'estomac, mais rien ne passait à travers le pylore. M. Walther a fait une gastro-entérostomie avec la pince de Témoin. Le malade va bien.

M. Routier a fait la même opération avec le même succès, sur une jeune femme qui avait avalé un caustique et qui, de plus, avait un ulcère gastrique. Résection. Guérison.

Fuso sarcome juxtagastrique. — M. Walther a opéré une jeune femme qui présentait une tumeur intermittente de l'hypocondre gauche. C'était un fuso-sarcome occupant la petite courbure de l'estomac, mais extragastrique.

Anévrisme artério-veineux au-dessus de l'arcade crurale. — M. Morestin présente un malade qui avait reçu trois balles de revolver, dont une au voisinage de l'arcade crurale. Anévrisme artério-veineux, extirpation entre deux ligatures. Guérison.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 30 MAI 1914)

Localisation anatomique des lésions de la base du cerveau qui provoquent la polyurie chez le chien. — MM. Jean Camus et Gustave Roussy. Au cours de nos recherches sur la polyurie dite hypophysaire, nous nous sommes efforcés de démontrer qu'elle est due à une lésion de la région opto-pédonculaire de la base du cerveau et non à celle de l'hypophyse. A l'appui de ces faits, nous apportons aujourd'hui les résultats des constatations anatomiques faites à l'autopsie de nos animaux.

Les conclusions qui se dégagent de ces faits expérimentaux sont les suivantes :

La lésion qui détermine la polyurie n'intéresse en aucune manière l'hypophyse. Cinq fois la piqûre expérimentale n'a pas touché l'hypophyse, la polyurie s'est cependant produite avec intensité. Cette polyurie n'a été ni plus ni moins considérable quand l'hypophyse a été intéressée par la lésion.

L'ablation totale de l'hypophyse faite sans léser la base du cerveau (infundibulum) ne donne pas de polyurie.

L'ablation préalable de l'hypophyse n'empêche pas la polyurie de se produire quand dans une deuxième opération on lèse la région opto-pédonculaire.

La profondeur de la piqûre, la lésion de la couche optique, du pédoncule, semblent sans intérêt au point de vue de la production et de l'intensité de la polyurie.

Ce qui est important, c'est la lésion superficielle de la base du cerveau, souvent altérée involontairement et en surface dans les ablations de l'hypophyse suivie de polyurie.

Chez nos animaux, l'étendue de la zone dont la lésion détermine la polyurie paraît limitée à la région opto-pédon-

culaire ; elle siège au niveau de la substance grise du tuber cinereum, au voisinage de l'infundibulum.

Une lésion faite en avant au niveau du chiasma, ou en arrière au niveau de la protubérance, ne donne pas de polyurie.

Influence des sucres sur la transformation bactérienne des substances organiques azotées en sels ammoniacaux. — MM. E. Aubel et H. Colin. Il est évident qu'un grand nombre de ferments ammoniacaux sont contrariés, dans leur action spécifique sur les matières organiques azotées, par la présence d'hydrates de carbone assimilables. Ces résultats permettent de donner une explication, tout au moins partielle, à ce fait que les hydrates de carbone diminuent dans le sol l'intensité des phénomènes de nitrification : indépendamment de leur action propre sur les ferments nitreux et nitriques, les sucres et autres substances analogues entravent le rôle des bactéries ammoniacales et s'opposent, de ce chef, à la transformation préalable des matières organiques azotées en sels ammoniacaux.

Etude électrocardiographique du réflexe oculo-cardiaque chez le lapin. — MM. Cluzet et Petzetakis. Le ralentissement du cœur, sous l'influence de la compression oculaire, est, chez le lapin, beaucoup plus accusé que chez l'homme et le chien, mais ce ralentissement ne s'accompagne pas, comme chez le chien, de dissociation auriculo-ventriculaire.

Le ralentissement du cœur ne se produit plus après une injection d'atropine qui, en paralysant le pneumogastrique, agit sur la voie centrifuge du réflexe.

L'autolyse des centres nerveux dans la période de sensibilité anaphylactique démontrée par la réaction d'Abderhalden. — MM. J.-E. Abelous et C. Soula. L'injection d'urohypotensine détermine des altérations du cerveau (contrastant d'ailleurs avec le bon état général de l'animal) caractérisées par la dégénérescence et par la mort d'un plus ou moins grand nombre d'éléments cellulaires. Le pouvoir protéolytique spécifique du sérum est le témoin de cette dégénérescence. Nous avons d'ailleurs constaté ce même pouvoir protéolytique, à la suite de la section des deux sciatiques en pleine période de dégénérescence wallérienne. Ces faits, comme on le voit, viennent confirmer la théorie proposée par l'un de nous sur le mécanisme de l'anaphylaxie. La sensibilité anaphylactique ne serait que la conséquence de la prolongation de l'ébranlement toxique et des altérations cérébrales qui en sont le résultat.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 23 mai 1914)

Luxation congénitale de la hanche et réduction précoce. — M. Carle Rœderer. On peut faire la réduction de la luxation congénitale de la hanche dès que le diagnostic est posé, même vers l'âge de dix-huit mois ; on évite ainsi les altérations secondaires et les résultats physiologiques sont, en général, meilleurs que dans la réduction vers l'âge de quatre ou cinq ans. Les luxations sont plus aisées à réduire, mais le traitement demande à être un peu plus prolongé ; chez certains enfants traités jeunes, il est impossible d'apercevoir le moindre trouble de la démarche.

M. Gastou. A l'hôpital Saint-Louis, la fréquence de cette affection est considérable sans qu'il y ait lieu de suspecter la syphilis héréditaire mais peut-être l'origine obstétricale.

M. Lance. Depuis trois ans, à l'hôpital Bretonneau, toutes les luxations congénitales sont traitées dès que le diagnostic a pu être fait : chez 21 malades ainsi soignés, avant la deuxième année, les résultats ont toujours été excellents.

Ectopie d'une canine chez un néolithique ; usure des dents préhistoriques. — M. Dunogier présente une ectopie (malposition) de canine chez un néolithique avec usure des dents. A ce propos, il fait remarquer que l'usure des dents n'est point particulière aux individus de la préhistoire ; on la rencontre très souvent de nos jours, sans que, pour l'expliquer, il faille invoquer des causes assez hypothétiques, comme la géophagie, par exemple. L'auteur présente des modèles de mâchoires contemporaines où les dents sont très usées quelques-unes jusqu'au ras des gencives.

Ozène, dénutrition et tissu adénoïde. — M. Marcel Natier. L'ozène n'est qu'un des principaux symptômes de la rhinite atrophique avancée, elle-même, expression d'une misère physiologique profonde, de cause variable et accompagnée en particulier de désorganisation marquée et ancienne de tout ou partie des éléments constitutifs des tissus des fosses nasales. Partout, doit être abolie l'ancienne division en ozène primitif et ozène secondaire. Pendant l'enfance et l'adolescence, périodes d'apparition de l'ozène, le développement et la protection de l'organisme sont partiellement assurés et favorisés par le tissu adénoïde ; ce dernier ne sera donc détruit qu'en cas d'extrême urgence. A l'oubli de ces considérations physiologiques primordiales et à des adénotomies intempestives doit être imputée l'éclosion de maints ozènes.

Spasmes de l'urètre ; pathogénie ; traitement électrique. — M. Denis Courtade. Il existe trois sortes de spasmes de l'urètre : 1° les spasmes d'origine psychopathique ; 2° les spasmes par affection nerveuse ; 3° les spasmes par parésie vésicale ; ces derniers surviennent surtout chez les neurasthéniques ou au début d'une paralysie d'origine médullaire ; les grands efforts faits pour se retenir augmentent l'irritabilité du sphincter externe. Le traitement électrique consiste d'abord à calmer l'irritabilité du sphincter par les courants de haute fréquence et à redonner au muscle vésical la tonicité qui lui manque par l'électrisation localisée.

Auto-intoxication intestinale ; syndromes uro-coprologiques. — M. Mazeran. L'auto-intoxication, terme vague et imprécis, a cependant une entité morbide bien définie ; elle résulte à la fois d'un développement exagéré d'une flore microbienne normale ou de l'apparition d'espèces étrangères ; elle peut résulter aussi de l'insuffisance des zymases et de l'altération des organes, chargés de l'élaboration des toxines. On peut donc établir trois syndromes auto-toxiques : le syndrome intestinal pur, sans troubles du foie ou du rein ; le syndrome intestino-hépatique ; le syndrome intestino-rénal ; chacun de ces syndromes a son autonomie et se différencie par des symptômes qui lui sont propres, dont les principaux sont tirés de l'analyse coprologique ou de l'examen des urines. La thérapeutique rationnelle tire ses indications du milieu microbien intestinal, de la résistance des zymases et de la stase fécale.

La radiothérapie de l'hypertrophie du thymus. — M. Albert Weil. Les rayons X agissent avec une efficacité et une rapidité remarquables sur l'hypertrophie du thymus, pourvu qu'on administre des doses suffisantes. L'auteur emploie actuellement des filtres de 4 millimètres et donne sous le filtre des doses de 6 à 7 H ; il a traité huit enfants et, chaque fois, a obtenu une guérison totale contrôlée par la radiographie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.


Sirop Roche
Sirop Roche au Thiocol préparé par Ch. Weiss
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
Prix 4fr le Flacon
CACHETS "ROCHE" DE THIOCOL
Chaque cachet renferme 0gr50 de THIOCOL "ROCHE" PRIX 2Frs.
COMPRIMÉS ROCHE DE THIOCOL

N° 65. — MARDI 9 JUIN 1914. 87e ANNÉE. MARDI 9 JUIN 1914. — N° 65.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **10** francs par an.
Étudiants étrangers, **15** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **5** fr. **50**. — 6 mois : **11** fr. — 1 an : **20** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 30 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Ces abonnements étant en nombre limité, toutes les demandes doivent nous parvenir : pour la première série avant le 20 juin, et pour la deuxième série avant le 15 juillet.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

NOUVELLES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Nancy. — M. Simon (Louis), préparateur de chimie, est chargé du 16 mai au 31 octobre 1914, des fonctions de chef des travaux du laboratoire de chimie des cliniques, en remplacement de M. Herbier, démissionnaire.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Amiens. — Un congé, du 10 mai au 31 octobre 1914, est accordé, sur sa demande, et pour raisons de santé, à M. Boussavit, professeur de physiologie.

M. Jullien, supléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé en outre, du 10 mai au 31 octobre 1914 (durée du congé accordé à M. Boussavit), d'un cours de physiologie.

— Tours. — Un congé, du 5 mai au 30 juin 1914, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Meunier, professeur de clinique médicale.

M. Gaudeau, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé en outre, du 5 mai au 30 juin (durée du congé accordé à M. Meunier), d'un cours de clinique médicale.

MARINE. — Composition du jury du concours pour l'admission à l'Ecole principale du service de santé de la marine en 1914 :

Ligne médicale. — M. le médecin général de deuxième classe Jan, président; MM. les médecins principaux Duguet et Auregan, membres.

Ligne pharmaceutique. — M. le médecin général de deuxième classe Jan, président; MM. les pharmaciens principaux Gautret et Lautier, membres.

— Sont autorisés à prendre part aux concours qui auront lieu le 11 juin à Toulon pour des emplois de professeur dans les écoles de médecine navale les officiers du corps de santé dont les noms suivent :

Pour l'emploi de professeur d'histologie et de bactériologie à l'école principale de Bordeaux : MM. les médecins de première classe Lancelin et Cazeneuve.

Pour l'emploi de professeur de chimie biologique à l'Ecole annexe de Toulon : M. le pharmacien de première classe Sourd.

XIVe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE. — Le XIIIe Congrès des médecins de langue française, réuni à Paris en 1912, a désigné Bruxelles comme siège du XIVe Congrès. Celui-ci aura lieu du 30 septembre au 4 octobre 1914, au Palais des Académies, sous le patronage du roi et de la reine des Belges. Son comité d'honneur est composé comme suit : président : M. le professeur Stiénon (de Bruxelles), membres : MM. les professeurs Beco (de Liége), Brachet, Demoor (de Bruxelles), Denis (de Louvain), de Stella (de Gand), Dubois-Havenith, Dustin (de Bruxelles), Eeman (de Gand), Firket (de Liége), Gengou, Glorieux, Héger-Gilbert, Jacques (de

Bruxelles), Leboucq (de Gand), Lemaire, Maldague (de Louvain), Malvoz (de Liége), Slosse, Spehl (de Bruxelles), Swaen (de Liége), van Ermengen (de Gand), van Gehuchten (de Louvain).

Les questions suivantes y seront traitées :

« Les syphilites de l'appareil cérébro-vasculaire ».

« Les lipoïdes en pathologie ».

« De la valeur thérapeutique du pneumothorax artificiel ».

« La vaccinothérapie en général et, spécialement, dans la fièvre typhoïde et le cancer ».

Parmi les rapporteurs dont le concours est dès à présent assuré, signalons MM. les professeurs Vaquez, Vincent, Chantemesse (de Paris); Spillman et Haushalter (de Nancy); Bayet, Bordet, Zunz, Geeraerd, Derscheid (de Bruxelles); Burnand (de Leysin), etc., etc.

On peut envoyer son adhésion au Congrès dès ce jour. Prière d'écrire à M. le docteur Godart-Danhieux, 9*a*, rue Montoyer, Bruxelles, et de joindre à sa lettre d'inscription, un mandat de 20 francs. Les dames des membres ainsi que les étudiants en médecine sont admis comme membres associés (cotisation 10 francs).

Les membres du Congrès, qui désireraient y faire une communication, sont priés d'en avertir au plus tôt M. le professeur René Verhoogen, secrétaire général du Comité d'organisation, 22, rue Joseph II, à Bruxelles. Aucune communication ne pourra être acceptée après le 1er septembre.

L'UMFIA ET LES VOYAGES DE MÉDECINS ESPAGNOLS A PARIS. — Notre confrère, le journal *España Medica*, vient d'organiser, pour la seconde fois cette année, un voyage d'études de médecins espagnols à Paris, après entente avec l'*Union médicale franco-ibéro-américaine*. Une vingtaine de nos confrères de la péninsule sont donc arrivés dimanche, sous la conduite du docteur Eleizegui, l'actif directeur d'*España Medica*. Ils ont été reçus à la gare d'Orsay par MM. Dartigues, président, Gaullieur L'Hardy et Mathé, secrétaire général et secrétaire adjoint de l'UMFIA. Ils vont consacrer toute la semaine à visiter différents services d'hôpitaux dont la liste a été préalablement dressée par eux, et seront reçus jeudi, en un dîner intime, que l'UMFIA donne en leur honneur et dont M. le professeur Landouzy, membre du comité d'honneur de l'Union, a bien voulu accepter la présidence.

On ne peut que souhaiter de voir se multiplier ces voyages, si utiles pour le bon renom de la science médicale française et les relations intellectuelles entre l'Espagne et la France, ce qui est d'ailleurs le but unique auquel répond la création de l'UMFIA.

V. E. M. 1914. — Le quatorzième Voyage d'études médicales aux stations hydrominérales, maritimes et climatiques de France, organisé par le docteur Carron de la Carrière, aura lieu du 31 août au 13 septembre 1914, sous la présidence effective du professeur Landouzy.

Il comprend les stations des Vosges, du Nord et de l'Ouest de la France.

I. La ville de Nancy est prise comme point de concentration de tous les voyageurs. Chacun s'y rendra isolément.

Pour arriver à Nancy (gare de la Compagnie de l'Est), toutes les compagnies de chemins de fer accordent une réduction de moitié prix.

II. De Nancy à Enghien-les-Bains, les voyageurs visiteront en groupe : Gérardmer, La Schlucht, Bussang, Plombières, Bains-les-Bains, Luxeuil, Bourbonne, Martigny, Contrexeville, Vittel, Mondorf, Saint-Amand, Zuydcoote, Berck, Forges-les-Eaux, Bagnoles-de-l'Orne, Enghien-les-Bains.

Prix à forfait : 300 francs par personne. Ce prix comprend tous les frais du voyage depuis le dîner du lundi 31 août à Nancy jusqu'au moment où les voyageurs se sépareront le dimanche 13 septembre à Enghien-les-Bains : trajets en chemin de fer, voitures, hôtels, nourriture, transport des bagages, pourboires.

Pour retourner de Paris à son lieu de résidence, toutes les compagnies de chemins de fer accordent une réduction de moitié prix.

Pour s'inscrire, envoyer :

I. Son adhésion au docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris 8e : 1° son nom et son adresse lisiblement écrits ; 2° l'indication de la gare d'où l'on partira, ou, pour les étrangers, la gare d'accès sur le territoire français.

II. Sa souscription, 300 francs, au docteur Jouaust, 4, rue Frédéric-Bastiat, Paris 8e.

ORCHESTRE MÉDICAL. — Grande soirée de gala à la salle Gaveau, le jeudi 11 juin, à neuf heures, donnée par l'Orchestre médical au bénéfice de sa caisse de secours destinée à aider les œuvres d'assistance professionnelle.

L'Orchestre médical, qui s'est placé au rang des meilleures sociétés symphoniques, comprend 90 exécutants, sous la direction de M. Henri Büsser, chef d'orchestre à l'Opéra.

Première partie. — Ouverture d'*Egmont*, de Beethoven; Concerto, pour piano et orchestre, de Grieg, par Mlle Alice Léon (1er prix du Conservatoire); Mélodies de J.-S. Bach, chantées par Mme Saulnier-Blache; Allegro, prélude, variations sur un thème de Corelli, pour le violon, par Mlle Noëla Cousin (1er prix du Conservatoire).

2e partie. — *Le Mariage secret*, opéra bouffe italien de Cimarosa, traduction de MM. Nuitter et Beaumont, chanté par Mlle M. Bonnard, Mmes René Bonamy et Bouchacourt, MM. Rambaud, Grandjean et Morturier.

Ce chef-d'œuvre n'a pas été joué à Paris depuis 1836.

Prix des places de 1 fr. 50 à 4 francs.

On trouve des billets à la salle Gaveau.

NOUVELLES MÉTHODES APPLIQUÉES A LA CLINIQUE ET A LA THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES DE L'ENFANT ET DU NOURRISSON. — MM. G. Blechmann et M. Delort commenceront le vendredi 19 juin une série de 10 démonstrations (réaction de Landau, autovaccination de Wright dans les pyodermites des nourrissons, injections intraveineuses, prises de sang, réaction à la luétine, etc.). Elles auront lieu les lundi, mercredi et vendredi à quatorze heures à l'hôpital des Enfants-Malades.

S'adresser le matin à neuf heures à la salle Blache (le nombre des élèves est limité).

FORMULAIRE

RÉGIME DES DIABÉTIQUES

Le régime lacté est souvent ordonné aux diabétiques maigres à dénutrition azotée. Le lait n'est pas toujours toléré et donne souvent soif.

C'est alors que d'excellents résultats ont été obtenus avec le « Képhir Salières », champagne lacté, sans sucre, riche en levures, à la dose d'une canette par jour.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel pratique de la médication hypodermique, par les docteurs BOSC, FERNET, GILLET, MAUTÉ, SAÏSSI, TOURNADE, GALLOT, LECOCQ. 2e édition. 1 vol. de 284 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, Laboratoire d'hypodermie, 15, avenue Perrichont.

Traitement des sténoses aiguës du larynx, par le docteur Guillermo ZORRAQUIN. In-8, avec 7 figures.— Prix : 2 francs. — Paris, Vigot frères.

L'Hypertension artérielle au cours des néphrites chroniques urémigènes (ses modalités cliniques, son traitement) (*Consultations médicales françaises*, fasc. 64), par le docteur J. CASTAIGNE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. In-16 de 24 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco; abonnement annuel (12 fasc.) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

DÉLIRE HYPOCONDRIAQUE
ET
LÉSIONS ORGANIQUES

Par MM. A. RODIET et P. DALMAS,
Médecins de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron.

L'idée hypocondriaque est une préoccupation exagérée ou sans fondement, relative à la santé physique. Cette définition, unanimement adoptée, suffit à poser le problème pathogénique, encore si discuté, de l'origine de l'hypocondrie. Pour les uns, cette origine est intellectuelle, tandis que pour les autres elle est organique. Les deux doctrines, qui ne font, du reste, que ressusciter une vieille querelle, ont été respectivement défendues dans ces dernières années par M. Dubois (de Berne) et par M. Head (1) [de Londres].

Pour le premier de ces auteurs, les formes légères de l'hypocondrie font partie des psycho-névroses, maladies sans lésions organiques, purement mentales ou morales. Pour le médecin anglais, au contraire, la dépression, l'exaltation psychique, l'état d'inquiétude, observés au cours d'affections purement viscérales, ne sont pas des états intellectuels, mais traduisent des modifications organiques périphériques, rendues sensibles par une douleur viscérale réfléchie. Ainsi, dans la genèse des idées hypocondriaques, M. Head attribue au grand sympathique toute l'importance que M. Dubois veut réserver au cerveau.

Ces deux doctrines en apparence si contradictoires ne sont pas, en réalité, irréductibles. Tous les documents anatomiques, cliniques ou thérapeutiques, accumulés de part et d'autre, concordent pour démontrer l'égale nécessité des deux facteurs psychique et viscéral, dans la genèse de l'idée hypocondriaque. En un mot, pour que naisse l'idée hypocondriaque, il faut : 1° un *tempérament hypocondriaque*, c'est-à-dire une tendance constitutionnelle spéciale, qui pousse le sujet à délirer ou tout au moins à orienter son esprit dans le sens hypocondriaque ; 2° des *troubles cénesthésiques*, c'est-à-dire des troubles de la sensibilité générale, avec ou sans lésions du grand sympathique, mais dépendant toujours du domaine de ce nerf. Ces troubles nécessaires, ordinairement acquis et accidentels de la cénesthésie, peuvent rester méconnus. Nos moyens de diagnostic clinique ne sont pas, en effet, d'une précision telle qu'ils nous permettent d'affirmer la réalité de quelque léger trouble gastro-intestinal, hépatique ou rénal. Si bien qu'on peut admettre que l'hypocondriaque présente, le plus souvent, des lésions organiques périphériques, assez délicates pour rester méconnues pendant sa vie.

A plusieurs reprises, l'anatomie pathologique a donné des arguments à l'une ou l'autre de ces théories. Il ne convient pas ici d'exposer l'anatomie pathologique de l'hypocondrie. Toutefois, l'étude du sympathique abdominal a contribué à démontrer l'origine périphérique des troubles mentaux de l'hypocondrie. C'est ainsi que M. A. Vigouroux, en pratiquant l'examen histologique du cerveau de tous les paralytiques généraux décédés dans son service de l'Asile de Vaucluse, a constaté que les lésions bulbaires seraient notablement plus fréquentes chez les paralytiques à délire hypocondriaque. Au cours de plusieurs travaux, cet auteur a insisté sur la fréquence des lésions organiques dans le délire hyponcondriaque. Il a même publié deux observations d'hypocondrie avec lésions organiques latentes. La première concernait un lymphome tuberculeux avec lésions tuberculeuses méningées. La seconde, un épithélioma de la petite courbure de l'estomac, chez un malade qui avait présenté des idées de négation (1). Au Congrès de Rennes, Roy a défendu l'origine somatique du délire hypocondriaque, et M. Dupré, qui s'est, à plusieurs reprises, occupé de cette question, a apporté d'intéressantes observations de délire de possession par des animaux. D'après l'auteur, le délire était dû à des troubles de la cénesthésie, survenant presque toujours chez des débiles.

L'un de nous a observé, en 1912, un délirant persécuté chez qui le délire s'était transformé ultérieurement en un délire de zoopathie interne (possession par des vipères avec idées de négation et d'obstruction d'organes). L'autopsie révéla une linite plastique, méconnue pendant la vie.

L'observation suivante démontre que l'examen du malade hypocondriaque doit toujours être un examen physique complet, afin que le médecin reconnaisse si les troubles mentaux, sous l'influence de lésions organiques, sont apparus ou se sont exagérés.

OBSERVATION. — B..., veuve S..., née le 12 mars 1848, entre à la Colonie familiale le 10 février 1908 par transfert de l'asile de Moisselles.

Antécédents héréditaires. — Père de la malade, débile mental. Mère morte en état de démence sénile.

Antécédents personnels. — La malade qui est d'intelligence peu développée et de très petite taille n'a jamais pu apprendre à lire. Elle a toujours été émotive et disposée au mysticisme. A l'âge de quinze ans, des visions ; la Sainte Vierge lui est apparue et lui a promis de la conduire en voyage et en pèlerinage.

Mariée à vingt-cinq ans ; a eu trois enfants, dont une fille est seule vivante actuellement. Un fils est mort d'une fracture du crâne ; l'autre s'est suicidé.

Histoire de la maladie. — Début des troubles psychiques en juin 1898. A cette date, le mari meurt subitement et laisse sa veuve et ses trois enfants dans la misère. Epuisée physiquement et moralement, B... devient triste, s'isole, néglige son intérieur et oublie de préparer les repas de ses enfants. Des idées de persécution apparaissent en même temps que des idées de culpabilité et des craintes imaginaires : les voisins et la concierge lui veulent du mal ; on va l'arrêter ; dans la rue, on veut la faire écraser par les tramways ; l'électricité l'empêche de marcher. Ses enfants sont malades ; la fin du monde va arriver, etc. Sous l'influence de cet état dépressif,

(1) *Comptes rendus du Congrès des aliénistes et neurologistes*, p. 34, Rennes 1905.

(1) A. VIGOUROUX. Hypocondrie et lésions organiques latentes, *Ann. méd.-psychol.*, 1905, p. 98.

B... refuse les aliments, fait une tentative de suicide et on doit l'interner.

6 juillet 1899. — A l'entrée dans le service de l'admission, la malade se plaint de la tête. Elle dit avoir été malade depuis sa ménopause. Ses digestions sont pénibles. Elle explique sa sitiophobie par des craintes d'empoisonnement, basées sur des hallucinations du goût et de l'odorat. L'examen clinique dénote des hallucinations auditives épisodiques.

Sous l'influence du repos physique et moral, la dépression s'atténue; B... dort bien et s'alimente, mais ne s'occupe pas. En 1900, les idées de persécution disparaissent, mais les préoccupations hypocondriaques prennent la première place. La malade qui dort bien se plaint avec insistance de ne pas dormir et de souffrir de migraine. Elle recherche constamment sur elle-même des sujets à interpréter dans le sens de ses préoccupations. Elle est surtout inquiète de son tube digestif; elle sent de l'eau bouillante qui circule dans ses intestins. Il faut noter que la malade est constipée et ne peut aller à la selle, qu'avec des lavements.

Toutefois, jusqu'en février 1908, malgré ces idées hypocondriaques, la santé physique de Mme B... n'est pas atteinte et elle est capable de travailler. Sans doute, la malade se plaint toujours en interprétant, dans le sens de maladies graves, les diverses sensations qu'elle éprouve, mais ses plaintes ne se manifestent que lorsqu'on lui parle depuis quelques minutes, tandis qu'avant son internement elle courait après les médecins pour leur exposer toutes ses souffrances. Si l'habitude hypocondriaque persiste, les préoccupations sont moins actives. C'est à cette période de résignation que la malade est transférée à la colonie familiale de Dun-sur-Auron.

23 février 1908. — A l'entrée, le docteur Truelle constate que, si la mémoire est excellente, la malade présente de l'affaiblissement intellectuel lié à l'involution sénile. Insomnie. Constipation. Langue chargée. Anorexie. Rien aux poumons ni au cœur. Pas d'albumine ni de sucre dans les urines. Rhumatisme articulaire aigu localisé aux phalanges. B... présente l'aspect d'une déprimée mélancolique. La face est pâle, les traits sont tirés et la physionomie exprime la souffrance. Elle est atteinte, dit-elle, d'une maladie incurable. Tous ses enfants sont malades, « elle n'aura plus de courage à rien ». La malade est bien orientée, mais l'émotivité est modifiée par le caractère pénible des impressions morbides. Le délire est cohérent et témoigne d'une certaine activité des facultés d'association.

Quelques idées de persécution; on l'a volée deux ou trois fois; c'était de la jalousie; le concierge lui en voulait et la menaçait avec un grand couteau.

Dès son arrivée, B... est placée à la campagne. Elle s'occupe chez ses nourriciers aux travaux d'intérieur. Les sentiments affectifs sont intacts et la malade ne montre pour son entourage ni indifférence ni hostilité. Bien que l'état général soit satisfaisant et que la malade s'alimente bien, ne vomisse pas, ne présente pas d'amaigrissement, elle se plaint à chacune des visites du médecin dans les mêmes termes : « J'ai une faiblesse générale, mal dans la tête, des crampes d'estomac, une grande inflammation, une douleur dans le côté gauche, mon haleine est fétide. » Elle croit avoir un serpent dans le côté gauche, mais ne présente pas d'hallucinations sensorielles ni d'idées de négation.

20 janvier 1914. — L'état physique jusque-là satisfaisant devient assez rapidement précaire. Anorexie. Amaigrissement. Un léger œdème malléolaire apparaît aux deux jambes. La malade est transportée à l'infirmerie de la colonie. A l'examen, on trouve dans l'hypocondre droit une tumeur dure, régulière, située profondément et adhérente à la colonne vertébrale. Une zone de sonorité persiste en avant de la tumeur. Il s'agit donc d'un cancer du rein. Jusqu'alors la tumeur avait été latente et n'avait provoqué ni douleurs ni hématuries.

L'examen des urines est négatif.

27 janvier. — L'œdème des jambes a disparu. L'anorexie persiste. Les préoccupations hypocondriaques sont très marquées. B... se plaint d'une douleur dans l'hypocondre gauche. « J'ai quelque chose qui me monte dans la gorge; on dirait que j'ai un serpent dans l'estomac. »

La palpation de l'épigastre n'est pas douloureuse, mais l'estomac est dilaté. Il faut noter que la malade se plaint de souffrir du côté gauche, alors que la tumeur rénale est située du côté droit.

28 janvier. — Examinée par un chirurgien de Bourges, le docteur Milhiet, qui déclare toute intervention chirurgicale inutile et confirme le diagnostic de cancer du rein.

2 février. — La tumeur rénale s'accroît rapidement. Elle fait saillie dans la région lombaire, s'étend en bas et en avant et forme une masse peu mobile, adhérente aux plans profonds, surtout du côté du rachis.

Fièvre hectique, 36°5 le matin, 38°5 le soir.

24 février. — Œdème des jambes. Ascite peu abondante. Météorisme. Teinte jaune paille. Cachexie rapide. Les idées hypocondriaques persistent avec le même caractère (serpent dans l'estomac).

10 mars. — Hématémèse abondante. D'abord nausées, puis vomissement d'un litre et demi d'une substance noirâtre, comparable à du marc de café.

11 mars. — *Autopsie.* — L'estomac, légèrement dilaté, est incisé le long de la grande courbure et présente un ulcère siégeant à un centimètre et demi du cardia. L'ulcération est entourée d'un piqueté noirâtre et sur les bords de nombreuses artérioles béantes. La tumeur rénale est volumineuse. Elle occupe la plus grande partie de la région abdominale droite; elle a laissé à l'organe sa forme générale à cause de la résistance de la capsule fibreuse qui limite le rein et l'enkyste. Le bord interne du rein cancéreux est accolé à la veine cave inférieure ainsi comprimée. Le rein tout entier est transformé en une masse néoplasique énorme, intracapsulaire, envahissant et oblitérant les calices, le bassinet, le sommet de l'uretère et présentant des foyers hémorragiques diffus. Les parties déclives, les culs-de-sac du vagin et l'utérus baignent dans le liquide ascitique assez abondant.

En résumé, débilité mentale constitutionnelle. Début de la maladie à cinquante et un ans. Dépression mélancolique. Délire hypocondriaque fondé sur l'interprétation des troubles de la sensibilité viscérale de l'appareil digestif. Cancer du rein. Mort par hématémèse. A l'autopsie, cancer du rein et ulcère de l'estomac.

De cette observation, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Il existait un rapport de localisation entre l'objet des préoccupations de la malade et les lésions qui existaient réellement. B... s'imaginait avoir un serpent dans l'estomac. Or, elle présentait un ulcus dont l'existence a été méconnue parce que les signes physiques et fonctionnels ne sont apparus que tardivement et que l'état de la malade était attribué à son cancer du rein. Dans une récente étude (1), M. Mathieu a démontré que l'évolution de l'ulcère est de longue durée, procède par poussées aiguës et qu'on observe des périodes de calme qui persistent parfois pendant plusieurs années, dans l'intervalle de ces accès.

(1) Albert MATHIEU. Etudes sur la pathologie de l'ulcus, *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 8, p. 117; n° 14, p. 213, et n° 21, p. 325.

L'idée hypocondriaque paraît donc résulter de l'interprétation des troubles de la sensibilité viscérale.

2° Par son hérédité et ses antécédents personnels, B... présentait le terrain nécessaire à l'explosion du délire hypocondriaque.

3° Une fois de plus, on constate que l'hypocondrie et le cancer sont fréquemment associés. M. Vallon (1) rapporte un cas de cancer du larynx chez un professeur qui fut soigné pour des troubles hypocondriaques à un moment où l'examen laryngoscopique ne put mettre en évidence le cancer qui évolua par la suite. Dagonet (2) a trouvé des lésions organiques (ulcère de l'estomac reconnu à l'autopsie) chez un hypocondriaque s'imaginant qu'il avait un serpent dans l'estomac. Ce cas est analogue à celui que nous avons cité. Il n'est pas douteux que, suivant la théorie soutenue par le docteur Picqué (3), une intervention faite chez ces malades au début de leur affection aurait pour effet d'améliorer leur état mental.

4° On peut se demander si la distinction entre l'hypocondrie constitutionnelle et l'hypocondrie essentielle est bien légitime, et si, au point de vue pathogénique, le terme désignant chacune des formes ne devrait pas indiquer seulement la prédominance de l'un des deux facteurs, mais non pas l'exclusion de l'autre. Parfois, en effet, ce sont les troubles de la cénesthésie qui occupent la première place tandis que d'autres fois le tempérament hypocondriaque est seul en cause.

5° Faut-il admettre que B... est devenue aliénée et délirante à la suite et parce qu'elle était atteinte de lésions organiques? Nous ne le croyons pas. Le cancer du rein peut être de longue durée (Dieulafoy et Chauffard citent des cancers du rein qui ont évolué en dix ans). Il en est de même de l'ulcère de l'estomac, mais rien ne prouve que le cancer et l'ulcère aient précédé le délire. D'après les antécédents, les troubles mentaux ont été antérieurs aux troubles physiques et les idées délirantes se sont adaptées aux sensations organiques.

Quoi qu'il en soit, le malade atteint d'idées hypocondriaques doit être souvent examiné par le médecin. Trop souvent, celui-ci après un premier examen négatif, s'imagine connaître son malade, alors qu'une étude plus attentive et fréquemment répétée lui aurait révélé des symptômes physiques graves justifiant les préoccupations du malade et nécessitant un traitement actif et parfois une opération.

(1) Vallon. *Ann. méd.-psychol.*, 1905, p. 446.
(2) Dagonet. Th. de Lévy, Paris 1907.
(3) Picqué. *Chirurgie des aliénés*, 1913.

ACTUALITÉS

QUELQUES FORMES DE LA SYPHILIS HÉPATIQUE

Je n'ai pas l'intention de faire une étude anatomo-pathologique et clinique complète de la syphilis hépatique; je désire seulement signaler quelques travaux récents où certaines formes de syphilis hépatique ont été bien décrites, où l'on a relaté des cas anormaux, dont le diagnostic était particulièrement difficile.

Dans un certain nombre d'observations, la syphilis hépatique présente l'aspect clinique d'une cirrhose ascitique et peut être confondue avec une cirrhose alcoolique. Castaigne, Gouraud et Paillard (1) ont montré qu'il n'existe guère de signe clinique permettant de différencier ces deux affections et que bien souvent l'erreur de diagnostic n'a pu être évitée. Un malade, âgé de trente à cinquante ans, a de l'ascite avec circulation collatérale, des troubles digestifs, parfois des hémorragies gastro-intestinales; l'ascite ayant été ponctionnée, on trouve un gros foie et une grosse rate. Si l'hypertrophie hépatique est irrégulière, si la surface du foie est inégale, sillonnée de dépressions, ces signes permettent de penser au foie scléro-gommeux ficelé de la syphilis tertiaire, et l'interrogatoire du malade, la recherche de la réaction de Wassermann compléteront le diagnostic. Mais il peut se faire que le foie hypertrophié soit à peu près régulier, et dans ces conditions si l'on ne pense pas tout spécialement à la syphilis, si, d'autre part, le malade présente quelques stigmates d'alcoolisme chronique, on s'arrêtera, sans chercher plus loin, au diagnostic de cirrhose alcoolique hypertrophique. Peut-on trouver, soit dans les symptômes cliniques, soit dans l'évolution, des arguments en faveur de la syphilis? D'après Castaigne, Gouraud et Paillard, le syndrome d'hypertension portale est parfois incomplet (pas d'hémorroïdes, peu de circulation collatérale), la rate est souvent plus grosse que dans la cirrhose éthylique, la coexistence d'albuminurie plus fréquente; mais, en somme, ce sont des signes de diagnostic différentiel peu caractéristiques, et, dans beaucoup de cas, l'examen clinique seul ne fournit pas un diagnostic étiologique précis. Ce sont les arguments fournis par le laboratoire (réaction de Wassermann) et par le traitement (résultats de la cure mercurielle) qui ont le plus de valeur.

La syphilis hépatique peut encore simuler une cirrhose alcoolique atrophique; les observations de syphilis hépatique avec petit foie et ascite sont moins nombreuses que celles de cirrhose hypertrophique. On en trouve cependant quelques exemples dans la thèse de Balland (2), en particulier un cas de Debove. Il s'agit d'une femme ayant un type clinique très net de cirrhose de Laënnec à petit foie, mais elle n'était pas alcoolique et la réaction de Wassermann était positive; sous l'influence du traitement antisyphilitique l'état de cette malade fut notablement amélioré sans qu'on puisse cependant arriver à une guérison complète. Balland cite encore une observation de Bergeron : foie petit, ascite, Wassermann positif; traitement par le biiodure de mercure; le malade quitte l'hôpital en état de guérison apparente. Il faut donc retenir que certaines formes de cirrhose syphilitique peuvent simuler à s'y méprendre les formes atrophique et hypertrophique des cirrhoses alcooliques (Balland).

Un autre groupe de faits comprend les cas où domine le syndrome ictère; on en trouvera une bonne description dans

(1) Castaigne, Gouraud et Paillard. Les gros foies syphilitiques de l'adulte. Etude clinique et thérapeutique, *Le Journal médical français*, 15 avril 1913.
(2) Balland. *Cirrhoses syphilitiques simulant les cirrhoses alcooliques*, Th. de Paris, 1912-1913, n° 39.

la thèse de Sevin (1). La syphilis, héréditaire ou acquise, donne les différentes variétés d'ictères chroniques avec trois formes cliniques principales : l'ictère chronique avec hépatite hypertrophique, type maladie de Hanot; l'ictère chronique syphilitique par rétention ; l'ictère chronique hémolytique.

Hanot signala en 1896 que la syphilis détermine parfois une hépatite hypertrophique avec ictère chronique réalisant ainsi une cirrhose très analogue à celle qu'il avait décrite et qui est aujourd'hui connue sous le nom de cirrhose hypertrophique biliaire, maladie de Hanot. Cette affection constitue habituellement une complication tardive de la syphilis, apparaissant dix, douze ans et même plus après le chancre. Dans certains cas cependant le début est très précoce; tout récemment, Caussade et Lévi-Franckel (2) ont relaté l'observation d'un syphilitique qui, cinq mois après un chancre induré, présentait déjà un ictère intense, sans décoloration des fèces, avec un foie très volumineux, une rate très hypertrophiée; ce syndrome de Hanot était bien d'origine syphilitique, car un traitement mercuriel fit rétrocéder la plupart des symptômes, et au bout de trois mois le foie et la rate avaient repris leur volume normal. Comme symptomatologie, la maladie de Hanot syphilitique ne se distingue que par des nuances de la cirrhose de Hanot; c'est le même ictère, précoce et permanent, avec des variations dans son intensité, le malade devenant plus jaune à certains moments, mais sans décoloration des matières; c'est la même hypertrophie du foie et de la rate, moins marquée toutefois peut-être dans le syndrome syphilitique; on ne constate ni ascite, ni circulation collatérale; les troubles gastro-intestinaux ne sont pas constants, on note quelquefois une diminution de l'appétit, des douleurs d'estomac, des nausées et même des vomissements, des alternatives de constipation et de diarrhée; l'examen des urines révèle la présence de pigments biliaires, d'urobiline, parfois une diminution de l'urée et de la glycosurie alimentaire; la recherche de l'albumine devra être pratiquée avec soin et l'on pourra trouver une albuminurie abondante qui constitue un bon élément de diagnostic pour la nature spécifique de la maladie; à l'examen du sang il n'y a pas de leucocytose alors que celle-ci est notée au cours de la cirrhose biliaire. La maladie de Hanot syphilitique n'est pas toujours apyrétique. Quelquefois le malade a, soit par crises, soit d'une façon continue, une fièvre plus ou moins élevée. Si l'étiologie du syndrome de Hanot n'est pas reconnue, la maladie évolue assez rapidement, la cachexie ne tarde pas à s'installer et la terminaison fatale surviendra à brève échéance; d'après Hanot, l'hépatite hypertrophique syphilitique a une marche plus rapide que la cirrhose hypertrophique biliaire dans laquelle l'état général peut se maintenir longtemps et la mort ne survenir qu'au bout de plusieurs années. Le malade succombe tantôt par insuffisance hépatique aiguë, du type ictère grave; tantôt par les progrès de la cachexie; dans quelques cas la mort a été due à une hémorragie gastro-intestinale abondante ou à des infections intercurrentes. Ce pronostic très sombre de la maladie de Hanot d'origine syphilitique doit être complètement modifié si l'étiologie spécifique a été établie assez tôt pour que le traitement antisyphilitique puisse agir; Hanot, Léon Bernard, Lortat-Jacob, Castaigne ont vu, sous l'influence du traitement, l'ictère diminuer puis disparaître, le foie et la rate reprendre à peu près leurs dimensions normales; mais, dans certains cas, après une période de guérison apparente, on observe une reprise du syndrome de Hanot plus ou moins complet ; les malades doivent donc être longtemps surveillés et soumis à un traitement mercuriel prolongé. Dans le cas de Caussade et Lévi-Franckel, malgré un traitement régulièrement suivi, une nouvelle poussée d'hypertrophie spléno-hépatique survint, un an après la guérison, mais cette fois sans ictère et sans albuminurie. Il convient, par conséquent, de faire des réserves sur l'avenir de ces malades.

Les ictères chroniques syphilitiques par rétention sont dus à une oblitération des gros canaux biliaires par une gomme hépatique, par une adénopathie du hile ou encore par une bride de périhépatite; dans d'autres cas, comme celui de Funcke, les voies biliaires extrahépatiques sont obstruées par du tissu de sclérose. L'ictère chronique peut enfin être la conséquence d'une lésion syphilitique du pancréas ; Riedel a observé un cas de compression du cholédoque par une tumeur intrapancréatique du volume d'une noisette, chez un ancien syphilitique; mais, en l'absence d'examen histologique, il ne peut affirmer si la tumeur pancréatique était bien de nature syphilitique. Au point de vue clinique ces ictères sont intenses, s'accompagnent de décoloration des matières ; le foie et la rate peuvent être augmentés de volume. L'état de la vésicule biliaire varie selon le siège de la compression, la vésicule étant distendue quand la partie terminale du cholédoque est comprimée, petite et atrophiée quand l'obstacle siège à l'émergence des voies biliaires extrahépatiques. Le diagnostic de ces ictères est des plus difficiles; c'est toute la question des ictères chroniques par rétention, il faut éliminer en particulier la lithiase biliaire et le cancer de la tête du pancréas.

Sevin signale ensuite les ictères chroniques à type hémolytique qui surviennent chez les hérédo-syphilitiques ; le professeur Hayem appela le premier l'attention sur le rôle que jouait la syphilis dans certains cas d'ictère chronique splénomégalique et il en publia quatre observations; ces ictères peuvent revêtir un caractère familial (Fournier et Joltrain). Ils ont une durée indéfinie à moins qu'un traitement antisyphilitique n'amène une amélioration notable, quelquefois même une guérison complète (Sablé et Danel).

La syphilis est aussi la cause de certains ictères du nouveau-né et on observe alors, selon la nature des lésions, un ictère sans rétention, un ictère avec rétention ou un ictère hémolytique.

Il nous reste encore à étudier des formes très curieuses de syphilis hépatique que l'on peut appeler, avec Lejars, les formes chirurgicales. Dans ces cas, en effet, les gommes forment des tumeurs localisées et quelquefois de grosses tumeurs. Brault a décrit cette variété rare de syphilis hépatique dans un travail lu à l'Académie de médecine le 3 mai 1910 ; mais c'est surtout le professeur Lejars (1) qui a publié à ce propos un article très documenté relatant plusieurs observations personnelles ainsi que les faits analogues des auteurs allemands et américains. Presque toujours une erreur de diagnostic avait été commise, et ces gros foies syphilitiques se présentent sous des aspects qui peuvent tromper les cliniciens les plus expérimentés. Cancer du foie, kyste hydatique, péricholécystite, tumeur de la vésicule biliaire et même tumeur rénale, tels sont, en effet, les différents diagnostics qui ont été posés dans des cas où l'intervention chirurgicale et les résultats du traitement spécifique démontrèrent qu'il s'agissait de syphilis hépatique.

Comme exemple de gommes isolées simulant un kyste hydatique du foie, on peut citer une observation de Lejars et Parvu; une femme de vingt-cinq ans a, dans l'hypocondre gauche, une tuméfaction saillante, arrondie, circulaire, mate, mobile avec la respiration et débordant les fausses côtes de trois travers de doigt; la rate n'est pas hypertrophiée; le ventre ouvert, on trouve un lobe gauche du foie dur, violacé, parsemé à sa surface de petits nodules jaunâtres. Etait-ce de

(1) Otto Sevin. *Les Ictères chroniques syphilitiques*, Th. de Paris, 1913 ; Jouve, éditeur.

(2) Caussade et Lévi-Franckel. Syndrome de Hanot syphilitique secondaire, *Soc. méd. des hôpit.*, 8 mai 1914.

(1) Lejars. Les grosses tumeurs syphilitiques du foie, *Semaine méd.*, 11 mars 1914.

la tuberculose, du sarcome ou de la syphilis? Le diagnostic resta hésitant, mais le traitement spécifique démontra la nature syphilitique de ces lésions.

Dans un autre cas de Lejars, on pensa successivement à un rein ptosé, à un kyste hydatique du foie, pour une grosse tumeur du flanc droit, arrondie, tendue, mobile avec la respiration. Une réaction de Wassermann fut positive, ce qui permit de conclure à une syphilis hépatique localisée et ici encore les résultats du traitement spécifique confirmèrent le diagnostic.

La confusion d'une syphilis hépatique avec un rein ptosé ou une tumeur rénale semble étrange, mais elle a pourtant été faite plusieurs fois. En voici une observation de König rapportée dans l'article de Lejars. Une femme de vingt-trois ans souffrait de l'estomac et du rein depuis des années; on sentait dans l'hypocondre et le flanc droit une tumeur ballottant d'avant en arrière. On ne put établir si elle appartenait au rein ou au foie, mais comme il était plus vraisemblable qu'elle fût rénale on intervint par la région lombaire. Le rein occupait sa place normale; une incision antérieure fut alors pratiquée et on découvrit une grosse masse irrégulière, pédiculée, émanant du lobe hépatique droit. La malade fut ultérieurement soumise au traitement spécifique et tout disparut.

Une autre localisation des grosses tumeurs scléro-gommeuses du foie donne aussi souvent lieu à des erreurs de diagnostic; c'est la localisation para-vésiculaire. La tumeur ressemble alors à une grosse vésicule et on a fait plusieurs fois le diagnostic de cholécystite chronique calculeuse.

D'autres syphilis hépatiques revêtent les apparences de l'ulcère gastrique ou duodénal, du néoplasme gastrique. Un homme de trente-huit ans, examiné par Lejars et Mathieu, souffrait de l'épigastre quelques heures après les repas; on sentait, dans la région de l'estomac, une masse dure, irrégulière, un peu bosselée; le Wassermann était positif. Néoplasme ou tumeur gommeuse? On fait une laparotomie et on trouve un lobe hépatique gauche bosselé, dur, blanchâtre, dont un fragment est prélevé; l'examen histologique montre que c'est une gomme.

Dans certains cas, enfin, l'hépatite syphilitique ressemble à un cancer du foie. Denéchau (1) est consulté par un homme de quarante-sept ans, éthylique, syphilitique depuis dix ans; cet homme a de l'anorexie, surtout pour la viande, de la pesanteur d'estomac, il maigrit; deux médecins l'ont déjà examiné et ont diagnostiqué l'un une cirrhose hypertrophique alcoolique, l'autre un cancer du foie. Rapidement ce malade se cachectise; le foie très hypertrophié est lisse, la rate grosse. Denéchau, hésitant entre le diagnostic de cancer et celui de syphilis hépatique, institue le traitement par le cyanure de mercure, le biiodure et l'hectine. Au bout de quelques semaines l'état général est redevenu excellent, le foie a repris ses dimensions normales; seule la rate reste hypertrophiée.

Il faut donc, dans un grand nombre de cas, penser à la syphilis, la rechercher en fouillant les antécédents du malade et en pratiquant la réaction de Wassermann. Ce qui complique le problème c'est que les anciens syphilitiques ne sont pas à l'abri d'autres affections, cirrhoses alcooliques, cancer du foie, cancer de l'estomac; on est par conséquent exposé soit à méconnaître la nature syphilitique d'une lésion, soit à déclarer d'origine syphilitique une affection quelconque survenant chez un syphilitique. C'est pourquoi l'épreuve du traitement constitue souvent l'argument décisif. Le mercure et l'iodure seront donnés à bonnes doses, surtout le mercure (injections de biiodure ou de benzoate de mercure); peut-être l'emploi de suppositoires mercuriels serait-il particulièrement indiqué, puisque le mercure ainsi absorbé par voie rectale serait directement amené dans la région malade (Castaigne, Gouraud et Paillard). Pour ce qui est du salvarsan, certains auteurs en ont obtenu d'excellents résultats; mais, comme le salvarsan est ictérogène et peut dans certains cas exercer une action nocive sur le foie, il faudra surveiller de très près les malades soumis à cette médication. Castaigne, Gouraud et Paillard conseillent de vérifier préalablement l'intégrité de la fonction rénale et de n'employer que des doses faibles.

M. BRELET.

(1) DENÉCHAU. Foie syphilitique et cancer du foie, *Arch. méd. d'Angers*, 20 mars 1914.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 5 JUIN 1914)

Tuberculose pulmonaire traumatique. — MM. Georges BROUARDEL, Léon et René GIROUX rapportent l'observation très intéressante d'un homme sans antécédents pathologiques qui présente à la suite d'une contusion de l'hémithorax droit des lésions tuberculeuses qui ont évolué rapidement et ont amené la mort du blessé. Les lésions initiales siégeaient manifestement au niveau de la région traumatisée; les sommets ne furent atteints que secondairement comme en font foi les examens cliniques et radioscopiques pratiqués à plusieurs reprises.

Ils apportent en outre le résultat des recherches expérimentales qu'ils poursuivent depuis quelques mois déjà et qui semblent tout au moins en ce qui concerne une série d'animaux inoculés par la voie sous-cutanée à l'aide d'une culture de bacilles tuberculeux d'un mois, que le traumatisme (fracture de côte chez les lapins inoculés) avait localisé les lésions tuberculeuses.

Les auteurs insistent aussi sur ce fait que, dans la tuberculose dite traumatique, c'est-à-dire se développant chez un individu antérieurement sain, en apparence, il s'agit en général de traumatisme portant sur la paroi thoracique et consistant le plus souvent en contusion simple de la paroi, plus rarement en fractures de côtes; plus rarement encore en plaie pénétrante.

Les lésions tuberculeuses se développent symptomatiquement, immédiatement ou de quelques jours à quelques semaines après le traumatisme et elles siègent habituellement du même côté que la région traumatisée, exceptionnellement et comme dans le cas rapporté par MM. Brouardel, L. et R. Giroux, au niveau même de la contusion; rarement les lésions se développent du côté opposé.

Il semble, disent les auteurs, que le traumatisme agit le plus souvent en provoquant le développement d'une tuberculose locale, latente antérieurement; mais s'appuyant sur les recherches récentes ils pensent que le rôle de la circulation des bacilles dans le sang est plus important qu'on ne l'admettait jusqu'ici et que le foyer de tuberculose latente antérieure peut être éloigné du poumon.

Dix observations de tuberculose pleuro-pulmonaire d'origine traumatique. Considérations cliniques et médico-légales. — M. SIMONIN (du Val-de-Grâce) relate, en détail, dix observations personnelles recueillies dans le milieu militaire et dans lesquelles le traumatisme initial a été la compression ou la contusion directe du thorax sans plaies ni fractures; il en déduit les remarques suivantes :

1° L'hémoptysie n'a fait défaut que dans un seul cas où la réaction initiale s'est passée du côté de la plèvre; elle suit à peu près toujours, à bref délai, le traumatisme, est apyrétique et peu abondante;

2° La lésion pleurale ou pulmonaire se montre initialement

en regard de la région traumatisée et dans un délai assez rapproché du trauma;

3° Les réactions pulmonaires sont beaucoup plus fréquentes que les réactions pleurales;

4° Le trauma thoracique ne sert qu'à mettre en évidence une tuberculose latente. Les antécédents héréditaires et surtout personnels suspects ou nettement spécifiques font exceptionnellement défaut.

En dehors du traumatisme proprement dit, comme agent révélateur des tuberculoses pleuro-pulmonaires latentes ou larvées, on a coutume, dans l'armée, de tenir compte d'une part des traumatismes médicaux (refroidissement brusque et intense résultant de conditions spéciales défavorables, auxquelles le militaire est, de par un service commandé, obligatoirement astreint); et de la durée des services agissant comme facteur d'usure organique.

Une statistique recueillie au Val-de-Grâce montre que la tuberculose consécutive « à un fait précis de service ou à la longue durée des services » revendique environ 1/10 des indemnisations temporaires ou des pensions viagères accordées aux différentes catégories de militaires et spécialement aux sous-officiers ou aux soldats de carrière.

La proportion des tuberculoses pleuro-pulmonaires d'origine traumatique à proprement parler serait de 1,52 p. 100 dans la statistique de Simonin, tandis que dans une statistique militaire allemande officielle, elle ressort à 1,37 p. 100, chiffre très analogue.

Un cas de vomissements périodiques chez l'enfant. Etude des réactions urinaires d'acidose. — MM. Georges Vitry et Henri Labbé rapportent une observation longuement suivie de vomissements dits acétonémiques de l'enfance; ils ont pu analyser chaque jour les urines émises pendant trois crises consécutives et ils ont trouvé un certain nombre des caractéristiques des urines des acidosiques, des diabétiques en imminence du coma : l'acidité urinaire est très élevée pendant toute la durée de la crise et revient à la normale aussitôt que l'alimentation redevient possible; il en est de même de l'ammoniaque urinaire. L'azote total éliminé reste élevé, ce qui indique une destruction importante de l'albuminurie propre des tissus pendant cette période de crise où le jeûne est absolu. On peut déceler la présence des corps acétoniques pendant toute la durée de la crise par les réactions de Gerhardt, de Legal et de Lieben qui ont été fortement positives pour disparaître brusquement aussitôt que l'enfant a pu s'alimenter. L'acétone a été dosé en proportions notables, de même que l'acide β-oxybutirique que l'on ne trouve en général que dans les cas graves d'acidose.

IVe CONGRÈS DES PRATICIENS DE FRANCE

Tenu à Paris du 27 au 29 mai 1914 (1).

La discussion des rapports que nous avons résumés antérieurement a été suivie du vote d'un certain nombre de vœux que nous allons maintenant exposer brièvement.

Les conclusions du rapport de M. Le Fur ont été votées à l'unanimité. D'autre part, comme nous l'avons dit au début, M. Léon Labbé était venu apporter, au nom du ministre du Travail, certaines précisions qui ont permis, après une discussion très longue et très vive, de voter la nomination d'une délégation chargée de reprendre avec le ministre la conversation jadis interrompue.

Cette délégation s'est rendue le jeudi matin, 28 mai, au ministère du Travail et elle a rendu compte de son entrevue à la séance de l'après-midi. D'où le vote suivant :

« Le IVe Congrès des praticiens, réuni le 28 mai 1914, après avoir entendu la communication écrite qui lui a été faite, ce jour, par M. le ministre du Travail au sujet de la Commission Chéron,

Estime qu'en présence de cette situation nouvelle, il y aurait intérêt à ce que les syndicats médicaux de France envoient des délégués à cette Commission, ces syndicats ayant seuls qualité pour juger de l'attitude ultérieure qu'il conviendra de prendre;

Mais, au nom du corps médical français, demande à tous les médecins appelés à faire partie de cette Commission, de prendre l'engagement d'honneur de se retirer en bloc de la Commission, au cas où la question de tarification serait abordée. »

Les conclusions du rapport de M. Bertillon, relatives à l'alcoolisme, ont été adoptées à l'unanimité, de même que celles du rapport de M. Küss sur le rôle du médecin praticien dans la lutte contre la tuberculose.

Sur ces deux points il n'y avait pas de divergence d'opinion possible. Mais il n'en a pas été de même en ce qui concerne les divers rapports concernant l'organisation de l'hygiène et le rôle de l'administration.

M. Mirman, directeur de l'Assistance publique et de l'hygiène au ministère de l'Intérieur, est venu présenter de très intéressantes observations. Rappelant une phrase qui a fait fortune, à savoir que l'organisation de l'hygiène en France est une façade derrière laquelle il n'y a rien, M. Mirman en a démontré l'inexactitude, attendu qu'il n'y a point de façade; car façade suppose unité d'architecture et précisément les diverses attributions hygiéniques sont disséminées dans un grand nombre de ministères.

Les rapporteurs, en adressant des reproches à l'administration en ce qui concerne l'organisation de l'hygiène, ont d'ailleurs tort de dire que cette administration a été calquée sur la forme bureaucratique ordinaire, car là au contraire il n'y a aucune centralisation. C'est le maire, le maire seul, qui dans chaque commune est responsable. Aussi M. Mirman a-t-il conclu en souhaitant que tout ce qui concerne l'hygiène soit réparti dans un même département ministériel et que, d'autre part, les lois d'hygiène de 1884 et de 1902 soient modifiées de façon à donner une part plus effective au corps médical dans l'organisation de l'hygiène.

Une discussion très vive a suivi les paroles de M. Mirman et en fin de compte les conclusions des rapporteurs ont été adoptées.

Parmi les autres vœux qui ont été adoptés par le Congrès, citons le suivant formulé par le docteur Cibrie :

« Le Congrès des praticiens, représentant autorisé du corps médical français, sans discuter le principe d'un changement à apporter dans le mode de perception de l'impôt, proteste de la façon la plus formelle contre toute taxation qui, en nécessitant la preuve apportée par le médecin, serait une violation fatale et constante du secret professionnel. »

Reproduisons enfin ce vœu, très intéressant, qui portait un grand nombre de signatures, et non des moindres. Il a d'ailleurs été adopté par acclamations à l'unanimité.

« Le IVe Congrès des praticiens prenant acte de la volonté unanime du corps médical de repousser énergiquement toutes les tentatives de fonctionnarisation et de poursuivre partout l'application du **libre choix** du médecin par le malade et du paiement à la visite, principes qui doivent régir les rapports du corps médical avec toutes les collectivités;

Conscient de ses devoirs envers les malades dont il placera toujours les intérêts avant ceux du médecin;

Regrette que quelques abus *tout à fait exceptionnels* aient pu être reprochés à quelques rares médecins, toujours les mêmes d'ailleurs;

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 62, p. 1019 et n° 63, p. 1036.

Rappelle que, contre ces abus, les groupements professionnels ont toujours énergiquement protesté sans avoir trouvé ailleurs les concours nécessaires pour les réprimer ;

Déclare les réprouver formellement et se désolidariser d'avec leurs auteurs ;

Et invite les syndicats à poursuivre leur haute mission d'éducation morale de la nation et à prendre toutes mesures utiles pour empêcher le retour de ces très rares défaillances. »

Des travaux sur des questions diverses devaient être lus et discutés, mais il ne restait plus de temps disponible et ils ont été renvoyés à la Commission d'études.

Signalons, entre autres, une communication très documentée et très claire du docteur Kolbé sur l'**Organisation sanitaire et la lutte contre les maladies contagieuses en Allemagne**, un travail du docteur F. T. Labadie sur la **Lutte contre la tuberculose à New-York** et une étude du docteur Didier sur le **Rôle du médecin dans l'éducation physique.**

A. GAULLIEUR L'HARDY.

JURISPRUDENCE

BRIQUETS ET BIBERONS A TUBE

Le tribunal correctionnel de Bayeux a, dans un jugement du 14 mars 1914, fait une application aux biberons à tube de la jurisprudence constante relative aux briquets. D'après cette jurisprudence les individus qui vendent des pièces détachées de briquets, qui par leur réunion peuvent composer un briquet entier, sont susceptibles d'être poursuivis correctionnellement.

S'appuyant sur ce principe, le tribunal de Bayeux a condamné une herboriste qui, sans vendre de biberons à tube complets, avait dans son magasin toutes les pièces qui, par leur réunion, pouvaient constituer un biberon dont l'exposition et la vente est interdite par la loi du 6 avril 1910.

Voici d'ailleurs les attendus du jugement :

« Attendu qu'il résulte de l'information et des débats que la dame L... a, dans le courant de l'année 1913, à diverses reprises, notamment le 3 juillet, à Balleroy, mis en vente toutes les pièces constituant des biberons à tube, interdits par la loi du 6 avril 1910 ; qu'en effet, au jour indiqué, M. Onfroy, pharmacien à Vire, inspecteur des pharmacies et produits pharmaceutiques, a trouvé dans le magasin d'épicerie de la prévenue, des tubes en caoutchouc, des tubes en verre, des rondelles et bouchons en os, vingt-trois raccords en os, pour biberons interdits, vingt-trois tétines exclusivement destinées à être adaptées à ces biberons et ne pouvant l'être à d'autres bouteilles-biberons, trente-trois de ces bouteilles ayant des goulots à frottement du calibre des bouchons en os ;

Attendu que la réunion de ces éléments séparés de biberon à tube dans un magasin unique démontre l'intention, niée par la marchande, qu'avait celle-ci de les vendre pour constituer ou compléter des biberons de cette nature; que si chacun de ces éléments pris à part peut être employé à un autre usage, le délit est cependant caractérisé lorsque, comme en l'espèce, l'ensemble des pièces devait, dans l'intention de leur venderesse, être affecté à l'usage prohibé, ce qui démontre surabondamment l'assemblage parfait des différentes pièces trouvées dans le magasin de l'inculpée, assemblage auquel a procédé le magistrat instructeur et qui a été refait en présence du tribunal ; que sans doute la prohibition édictée par la loi du 6 avril 1910 ne saurait avoir pour effet d'empêcher la vente de tubes en caoutchouc ou même en verre qui peuvent être employés et sont couramment employés à des usages différents de celui qu'a interdit cette loi, mais qu'il n'est pas admissible que pour permettre cet emploi licite on tolère la vente séparée de toutes les pièces dont la réunion constitue le biberon à tube, tolérance qui aurait pour effet de rendre la loi inapplicable ;... »

Le ministère public avait en outre englobé dans les poursuites ceux qui avaient fourni les pièces détachées du biberon. Mais le parquet devait faire la preuve que les fournisseurs savaient l'emploi des pièces détachées, sinon aucune complicité ne pouvait leur être reprochée.

« Attendu que les inculpés G..., J... et V.... ne cherchent pas à nier les ventes qu'ils ont ainsi faites à la prévenue de ces accessoires, mais qu'ils affirment n'avoir pas su qu'elle les destinait à la reconstitution de biberons interdits ;

Attendu que c'est une question de pur fait de rechercher si, dans l'esprit des vendeurs, lesdits accessoires avaient cette destination; que sans doute ils devaient présumer qu'une détaillante, ayant un petit commerce d'épicerie, ne pouvait guère les revendre séparément, mais devait les réunir pour en former des biberons à tube, d'un usage trop répandu; qu'ils ont pu cependant se méprendre sur les intentions de la dame L..., qui ne leur achetait pas en même temps les éléments du biberon prohibé, mais séparément quelques-uns qui pouvaient servir aussi bien à des biberons à tube transformés, qu'à la reconstitution de l'ancien biberon à tube, seul interdit d'après la circulaire de M. le ministre de l'Agriculture, en date du 27 septembre 1910, remarquant qu'il serait abusif de s'opposer à la vente de ces pièces séparées lorsqu'il apparaît qu'elles sont bien destinées à recevoir la nouvelle destination dont s'agit;

Attendu que parmi les articles vendus, par les trois négociants dont s'agit, à la prévenue, on voit sur les factures des tubes en caoutchouc dont cette circulaire fait précisément observer qu'ils sont « susceptibles de divers emplois en dehors de la fabrication des biberons à tube » ;... »

Le tribunal n'a pas hésité à interpréter la loi du 6 avril 1910, qui cependant ne parle nullement des pièces détachées. Il résulte donc de cette décision, nouvelle en l'espèce, que contrevient à la loi du 6 avril 1910, relative à l'interdiction de la vente et de l'importation du biberon à tube, l'épicier qui met en vente dans son magasin toutes les pièces constituant des biberons à tube. La réunion de ces éléments séparés du biberon à tube, dans un magasin unique, démontre l'intention qu'avait le marchand de les vendre pour constituer ou compléter des biberons de cette nature. Peu importe que chacun de ces éléments pris à part puisse être employé à un autre usage ; le délit est suffisamment caractérisé quand l'ensemble des pièces doit, dans l'intention du marchand, être affecté à l'usage prohibé, ce que démontre au surplus l'assemblage des différentes pièces trouvées dans le magasin du prévenu.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

FORMULAIRE

LITHIASE RÉNALE

Alimentation surtout végétarienne (laitages, légumes, fruits), peu de viandes (jamais le soir) ; interdiction du vin pur, alcool, bière.

Quinze jours par mois : Bicarbonate de soude, 2 à 3 grammes pro die dans un verre d'eau, matin et soir.

Les autres quinze jours : Théosalvose lithinée, un cachet de 0g50 matin et soir (elle favorise la dissolution de l'acide urique en diminuant la concentration des urines).

ANALYSES

MÉDECINE

Vaccinations antigonococciques. (MAUBLANT. *La Province méd.*, 25 avril 1914, p. 187.) — L'auteur a employé le vaccin de Nicolle suivant la technique préconisée, c'est-à-dire injection intrafessière d'un demi-centimètre cube de vaccin, dilué dans un centimètre cube et demi d'eau physiologique.

De l'examen des résultats obtenus chez six malades vaccinés, il conclut que ce vaccin « n'est pas aussi atoxique qu'on l'a cru au début; il donne souvent de violentes réactions et, chez certains sujets, de même que pour le vaccin antityphique, il vaudra certainement mieux s'en abstenir ». A côté de ces inconvénients le vaccin présente certains avantages, entre autres celui de calmer les douleurs de l'orchite.

« En définitive c'est une médication auxiliaire, parfois utile, mais devant toujours laisser la première place au traitement local. »

Quelques remarques sur la vaccinothérapie antigonococcique. (A. BLUMENTHAL. *La Presse méd. belge*, n° 17, 26 avril 1914.) — L'auteur, ayant essayé ce traitement dans deux cas, n'a pu continuer en raison des symptômes qu'il provoquait : fièvre intense allant jusqu'à 40 degrés, céphalalgie, nausées, amaigrissement notable.

[Il est à noter que P. Denis (La vaccination antigonococcique, *Le Progrès méd.*, n° 7, 1er avril 1914) a constaté également que l'inoculation est parfois suivie de douleurs au point d'injection et détermine une recrudescence des symptômes antérieurs (augmentation de l'écoulement, congestion de l'urètre et de la prostate) ainsi que des phénomènes généraux (fièvre, céphalée, vomissement, douleurs névralgiques, etc.), assez marqués pour obliger à cesser son emploi. — S. C.]

Le vaccin n'avait d'ailleurs manifesté aucune influence sur l'écoulement urétral et l'évolution ultérieure de la maladie ne fut pas modifiée.

L'auteur pense donc que la méthode de destruction du gonocoque avec ce vaccin est encore loin d'être satisfaisante et que, pour quelques résultats favorables que l'on a signalés, il ne faut pas abandonner le traitement local classique qui a fait ses preuves. STEPHEN CHAUVET.

Le vaccin antigonococcique de Nicolle et Blaizot. (G. CHAURAND. Th. de Montpellier, n° 31, 1914, in *Province méd.*) — L'auteur a édifié ce travail sur 200 observations soit personnelles, soit empruntées aux divers auteurs qui ont utilisé ce récent vaccin. Il a observé que les injections sont un peu douloureuses et suivies de réactions. Pour lui, l'efficacité du vaccin est à peu près nulle dans les urétrites aiguës et dans l'urétrite chronique; et surtout appréciable dans les complications de la blennorragie : orchite, conjonctivite, etc.

STEPHEN CHAUVET.

Sérothérapie et vaccinothérapie du rhumatisme blennorragique. (G. BONNAMOUR et R. SALLE. *Lyon méd.*, 29 avril 1914, p. 732 et 5 mai 1914, p 792.) — Les auteurs étudient successivement, dans leur travail très consciencieusement documenté, les résultats obtenus dans le traitement du rhumatisme blennorragique, avec les sérums antigonococciques (Christmas, Torrey, Rogers), l'autosérothérapie (Maillet, Benasson), le sérum antiméningococcique (A. Pissavy et Stephen Chauvet), les vaccins antigonococciques (Wright, Merck, Besredka, Nicolle et Blaisot).

De toutes ces méthodes, deux seulement sont à retenir.

L'une, la plus récemment proposée, la vaccination de Nicolle et Blaisot a été présentée à la fois comme guérissant toutes les manifestations gonococciques et comme absolument atoxique. Pour ce qui est de l'action curatrice elle est très « variable suivant les auteurs ». Dans le rhumatisme blennorragique, la vaccination ne paraît surtout indiquée, pour les auteurs, que dans les formes chroniques. D'autre part, ce vaccin produit quelques réactions; les injections sous-cutanées sont très douloureuses et amènent un léger érythème faiblement douloureux; les injections intrafessières sont aussi suivies d'une douleur assez vive durant une demi-heure environ.

« Récemment, à la Société belge d'urologie (30 nov. 1913), Denis et Delcroix signalaient même des phénomènes généraux assez sérieux dans quelques cas traités par ce vaccin : crampes, raideurs musculaires, douleurs névralgiques, fièvre très intense, congestion de l'appareil uro-génital, etc. »

L'autre méthode est celle du sérum antiméningococcique de A. Pissavy et Stephen Chauvet. G. Bonnamour et A. Salle la conseillent dans les formes arthralgiques simples, douloureuses et dans les arthrites phlegmoneuses. Dans ces formes, le sérum antiméningococcique s'est « révélé analgésique en même temps que curatif ». L'action analgésique est constante et même considérée par Schmutz comme spécifique. Il en est de même de l'action antithermique. Les phénomènes inflammatoires sont très rapidement améliorés. « Le traitement par le sérum antiméningococcique, écrivent Bonnamour et Salle, abrège au minimum la durée de la maladie et le séjour du malade à l'hôpital; ceci permet d'éviter les graves séquelles que constituent l'atrophie et l'ankylose. D'après tous les auteurs qui ont eu l'occasion d'observer les résultats éloignés, ceux-ci sont excellents; c'est tout au plus si, dans les cas graves, il persiste une légère gêne fonctionnelle. » Par le sérum antiméningococcique « on évite les dangers d'une arthrotomie précoce « et l'ankylose en bonne position ne sera plus dorénavant la pensée directrice et dominante du médecin » (Barbe). Avec l'atrophie disparaissent les déformations et productions osseuses qui paraissent en être si fréquemment la conséquence ». STEPHEN CHAUVET.

Le pronostic du pouls lent alternant. (G. REGNIÈS. *La Bourgogne méd.*, 15 avril 1914, p. 84.) — 1° Le pouls alternant ne se rencontre pas indifféremment à la période ultime de toutes les affections cardiaques : il paraît être surtout l'apanage des brightiques et des cardio-rénaux.

En le recherchant systématiquement chez ces malades, on le rencontre beaucoup plus fréquemment qu'on ne le croyait jadis.

2° La constatation, même à l'état fruste et transitoire, indique une déchéance cardiaque irrémédiable incompatible avec une longue survie.

3° Cette survie est d'autant plus longue que l'alternance est moindre.

Dans les cas moins graves, elle peut atteindre deux ans, comme dans une observation de Heitz.

4° Pour établir un pronostic, ce signe a une valeur au moins égale au dosage d'urée dans le sang chez les brightiques.

Il a l'avantage d'être souvent plus précoce et plus facile à rechercher. STEPHEN CHAUVET.

De la fréquence des extrasystoles ventriculaires retardées dans le cœur alternant; leur importance dans le diagnostic du pouls pseudo-alternant et de l'épuisement myocardique. (L. GALLAVARDIN et L. GRAVIER. *Lyon méd.*, 12 avril 1914, p. 850.) — Pour les auteurs on peut admettre deux signes d'insuffisance myocardique : d'une part l'alternance cardiaque dont la signification pronostique grave est actuellement devenue classique; d'autre part le retard des extracontractions.

La présence d'extrasystoles retardées nettement constatée chez un malade, même en l'absence d'alternance manifeste du pouls, pourrait orienter l'esprit vers l'existence d'un cœur

alternant, ou tout au moins d'un myocarde en voie d'affaiblissement.

Peut-être même, malgré l'absence de l'alternance la plus faible, par exemple l'alternance bimanuelle, devrait-elle être considérée comme le premier signe de l'épuisement myocardique, mais jusqu'ici les auteurs ne l'ont jamais rencontrée que dans des cœurs alternants ou en puissance d'alternance.

En tout cas, c'est là un fait qui est de nature à rassurer au sujet du diagnostic du pouls pseudo-alternant et du pouls alternant. Si, en effet, dans les cas difficiles, des erreurs peuvent se commettre de façon presque inévitable, du moins ces erreurs ne doivent sans doute pas être très importantes au point de vue pratique puisque alternance et extrasystole retardée indiquent toutes deux l'épuisement du myocarde.

STEPHEN CHAUVET.

Perforations trachéo-bronchiques au cours d'un cancer de l'œsophage. Latence clinique possible. Technique de l'examen radioscopique. (G. AUBRY et C. VIALLET. *Revue méd. d'Alger*, avril 1914, p. 199.) — 1° Les perforations trachéo-bronchiques qui peuvent compliquer le cancer de l'œsophage s'accompagnent quelquefois d'un minimum de symptômes qu'il faut toujours rechercher. Les symptômes classiques n'accompagnent que les grosses perforations.

2° La constatation des quintes de toux même minimes succédant immédiatement à l'ingestion des aliments doit éveiller aussitôt l'idée de fistule oséo-bronchique ou trachéale.

3° Lorsqu'on soupçonne la perforation, on doit employer une technique spéciale dont nous rappelons brièvement les temps essentiels :

a. Examen à vide en position antérieure et en position oblique.

b. Examen en position antérieure, en faisant avaler au malade une petite quantité de lait bismuthé (quelques centimètres cubes) et en surveillant les bronches.

S'il y a perforation, on verra presque immanquablement survenir quelques secousses de toux et l'injection au bismuth de l'arbre bronchique apparaîtra.

La perforation ne peut pas échapper.

c. Etude de la descente du bismuth en position oblique s'il y a lieu.

4° En procédant autrement, on court deux risques :

a. Si l'on a négligé avant l'examen radioscopique de rechercher les signes de perforation, on risque de provoquer des accidents de suffocation en faisant avaler d'emblée au malade une grosse quantité de lait bismuthé (cas d'une grosse perforation).

b. Si l'on place tout de suite le malade en position oblique comme à l'habitude au moment de donner le bismuth, et si l'on néglige de surveiller d'abord la descente du bismuth en position directe, on risque de ne pas voir l'injection de l'arbre bronchique et de méconnaître ainsi la perforation (cas d'une petite perforation).

STEPHEN CHAUVET.

Du chimisme duodénal. De sa valeur comparative avec les procédés d'examen indirect des fonctions pancréatiques. (E. GLATZ. *Arch. des malad. de l'appar. digestif et de la nutrition*, mars 1914, n° 3, p. 121.) — L'auteur estime que le chimisme duodénal mérite à tous égards, malgré les difficultés techniques qu'il présente, d'entrer dans le domaine pratique où il donnera de précieuses indications dans le diagnostic des affections du pancréas.

Pour Glatz, l'examen direct du suc duodénal est le procédé le plus sûr que nous ayons de déceler une anomalie de fonctionnement du pancréas. Dans les cas normaux, en effet, alors que les épreuves indirectes démontraient l'intégrité du pancréas, l'auteur a toujours trouvé, en effet, des ferments pancréatiques dans le sac duodénal.

Dans les maladies du tube digestif n'intéressant pas le pancréas, le chimisme duodénal ne semble pas devoir rendre de services appréciables.

Parmi les méthodes destinées à déceler l'insuffisance pancréatique, la réaction des selles sur sérum (Muller et Schlecht) paraît la plus fidèle. On sait qu'elle a pour but de rechercher la trypsine dans les selles. [La digestion bactérienne est évitée en mettant la plaque de sérum à l'étuve à 55 degrés.]

L'épreuve de l'injection d'adrénaline dans l'œil n'a donné à l'auteur aucun résultat favorable.

STEPHEN CHAUVET.

Mélanodermie physiologique des muqueuses en Algérie. (J. BRAULT et J. MONTPELLIER. *La Province méd.*, 11 avril 1914, p. 159.) — Les auteurs ne nient certes pas l'existence de mélanodermies des muqueuses liées à diverses affections parmi lesquelles la maladie d'Addison tient la meilleure place et parmi lesquelles aussi il faut peut-être compter la syphilis; mais ils pensent qu'à côté de ces mélanodermies symptomatiques il existe une pigmentation analogue des muqueuses, infiniment plus fréquente chez les gens de couleur, pigmentation purement physiologique qui ne doit rien à la pédiculose, à la syphilis, ni à toute autre affection et dont la variabilité de fréquence et de degré dépend plutôt des caractères ethnologiques du sujet.

STEPHEN CHAUVET.

Relation d'un cas de tabes incipiens survenu dix ans après l'accident initial chez un homme jeune encore (trente-deux ans) et guéri par les frictions mercurielles en l'espace de trois mois. (GRANCLÉMENT. *Lyon méd.*, 26 avril 1913, p. 923.) — L'auteur pense que, lorsque le tabes se déclare chez un homme jeune encore (ce qui est exceptionnel) et seulement une dizaine d'années après l'accident initial, il est le plus souvent curable par une mercurielle intensive. S'il survient au contraire après la quarantaine et vingt à vingt-cinq ans après le chancre, ce qui est la règle, il résiste alors à toutes les médications arsenicales quelles qu'elles soient.

Enfin, comme il se déclare généralement chez des gens ayant eu une syphilis bénigne et par conséquent insuffisamment traitée, il est indiqué d'engager tous les syphilitiques, que leur syphilis soit grave ou bénigne, à se traiter toute leur vie périodiquement tous les ans par une médication mercurielle quelconque, pilules, injections ou frictions.

STEPHEN CHAUVET.

Ictère hémolytique acquis d'origine syphilitique. (NICOLAS, G. MASTIA et J. GATÉ. *La Province méd.*, 2 mai 1914, p. 193.) — Les auteurs rapportent l'observation d'un malade de soixante-trois ans atteint d'un ictère quelque temps après avoir contracté la syphilis.

Cet ictère ne s'accompagnait pas de décoloration des matières fécales, il n'y avait pas de prurit, pas d'hémorragies, pas de pigments biliaires dans les urines. Le foie était petit. La rate donnait deux travers de doigt de matité.

L'examen complet du sang, joint à ces divers signes cliniques, permettait d'affirmer qu'on se trouvait en présence d'un ictère hémolytique acquis. Quant à son origine syphilitique, elle semble bien prouvée par l'apparition des phénomènes en pleine période secondaire et leur amélioration par le traitement spécifique.

Ces faits sont d'ailleurs rares et, à part les deux cas cités par Gaucher et Giroux (*Ann. des malad. vénér.*, 1909) tout à fait superposables à celui-ci, les auteurs disent n'en pas connaître de semblables.

STEPHEN CHAUVET.

AVIS. — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 4, avril.) Nicolas et Gati : La réaction de Wassermann positive a-t-elle une valeur absolue ? 39 p. 100 de réactions positives chez les non-syphilitiques. — Rigaud : Syphilis acquise et oreille interne. — Nanta : Leucémie myéloïde et syphilis.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Mai 1914.) Legludic et Zurlois : Recherches sur la toxicité du pétrole et quelques-unes de ses actions physiologiques.

Archives d'électricité médicale, expérimentales et cliniques. — (N° 381, 10 mai 1914.) François : La photothérapie (méthode Finsen) dans le traitement du lupus vulgaire. — Phil-Josef Rosenthal : Quelques contributions à la question de la radiothérapie profonde. — J.-B. : Un nouvel appareil pour la mesure de l'intensité du rayonnement au Röntgen. Intensimètre du professeur Fürstenan.

Archives de médecine des enfants. — (N° 5, mai 1914.) Nobécourt : Traitement des vomissements des nourrissons et de l'athrepsie par le sucre à hautes doses. — Comby : La dentition chez les enfants. — Marie Nageotte-Wilbouchewitch : Attitude vicieuse de l'omoplate (tic tonique des muscles scapulaires).

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 5, mai.) Gueytat : Les adductions d'eau de la ville de Marrakech. — Malméjac : Les eaux d'alimentation du Maroc oriental. — Arnould : La courroie de marche. Les crachoirs incinérables. — Bercher et Amsler : Tétanos, injections massives de sérum. — Verdeau : Plaie pénétrante de l'abdomen par baïonnette. — Coste : Pleurésies séro-fibrineuses aiguës. — Maillard : Hygiène et morbidité des troupes de forteresse. — Robin : Application de la morphologie humaine à la sélection des contingents. — Pech : Les pensions militaires. — Dupont : Le service de santé de l'armée suisse.

Archives de médecine et de pharmacie navales. — (N° 4, avril.) Chastang : Note sur la cure opératoire du trachome par le procédé du docteur Yabu Uchi (d'Osaka). — Plazy : Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par le néosalvarsan (*suite*). — Chemin : Des influences diverses qui se sont exercées, à travers les âges, sur le développement et l'enseignement de la médecine au Japon (*suite*). — Goéré : Contribution à l'étude des affections paratyphiques et à la connaissance bactériologique des germes du groupe coli-éberth.

Archives générales de chirurgie. — (N° 4, 25 avril 1914.) Coudray : La hanche à ressort (*suite et fin*). — Lapeyre : Traitement chirurgical actuel de la tuberculose pulmonaire. — Mauclaire : Greffes semi-articulaires et résections typiques ou atypiques du genou pour ostéo-sarcomes.

Bulletin médical. — (N° 34, 29 avril 1914.) O. Laurent : Les blessures de poitrine. — (N° 35, 2 mai.) Pech : Essai d'explications physiologiques de l'action de certaines causes météoriques sur la genèse de quelques maladies. Le rôle de l'oxygène. — (N° 36, 6 mai.) — Plicque : Les variations pathologiques et les médicaments modificateurs de la coagulabilité sanguine. — (N° 37, 9 mai.) H. Bichelonne et A. Gassin : Deux cas de kyste hydatique du foie. Accidents d'anaphylaxie hydatique. — (N° 38, 13 mai.) Legueu : Hématurie et appendicite. — (N° 39, 16 mai.) Kirmisson : Tuberculose à foyers multiples (spina ventosa, tuberculose des os du crâne, tuberculose orchi-épididymaire) chez un enfant de quatorze mois.

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 8, 25 avril 1914.) Roussel, Miramond de la Roquette et Fourcade : Pleurésie purulente à paratyphique B. — Debidour (du Mont-Dore) : De l'emploi thérapeutique des gaz thermaux particulièrement au Mont-Dore.

Echo médical du Nord. — (N° 18, 3 mai 1914.) Minet et Martin : Traitement des hémoptysies par les injections de pituitrine. — Béhague : Vice de conformation du vagin. — (N° 19, 10 mai.) Combemale et Boez : La mélubrine comme antithermique dans la tuberculose pulmonaire. — Déléarde : La paraplégie spasmodique hérédo-syphilitique des grands enfants. — Breton et Pierret : La « luétine » comme antigène dans la réaction de Bordet et Gengou.

Encéphale. — (N° 5, 10 mai 1914.) Obregia et Pitulesco : Etude sur les psychoses du choléra. — H. Claude et Mlle Loyez : Un cas d'hématomyélie traumatique sans lésion vertébrale. — Laignel-Lavastine et Lévy-Valensi : Gliome du corps calleux et du lobe pariétal gauche; apraxie bilatérale, mort par ponction lombaire. — Austregesilo et Esposel : Les cénesthopathies. — Courbon : L'hallucination téléalgésique.

Lyon médical. — (N° 17, 26 avril 1914.) Lucien Mangini : Un cas d'arborisation osseuse du poumon.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 15, 14 avril 1914.) Stephan : La nature des ferments protecteurs. — Abderhalden, Holle et Strauss : Sur la preuve de l'action des ferments protéolytiques dans le sérum. — Abderhalden et Paquin : Sur la preuve de l'action des ferments protéolytiques dans le sérum. — Heinecke : Théorie de l'action des rayons. — Meyer-Betz : Méthode et signification clinique de la radiologie du foie. — Gottlieb : Méthode de la fraction de la valeur des préparations de digitale chez la grenouille. — Polano : Nouvelles expériences sur l'opération césarienne cervicale postérieure. — Jessen : Sur l'union du pneumothorax artificiel avec la pleurolyse. — Klausner : La contraluésine dans le traitement abortif de la syphilis. — Schubert : Technique de la néosalvarsanthérapie endolombaire. — Gennerich : Technique du traitement endolombaire par le salvarsan. — Neumayer : Un cas de mort après le salvarsan. — Favento : Hémorragies multiples après une injection de calomel. — Berner : Phénomènes d'absorption dans le procédé d'Abderhalden. — Deetjen et Fraenkel : Influence de la concentration des substances sur la réaction de la ninhydrine. — Poundorf : Contribution à la guérison de la tuberculose.

Policlinico. — (Mai 1914, fasc. 5.) *Section médicale.* C. Verdozzi : La nécrose adipeuse du tissu péripancréatique et du pancréas. — G. Pisano : Les sarcomes primitifs du foie. Les progrès réalisés dans l'étude anatomo-clinique des néoplasies hépatiques. — P. Bosco : La valeur pratique des « thick films » pour le diagnostic microscopique de la malaria.

Province médicale. — (N° 16, 18 avril 1914.) Nicolas, Favre, Mastia et Gaté (de Lyon) : Essai de traitement de la blennorragie urétrale et de ses complications par le vaccin de MM. Nicolle et Blaizot. Résultats obtenus dans 15 cas. — P. Merle (d'Amiens) : La ponction du disque intervertébral ; incident au cours de la rachicentèse chez l'enfant. — Aimes (de Montpellier) : Quelques faits récents dans l'application de l'héliothérapie. — (N° 17, 25 avril.) A. Cade (de Lyon) : L'aérophagie et ses conséquences. — D. Zwirn et L. Hayem (de Marseille) : Résections nerveuses dans les gangrènes douloureuses.

Riforma medica. — (N° 19, 9 mai 1914.) Guglielmo Marsiglia : L'influence des extraits hypophysaires sur la guérison des fractures. — Girolamo Lionti : La hernie de l'appendice vermiculaire.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 10 francs par an.
Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 30 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Ces abonnements étant en nombre limité, toutes les demandes doivent nous parvenir : pour la première série avant le 20 juin, et pour la deuxième série avant le 15 juillet.

Écrire très lisiblement son nom et son adresse.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours du prosectorat. — *Epreuve orale de physiologie.* — Séance du 8 juin. — Question donnée : « Excitabilité et conductibilité des nerfs. »

MM. Métivet, 17; Lorin, 16 1/2; Mornard, 16; Wolfromm, 15; Virenque et Leveuf, 14; Brocq, 13.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux de Lyon s'est terminé par la nomination de M. Cordier.

CONCOURS DE MÉDECINS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 5 juin. — MM. Depardieux, 11 + 16 = 27; Théry, 17 + 8 = 25; Tara, 13 + 6 = 19.

Séance du 8 juin. — MM. Guyonnaud, 9 + 7 = 16; Bouzat, 10 + 7 = 17; Huchot, 12 + 7 = 19.

Séance du 9 juin. — MM. Lubetzki, 14 + 5 = 19; Bourdette, 15 + 6 = 21; Verdier, 16 + 6 = 22.

Prochaine séance, jeudi 11 juin, à seize heures, à l'Hôtel-Dieu.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le docteur Bouloumié, secrétaire général de l'Union des femmes de France.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors Beyne, du 83e d'infanterie; George, du 132e d'infanterie; Guyard, du Maroc oriental.

GUERRE. — Des lettres de félicitations avec citation au *Bulletin officiel* sont accordées aux officiers de complément dont les noms suivent, au titre des écoles d'instruction à la suite des cours de l'année 1912-1913 :

Gouvernement militaire de Paris : M. le médecin-major de deuxième classe de réserve Christen; M. le médecin-major de première classe de l'armée territoriale Brodier.

1er corps d'armée : M. le médecin-major de deuxième classe de réserve Yardin.

2e corps d'armée : M. le médecin-major de première classe de l'armée territoriale Decamps.

6e corps d'armée : M. le médecin-major de première classe de l'armée territoriale Seuvre.

19e corps d'armée : M. le médecin-major de deuxième classe de réserve Hugues; M. le médecin aide-major de première classe de réserve Gardon; M. le pharmacien-major de première classe de l'armée territoriale Kriéger.

20e corps d'armée : M. le médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale Viller.

— Une citation au *Bulletin officiel* est accordée aux officiers de complément, dont les noms suivent, au titre des écoles d'instruction à la suite des cours de l'année 1912-1913 :

Gouvernement militaire de Paris : M. le médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale Poirier.

20e corps d'armée : M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale André; M. le médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale Potron.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE NEUROLOGIE, DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE. (Berne, 7-12 sept. 1914.) — La Société suisse de neurologie, répondant à un appel du comité hollandais qui a organisé avec un si grand succès le Congrès d'Amsterdam en 1907, a décidé de se charger, en collaboration avec la Société des psychiatres suisses, de l'organisation d'un nouveau Congrès de neurologie, de psychiatrie et de psychologie.

Ce Congrès aura lieu à Berne du 7 au 12 septembre 1914.

M. le président de la Confédération suisse a bien voulu en accepter la présidence d'honneur.

LISTE DES SUJETS DE RAPPORTS ET DES RAPPORTEURS. — I. *Section de neurologie.* — 1. « La régénération dans le système nerveux. » Professeur Alzheimer (de Breslau), professeur Ramon y Cajal (de Madrid).

2. « Les voies réflexes dans la moelle et le bulbe. » Professeur Sherrington (de Liverpool), professeur Pierre Marie et docteur Foix (de Paris).

3. « Développement et croissance du cerveau. » Professeur Donaldson (de Philadelphie), docteur Edinger (de Francfort-sur-le-Mein, professeur Johnston (de Minneapolis).

4. *a.* « Tabes et paralysie générale depuis la découverte du spirochète. » Professeur Ehrlich (de Francfort-sur-le-Mein), professeur Nageotte (de Paris).

b. « Les sels d'Ehrlich dans le traitement des troubles nerveux et mentaux de la syphilis. » Professeur Crocq (de Bruxelles).

5. « Aphasie et agnosie. » Professeur Mingazzini (de Rome), docteur v. Stauffenberg (de Münich).

6. « Organisation et trajet des voies acoustiques. » Professeur Winkler (d'Amsterdam), docteur Fuse (de Tokio).

7. « Pathologie de l'appareil vestibulaire. » Docteur Barany (de Vienne); deuxième rapporteur non encore désigné.

8. « Sécrétions internes et système nerveux. » Professeur Biedl (de Vienne), docteur Laignel-Lavastine (de Paris).

9. « Les radiculites. » Professeur Déjerine (de Paris).

10. « Multiplicité des formes de la sclérose en plaques. » Professeur Oppenheim (de Berlin).

11. « Le problème de la membrane en neurologie. » Professeur Zangger (de Zurich).

II. *Section de psychiatrie.* — 1. « La périodicité en psychopathologie. » Rapporteurs non encore désignés.

2. « La classification en psychopathologie. » Professeur Gaupp (de Tubingue), docteur Deny (de Paris); le professeur Gilbert Ballet (de Paris) ouvrira la discussion.

3. *a.* « Etat actuel de la question de la démence précoce. » Professeur Dupré (de Paris), docteur Stransky (de Vienne).

b. « Démence et pseudo-démence. » Professeur Tamburini (de Rome).

4. « Pathogénie et traitement des phobies. » Professeur Bechterew (de Saint-Pétersbourg), docteur Isserlin (de Munich).

5. *a.* « Le rôle de l'émotion dans la genèse des psychopathies. » Professeur Jean Lépine (de Lyon).

b. « Les phénomènes somatiques dans les états psychiques. » Professeur Hartmann (de Graz).

6. « Pathogénie et terminaison des psychoses d'effroi. » Professeur d'Abundo (de Catane); deuxième rapporteur non encore désigné.

7. « Troubles mentaux séniles. » Professeur Redlich (de Vienne), docteur Anglade (de Bordeaux).

8. « Le rôle des ferments de défense en pathologie. » Professeur Abderhalden (de Halle), professeur Binswanger (d'Iéna), docteur Lampé (de Munich).

III. *Section de psychologie.* — 1. « L'hérédité psychologique. » Professeur F. W. Mott (de Londres), docteur P. Ladame (de Genève).

2. « L'éducation des jeunes délinquants. » Professeur Ferrari (d'Imola).

3. « La psychologie dans l'école. » Rapporteurs non encore désignés.

4. « Les bases biologiques de la psychologie. » Professeur Flournoy (de Genève); deuxième rapporteur non encore désigné.

5. « Les tests de l'intelligence. » Professeur Ziehen (de Wiesbaden), docteur Simon (de Saint-Yon, près Rouen), Mlle Descœudres (de Genève).

6. « Inconscient, conscience et attention. » Professeur Morton Prince (de Boston), docteur Rignano (de Milan).

7. « La psychologie du rêve. » Professeur Sante de Sanctis (de Rome), docteur Jung (de Zurich).

Pour se faire inscrire comme membre du Congrès, s'adresser au secrétaire général, M. le docteur L. Schayder, 31, rue Moubijou, à Berne.

XXVIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (5-10 octobre 1914). — Le XXVIIe Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 5 octobre 1914, sous la présidence de M. le docteur Gabriel Maunoury, correspondant national de l'Académie de médecine, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chartres.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° *Lésions traumatiques fermées du poignet.* Rapporteurs : MM. Jeanne (de Rouen) et Mouchet (de Paris).

2° *Traitement du cancer de la langue par la méthode sanglante.* Rapporteurs : MM. Morestin (de Paris) et Vallas (de Lyon).

3° *Tumeurs paranéphriques.* Rapporteurs : MM. Lecène (de Paris) et Thévenot (de Lyon).

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, avant le 31 juillet, le titre et les conclusions de leurs communications à M. J.-L. Faure, secrétaire général, 10, rue de Seine, à Paris (6e).

Des salles particulières seront mises à la disposition de MM. les membres de l'Association pour l'exposition des documents divers, pièces anatomiques, photographies, radiographies, dessins, etc., relatifs à leurs communications ou à la discussion des questions mises à l'ordre du jour.

Pendant la durée du Congrès, une exposition d'instruments de chirurgie, d'électricité médicale, d'objets de pansements, etc., sera installée dans le grand vestibule de la Faculté de médecine.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Yon, médecin-major de première classe, mort à Fez des suites d'une maladie infectieuse contractée au chevet des malades.

COURS DE VACANCES DE L'HOPITAL MARITIME DE BERCK-SUR-MER (PAS-DE-CALAIS). — Douze leçons pratiques sur la tuberculose osseuse, articulaire et ganglionnaire, par les docteurs Ménard, chirurgien en chef, Andrieu et Calvé, chirurgiens assistants, du 3 au 16 août 1914.

Pour s'inscrire, s'adresser au docteur Calvé ou au docteur Andrieu à Berck-Plage (Pas-de-Calais).

L'hôpital maritime de Berck appartient à l'Assistance publique de Paris; il contient 1 100 lits et n'est situé qu'à trois heures de Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Guide de médecine pratique. Pathologie interne et diagnostic, par le docteur HYVERT. 2e édition. 1 vol., 499 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, A. Maloine.

L'Allaitement au sein et l'allaitement mixte, par le docteur R. RAIMONDI. In-16 de 96 pages, cartonné. (Actualités médicales.) — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

L'Erythrémie (maladie de Vaquez), par le docteur R. LUTEMBACHER, ancien interne des hôpitaux, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris. (N° 76 de l'*Œuvre médico-chirurgical.*) Broch. gr. in-8, de 37 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

Formulaire des spécialités pharmaceutiques pour 1914, par V. GARDETTE. 1 vol. de 435 pages. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

LES LOIS DU DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Par M. J. LAUMONIER.

Dans l'histoire du développement de l'homme on peut distinguer deux périodes très différentes, l'une allant du début de la segmentation à la naissance, l'autre de la naissance à l'âge adulte. Pendant la première, la rapidité du développement va en augmentant ; elle va, au contraire, en diminuant pendant la seconde. Cette différence, déjà indiquée par Buffon et formulée par Serres et par de Blainville, tient à ce que, à partir de la naissance, l'arrivée successive des divers organes à la limite imposée par la coordination restreint progressivement l'amplitude des processus histogénétiques.

L'intervention de la coordination explique pourquoi la croissance de l'enfant est irrégulière par rapport à la durée et inégale par rapport aux diverses parties du corps. Jusque dans ces derniers temps la balance et la toise étaient les seuls instruments de mesure utilisés pour apprécier le développement; les tables de Quételet, de Landois, d'Heubner, de Budin, etc., ont été établies d'après la taille et le poids moyens aux différents âges, et tout sujet dont les chiffres de la taille et du poids coïncidaient, au même âge, avec ceux des tables, était considéré comme ayant un développement normal. Mais les recherches consciencieuses et très étendues du docteur Paul Godin (1) ont montré combien grossières et insuffisantes sont de telles approximations. Comme le faisait prévoir le principe de coordination, le développement ne peut être, en effet, que segmentaire et variable, dans sa rapidité et son ampleur, suivant l'organe. C'est à la démonstration de ce fait que s'est attaché, avec une patience et une précision dignes des plus grands éloges, l'auteur précité ; de mensurations nombreuses et répétées pendant des années, il a réussi à dégager les lois de la croissance dont la connaissance paraît désormais indispensable pour juger de la « normalité » d'un développement. Les principales de ces lois ont été indiquées dans une fort intéressante conférence faite par le docteur H. Gillet (2) au musée pédagogique. Pour le bref exposé qui suit, je me suis en partie inspiré de ce travail.

1° *Loi des progressions descendantes.* — C'est la loi de Serres, déjà rappelée, en vertu de laquelle plus un enfant avance en âge, moins vite il croît proportionnellement. La courbe des poids la vérifie d'une manière très frappante. De zéro à six mois, l'enfant double de poids; il faut atteindre quinze mois pour que ce poids triple, trente-six mois pour qu'il quadruple. Les variations des diamètres du crâne (antéro-postérieur et transverse maximum), celles de la taille, etc., la vérifient également.

Toutefois, ce ralentissement progressif n'est point absolument régulier, ainsi que nous le verrons tout à l'heure. Nous pouvons cependant noter de suite deux constatations de M. P. Godin, utiles à retenir. La première est que, à quinze ans, chez le garçon, le chiffre de l'âge est égal à celui de la taille mesurée en *décimètres*; la seconde que la taille dépasse l'âge avant quinze ans, mais lui devient inférieure après. Cette règle n'est exacte que de quatre à dix-huit ans; en deçà ou au delà elle ne concorde plus suffisamment avec les résultats de l'observation.

2° *Loi des alternances.* — M. P. Godin la formule ainsi : « Les segments du corps (tête, tronc, membres, etc.) et les segments des membres alternent dans leur croissance. Cette alternance a pour durée la plus habituelle le semestre. » Cette loi paraît répondre au *balancement organique* de Geoffroy-Saint-Hilaire, et dépendre en conséquence des nécessités de la corrélation. Ainsi alterne la croissance du bras et de la cuisse, du segment thoracique et du segment abdominal, de l'avant-bras et du bras. W. Roux a établi, en effet, que l'activité d'un groupe de tissus et de chaque tissu dans un organe est progressivement inhibée par l'accumulation des déchets de fonctionnement (gels), les émonctoires, qui obéissent aux mêmes règles, ne pouvant éliminer qu'une quantité donnée de déchets dans un temps donné. Par suite, l'activité de certains organes, en se ralentissant, permet à celle de certains autres de s'accroître; d'où des progressions alternatives. En dehors même des mensurations exécutées par M. P. Godin, quelques malformations témoignent, indirectement du moins, du bien-fondé de cette loi. Chez les achondroplasiques, qui reproduisent parfois un simple agrandissement de la morphologie du nouveau-né, on peut constater un défaut d'harmonie, par exemple entre les longueurs respectives du bras et de l'avant-bras. C'est que, en raison de l'insuffisance de l'ossification enchondrale, la loi d'alternance n'a pu jouer convenablement et les segments proximaux se trouvent proportionnellement raccourcis (1).

3° *Loi des maxima et des minima ou loi des phases.* — Elle est en quelque sorte un corollaire de la loi précédente, ainsi que le remarque M. H. Gillet qui l'énonce comme suit : « La croissance progresse à l'état normal, non d'un pas régulier, mais par poussées; toutefois la succession de ces poussées obéit à un ordre régulier. »

Au premier grand maximum de croissance des quelques semaines qui suivent la naissance, succède une phase de progression décroissante, d'abord rapide jusqu'à trois ans, ensuite lente, de trois à neuf ou onze ans, suivant le sexe ; survient alors, de onze à douze ans chez les garçons, de neuf à dix ans chez les filles (en France et spécialement à Paris), une courte période d'arrêt, de stagnation, ou premier minimum, faisant bientôt place, sous l'influence des modifications pubérales, à un second maximum de progression, allant de treize à seize ans chez les garçons, de onze à quinze chez les filles;

(1) Cf. notamment : *Recherches anthropométriques sur la croissance des diverses parties du corps*, Paris 1903. — *Les Proportions du corps pendant la croissance*, Paris 1912.
(2) *Médecine scolaire*, mars et avril 1914.

(1) BERTOLOTTI. Interprétation des variétés morphologiques (achondroplasie) basée sur l'ontogénie, *Presse méd.*, 28 juin 1913.

enfin, quand la puberté est définitivement établie, la progression se ralentit de plus en plus et aboutit au second minimum terminal, le corps ayant achevé sa croissance. A quoi est due cette succession de phases, cette alternance de maxima et de minima? On semble aujourd'hui disposé à faire surtout intervenir les sécrétions endocriniennes. Ces sécrétions jouent effectivement un rôle important dans la coordination et par conséquent dans l'équilibre du développement, non seulement par leur action métabolique propre et directe, mais aussi par l'influence indirecte, excitatrice ou modératrice, qu'elles exercent sur certains tissus. En tout cas, il est manifeste que les sécrétions internes du testicule et de l'ovaire participent à la production du second maximum, où la dysharmonie morphologique atteste le déséquilibre fonctionnel. Au fur et à mesure qu'il est récupéré, l'équilibre physiologique ramène l'harmonie anatomique, et désormais l'organisme à maturité, en pleine possession de sa coordination, cesse de pouvoir progresser.

4° *Loi de dissociation.* — Elle s'applique à la croissance dans les trois dimensions de l'espace, la taille exprimant surtout la longueur, le poids la largeur et l'épaisseur. D'après les observations de M. P. Godin, la taille augmente plus durant le semestre chaud que durant le semestre froid; c'est juste l'inverse pour le poids. Mais, à cette loi, il y a des exceptions; la plus constante est déterminée par la puberté, qui ralentit l'accroissement de la taille, mais augmente l'accroissement du poids. D'autres sont imputables à des circonstances occasionnelles, d'effet moins sûr; l'alitement, la station allongée favorisent la croissance en longueur; la marche, la station debout, le port des fardeaux, lui sont contraires. Comme les saisons, les occupations peuvent donc modifier, au moins dans une certaine mesure, l'ordre du développement.

5° *Loi des sexes.* — Elle n'entre en jeu qu'à partir de la période immédiatement prépubérale. Jusqu'à ce moment, c'est-à-dire durant tout le temps de l'indifférence sexuelle, le parallélisme du développement des garçons et des filles est presque complet, sauf un léger écart continu en faveur des premiers. A la puberté, plus précoce chez elles, les filles l'emportent sur les garçons; ceux-ci atteignent un peu plus tard leur second maximum, mais alors ils dépassent de nouveau et définitivement l'autre sexe. Ajoutons que, après vingt-cinq ans, il est rare que l'homme grandisse, tandis que, d'après quelques observations, les femmes jusqu'à trente ans et plus peuvent, sous l'influence de la grossesse, gagner encore un et même deux centimètres.

Evidemment, dans les rythmes divers que synthétisent ces lois, l'hérédité et les dispositions acquises introduisent de nombreuses variations. La misère physiologique, certaines maladies arrêtent la croissance ou en modifient l'évolution; la transplantation de la ville à la campagne, ou *vice versa*, quand il y a simultanément amélioration générale des conditions d'existence, détermine souvent des poussées favorables, même aux phases de minimum.

Mais l'hérédité doit être plus efficace encore et l'on peut se demander, à ce propos, quelle influence il convient d'attribuer à la prédétermination du type morphologique.

Cette influence n'est probablement pas très importante; cependant MM. Chaillou et Mac-Auliffe (1) en notent parfois les effets. Suivant ces auteurs, le type respiratoire se différencierait de bonne heure et se caractériserait chez l'enfant par un thorax plus développé que normalement et par l'irrégularité de ses formes (dépression mésothoracique). La différenciation est également précoce chez les digestifs qui se reconnaissent à la prédominance déjà marquée de la partie inférieure de la face et au volume du ventre par rapport au thorax. Au contraire, les musculaires paraissent ne se différencier que tardivement, après la puberté, entre quinze et dix-huit ans. Le retard (sauf rares exceptions) dans la caractérisation s'explique facilement, le musculaire exprimant le type harmonique et équilibré de l'homme et fournissant le canon artistique; rien ne doit donc le distinguer, au cours de la croissance, des enfants normaux. Quant au cérébral, il se différencie également fort tard; la raison en est que la prédominance du crâne, qui caractérise ce type, caractérise aussi l'enfant et ne peut dès lors être regardée comme élément de diagnose qu'après la puberté.

En somme, la croissance semble, d'après les travaux précédents et en particulier ceux de M. P. Godin, un phénomène extrêmement compliqué et dont la régularité apparente est faite de nombreuses irrégularités dans la durée des phases et le développement des divers segments morphologiques. Ces irrégularités sont conditionnées, pour une petite part, par les circonstances extérieures (saisons, milieux), pour la plus grande, par les nécessités de la coordination. Des unes et des autres il importe donc de tenir compte en vue d'assurer à l'enfant une croissance normale et par là de maintenir et de fortifier ses facultés de résistance. Malheureusement la tâche qui incombe ainsi à la puériculture est d'autant plus lourde que la vie moderne, principalement dans les villes, apporte au développement naturel des contraintes progressives. En cette occasion comme en beaucoup d'autres, on s'aperçoit que la rançon des avantages économiques est souvent payée par la souffrance des jeunes.

UN REMÈDE EMPIRIQUE DE L'ASTHME

Par M. Charles LECLERE,
Médecin consultant au Mont-Dore.

L'iodure de potassium est un des rares remèdes contre la sclérose et l'asthme. C'est même le seul que nous puissions employer dans certains cas. Quant à l'emphysème, c'est en dehors des cures hydrominérales la seule arme que nous possédions contre lui. C'est donc un remède dont l'application est des plus fréquentes et il serait vivement à souhaiter qu'il fût un spécifique énergique, sûr, et

(1) Cf. *Morphologie médicale*, p. 35, 72, 107, 148, etc.

sans inconvénients. Hélas! ses effets sont des plus inconstants. C'est plutôt un palliatif, et encore pour obtenir un faible résultat est-on obligé de le donner à doses relativement élevées et pendant longtemps, ce qui n'est pas sans avoir un retentissement fâcheux sur l'appareil digestif, l'estomac en particulier. C'est même là parfois une contre-indication formelle. En somme, on peut répéter le mot de Grancher au sujet de la créosote dans la tuberculose et dire : « L'iodure de potassium est ce que nous avons de moins mauvais dans l'emphysème et la sclérose. » C'est totalement insuffisant pour une médication qui ne laisse pas le choix au praticien et qui s'adresse à une classe considérable de malades. Est-ce parce que l'iodure de potassium n'est pas le remède spécifique qu'il conviendrait d'employer et qu'il n'a pas contre ces affections l'action d'antisclérosant et d'antidyspnéique que nombre de cliniciens lui accordent? Ou est-ce que nous ne possédons que des préparations insuffisantes et la science ne tire-t-elle de ce produit qu'une faible partie des résultats qu'il pourrait donner? A notre avis c'est assurément cette dernière hypothèse qui est la vraie et nous croyons jeter un jour sur la question en rapportant les effets remarquables d'un remède annamite que nous avons eu l'occasion d'expérimenter.

Les résultats médiocres de l'iodure de potassium tiennent à ce que nous n'employons que des solutions inorganiques. Or, l'infériorité de la plupart de ces produits sur les produits organiques est trop connue pour insister. Besredka a démontré la différence de toxicité entre l'arsenic organique et inorganique. On peut en dire autant de toutes les préparations qui ont reçu une orientation vitale selon l'expression du professeur Robin. Ils sont moins toxiques et agissent plus énergiquement bien qu'à plus faible dose. C'est ainsi qu'on peut expliquer l'action remarquable des corps à l'état colloïdal, des eaux faiblement minéralisées utilisées à la sortie même du griffon, et de certaines préparations homœopathiques retirées des plantes et des animaux. Mais pour l'iodure de potassium rien de semblable et nous n'avons que les solutions pharmaceutiques ordinaires qui, à la dose de 1 gramme à 2 grammes par jour, ne donnent qu'un faible résultat, exception faite du traitement antisyphilitique.

Ce que nous n'avons pas, les magiciens de l'Annam et du Tonkin l'ont depuis longtemps. Ils utilisent une substance, le Long-duyen-huong, retirée d'un cétacé et qui doit certainement ces propriétés extraordinaires d'antidyspnéique à la présence de l'iodure de potassium qui doit s'y trouver sous une forme très assimilable et particulièrement énergique à en juger par les résultats que j'ai pu constater moi-même et que je rapporte ci-dessous. Malheureusement je n'ai pu en faire faire l'analyse.

Ce produit me fut indiqué par un de mes clients, un Père missionnaire du Tonkin venu au Mont-Dore soigner son emphysème et qui, dans sa mission, utilisa le Long-duyen-huong.

Le Long-duyen-huong est la sécrétion des glandes salivaires du cachalot que les indigènes recueillent avidement lorsqu'un de ces cétacés vient à s'échouer ou à être capturé. La sécrétion, qui n'est autre chose que la bave de ce cétacé, se durcit à l'air et se présente sous la forme d'un corps visqueux de couleur grisâtre, de consistance faiblement élastique. Le goût est légèrement amer. On le prend à la dose de 1 à 2 grammes par jour. Pour l'absorber on le coupe en petits morceaux et on l'avale délayé dans une tisane quelconque ou avec un peu d'eau et de citron. On le prend beaucoup dans les accès d'asthme et de dyspnée qu'il calme rapidement sans la moindre fatigue à l'estomac. Le Père missionnaire qui se soignait par l'iodure de potassium et en prenait chaque fois que ces crises devenaient trop fortes et trop fréquentes essaya une fois du Long-duyen-huong. Il ne put en acheter que 4 grammes et en prit un gramme par jour. Cela suffit pour lui procurer, m'assura-t-il, le même apaisement qu'une cure de quinze jours d'iodure de potassium. Les crises diminuèrent dès le troisième jour et ne revinrent qu'après un laps de temps beaucoup plus long que lorsqu'il prenait de l'iodure de potassium. Il ne ressentit aucun des troubles d'estomac que lui occasionnait ce médicament, mais éprouva très nettement dès le deuxième jour le même goût métallique caractéristique. Cette dernière manifestation est particulièrement intéressante.

Vivement intéressé par ce récit, je fis venir un petit morceau de Long-duyen-huong, un peu plus de 6 grammes, et je le donnai à prendre à un vieux paysan, asthmatique depuis deux ans et qui ne se soignait pas, ses moyens ne lui permettant pas les cures hydrominérales, et son médecin se contentant de lui ordonner des fumigations de poudre de datura. Je lui dis d'essayer de mon remède et il en prit un gramme par jour pendant six jours. Son estomac bien que délicat ne fut nullement incommodé. Il éprouva simplement le troisième jour le goût métallique un peu désagréable qui suit en général l'ingestion des solutions d'iodure de potassium. Il fut amélioré dès la fin de ce petit traitement, et pendant trois mois les crises qui auparavant étaient quotidiennes ou presque ne se produisirent plus qu'à des intervalles d'une à deux semaines et étaient très atténuées dans leur violence. La tension artérielle de 18 degrés au Pachon tomba en dix jours à 16 1/2. Il se croyait guéri. Mais au bout de trois mois les crises de dyspnée revinrent peu à peu. J'essayai alors de l'iodure de potassium. Mais ce remède fut difficilement supporté à la dose de 1g50 par jour, le malade se plaignant d'inappétence et de maux d'estomac. Je diminuai la dose à un gramme et le fis continuer pendant quinze jours. Mais je n'obtins qu'une amélioration bien faible par rapport aux résultats obtenus par le Long-duyen-huong. Je ne fis pas analyser ce produit annamite ayant préféré tout employer à mon observation pour me rendre compte autant que possible de son effet clinique. Mais tout semble être en faveur de l'hypothèse que cette bave de cachalot contient de l'iodure de potassium puisqu'elle produit les mêmes effets, antidyspnéique, tension artérielle abaissée, goût métallique, et les malades ne prenant pas autre chose en même temps c'est bien à elle que l'on doit attribuer ces

effets. Si l'iodure de potassium s'y trouve, comme je le crois, c'est certainement sous une forme des plus énergiques puisqu'on le prend à doses très probablement infimes, un gramme de salive desséchée ne devant pas contenir une grande quantité de sels divers, et que son action est bien supérieure à celle de l'iodure de potassium. En outre, il doit être sous une forme très assimilable puisqu'il passe inaperçu pour des estomacs qui supportent très mal l'iodure de potassium ordinaire.

Il n'y a rien d'étonnant à ce que les glandes salivaires des cétacés sécrètent de l'iodure de potassium. Les glandes salivaires sont un émonctoire d'élection pour les produits métalliques tels que le mercure, le sodium, le potassium. L'iode pris en excès s'élimine également, du moins en partie par les glandes salivaires, comme on peut s'en rendre compte par les expériences du professeur Sabrazès. D'autre part, l'iode et le potassium sont des corps abondamment répandus sous forme de combinaisons diverses dans la mer et surtout dans la faune et la flore marines. Il est donc naturel qu'on les trouve dans le corps des cétacés qui se nourrissent exclusivement d'animaux marins. Rien ne s'oppose scientifiquement, je crois, à déduire qu'ils peuvent s'éliminer par les glandes salivaires sous forme d'iodure de potassium ou de combinaisons organiques quelconques d'iode et de potassium ayant, en les exaltant beaucoup, les mêmes propriétés ; de même que les foies des genres morues et squales contiennent des combinaisons organiques d'iode, de phosphore, de soufre, de fer, de brome.

Evidemment cette bave de cachalot ne saurait être utilisée en grand étant donnée la rareté de l'animal et la faible quantité que l'on peut retirer. Mais c'est un fait qui, avec beaucoup d'autres, montre combien la chimie est loin de tirer tout le parti possible des divers médicaments, par suite de l'infériorité des produits obtenus dans le laboratoire sur ceux élaborés par la nature qui sont presque toujours plus énergiques et beaucoup plus assimilables. Peut-être la thérapeutique a trop négligé les recherches sur toute une catégorie de remèdes tirés des plantes et des animaux. On les a rejetés de côté sous cette appellation dédaigneuse « remèdes de bonne femme ». Au lieu de tout rejeter en bloc on aurait dû faire la part du charlatanisme et de la magie et utiliser ce que des gens, ignorants sans doute, se trouvaient connaître par le hasard de l'empirisme bien avant que nous ne le soupçonnions. On commence à revenir un peu là-dessus. C'est une bonne chose, je crois. Car certainement une étude très approfondie peut-être plus expérimentale que scientifique de tous ces remèdes voire même des simples, des remèdes de bonne femme et de ceux utilisés par les charlatans encore à demi sauvages des colonies, pourrait nous procurer bien des ressources et nous ouvrir bien des espoirs.

AVIS. — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 2 JUIN 1914)

Le tréponème de la paralysie générale. — MM. C. LEVADITI et A. MARIE admettent que le tréponème de la paralysie générale diffère, au point de vue biologique, du *spirochæta pallida* de la syphilis cutanée et muqueuse.

Ils considèrent le tréponème des paralytiques généraux comme une variété à part, neurotrope, du *spirochæta pallida*. Son affinité pour le tissu nerveux explique l'éclosion tardive des manifestations cérébrales; son existence, peut-être en symbiose avec le tréponème type, dans certaines sources de contamination, rend compte de l'apparition de la paralysie générale chez ceux des syphilitiques qui s'infectent à ces sources et pas chez les autres.

Analyse quantitative gravimétrique de l'urée dans l'urine. — M. R. FOSSE.

A propos de la diminution du gluten des blés français. — M. Emile FLEURENT.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 9 JUIN 1914)

Appareil pour les dyspnéiques. — M. REYNIER présente, de la part de MM. les docteurs Auguste Marie et Nachmann, un appareil qui modifie, régularise et amplifie les mouvements respiratoires des dyspnéiques, aussi bien à l'état de veille que pendant le sommeil. Ce dispositif, très simple, s'adapte à tous les modèles de lit et facilite l'expiration et l'inspiration, ainsi que l'on a pu s'en rendre compte d'après plusieurs graphiques enregistrés selon la méthode de Marey.

Vie autonome des tissus en dehors de l'organisme. Etat du tissu conjonctif après deux ans et quatre mois. — M. POZZI communique une note résumant les nouvelles expériences de M. Alexis Carrel (de l'Institut Rockefeller), membre correspondant.

Dans une communication antérieure que M. Pozzi a faite le 18 juin 1912, M. Carrel a montré que du tissu conjonctif pouvait vivre de façon permanente à l'état de vie autonome. Ce tissu conjonctif provenait d'un fragment de cœur qui avait été enlevé, le 17 janvier 1912, à un embryon de poulet âgé de sept jours et cultivé dans du plasma de poulet adulte. Pendant cent quatre jours ce fragment présenta des pulsations régulières et produisit une grande quantité de cellules conjonctives, qui se multiplièrent rapidement et formèrent des fragments de tissu. Le 6 mai 1913, M. Pozzi a de nouveau fait une communication sur la façon dont ces tissus grandissaient. Depuis cette époque les colonies cellulaires de M. Carrel se sont développées activement. Le but de la présente communication est d'étudier leur état au mois de mai 1914, c'est-à-dire après vingt-huit mois de vie autonome au cours desquels elles ont subi 355 passages.

La comparaison de la quantité de tissu produite actuellement en quarante-huit heures par une culture, avec celle qui était produite dans le même temps par la même race de cellules il y a un an, montre que l'activité des colonies cellulaires s'est accrue. L'année dernière en effet, la largeur de l'anneau qui se formait en quarante-huit heures autour des fragments de tissu conjonctif atteignait seulement $1^{mm},5$ ou $1^{mm},8$. Cette accélération de la croissance fut rendue plus évidente par l'expérience suivante. Un morceau de cœur

extirpé à un embryon de poulet âgé de huit jours et un fragment de tissu conjonctif au commencement de la troisième année de sa vie in vitro furent placés dans un même milieu de culture. Au bout de quarante-huit heures, on trouva que le tissu adapté à la vie in vitro s'était accru beaucoup plus rapidement que le tissu frais. Cependant le tissu adapté à la vie in vitro provenait indirectement d'un morceau de cœur qui avait été extirpé il y a plus de deux ans à un embryon âgé de sept jours. Il est donc certain que le pouvoir de prolifération des colonies cellulaires n'a nullement diminué.

Pendant la troisième année de sa vie autonome, le tissu conjonctif présente même une activité plus grande qu'au début. Cela indique qu'il n'est plus soumis à l'action du temps. On peut dire des cellules conjonctives ce que Weissmann disait des colonies d'infusoires, c'est-à-dire qu'elles sont potentiellement immortelles.

Recherches sur les troubles des échanges chez les cancéreux. L'azote ammoniacal et l'amino-acidurie. — M. Albert Robin. Divers auteurs ayant émis l'opinion que l'augmentation de l'azote ammoniacal et de l'amino-acidurie pouvait avoir quelque importance dans le diagnostic du cancer, l'auteur a repris la question sur 16 cancéreux. Les résultats obtenus ne justifient pas les espérances que l'on avait conçues.

L'azote ammoniacal ne présente rien de caractéristique dans le cancer. Son augmentation est en rapport avec l'alimentation ou avec une destruction exagérée des matières albuminoïdes.

L'augmentation de l'azote aminé n'est pas spécifique du cancer. Elle indique seulement une autolyse plus active du tissu cancéreux et une marche rapide de la maladie. Elle est plus marquée dans les cancers du tube digestif, du foie et du pancréas, où, très probablement, l'insuffisance amido-acidolytique du foie vient compliquer l'hyperalbuminolyse.

La loi Roussel. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'article 8 de la loi Roussel. Cette discussion va porter uniquement sur la question de savoir si, selon la proposition de M. Pinard, une nourrice ne pourra allaiter un autre enfant que le sien qu'après sept mois ou si ce terme, selon l'avis de MM. Bar et Hutinel, pourra être abaissé à quatre mois.

M. Guéniot, après avoir rappelé le rapport de M. Achard et les discussions qui ont suivi, les opinions de MM. Pinard et Porak qui demandent le terme de sept mois, conclut à la possibilité d'abaisser ce terme à quatre mois.

M. Bar rappelle que les conclusions de la Commission adoptaient le terme de sept mois. Toutefois, on admettait que la nourrice pourrait se placer après deux mois, à condition qu'elle continuât à allaiter son propre enfant en même temps que l'autre enfant.

Cherchant à expliquer les raisons pour lesquelles la loi Roussel n'a pas donné les résultats qu'on en attendait, M. Bar croit la trouver dans la défaillance des mains administratives chargées de l'appliquer. En effet, à Paris, par exemple, où l'application de la loi est très surveillée, la mortalité des enfants protégés est de 6,35 p. 100. Ailleurs, elle est de 9,72 p. 100. Si l'on adoptait le terme de sept mois, il faudrait, d'après la loi, assister les mères pendant ces sept mois. Cette assistance serait, en fait, irréalisable. Il en résulterait donc un recul de l'allaitement naturel. Ce qu'il serait impossible de faire pendant sept mois, il serait possible de le faire pendant quatre, d'autant plus qu'il y a déjà un mois d'assistance légale. En outre, un enfant de quatre mois, bien portant, peut sans danger être allaité au biberon. Le fait d'admettre qu'une nourrice, se plaçant avant ce temps, devrait continuer à allaiter son propre enfant entraînerait l'intrusion du médecin inspecteur dans les familles.

En résumé, M. Bar propose d'abaisser à quatre mois le temps pendant lequel la nourrice devra se consacrer uniquement à l'allaitement de son enfant.

M. Hutinel, dont nous regrettons d'être obligé de résumer très brièvement l'éloquent plaidoyer en faveur des quatre mois, reconnaît que l'enfant a droit au lait de sa mère, et que celle-ci doit nourrir son enfant le plus longtemps possible. Un seul point nous divise, ajoute M. Hutinel, c'est la fixation du temps au bout duquel une femme pourra allaiter un autre enfant. Pour M. Pinard, la loi Roussel est intangible. Elle est cependant discutable puisqu'on la discute. M. Hutinel montre que, dans certaines circonstances, la loi Roussel deviendrait presque draconienne. Voilà une fille mère abandonnée et sans ressources. Vous allez lui défendre de se placer comme nourrice avant sept mois. Elle restera dans la misère et c'est son propre enfant, que vous voulez protéger, qui patira de cette loi. Vous supprimez aussi pour elle le relèvement moral qu'elle pourrait trouver dans une famille.

M. Hutinel insiste sur les conséquences fâcheuses de la loi Roussel : diminution considérable des nourrices sur lieu, la misère résultant de la suppression de cette ressource de se placer comme nourrice, diminution considérable de la natalité dans les pays qui fournissaient autrefois le plus de nourrices, les femmes ne voulant pas avoir d'enfants, puisque ceux-ci ne peuvent plus leur donner la faculté de se placer comme nourrices. C'est ainsi, ajoute M. Hutinel, qu'en voulant protéger l'enfant vous le supprimez. Vous pensez bien au petit paysan, mais vous négligez le petit Parisien que, bien souvent, sa mère ne peut nourrir. Pour toutes ces raisons, M. Hutinel conclut à l'adoption de quatre mois au lieu de sept.

— La discussion se poursuivra dans la prochaine séance.

Correction de l'astigmatisme dans l'armée. — M. Lagrange (de Bordeaux) fait une intéressante communication sur ce sujet. La conclusion en est qu'on devrait autoriser les astigmates, dans l'armée, à porter des verres correcteurs, ce qui permettrait de les y admettre.

La myasthénie paralytique et les syndromes asthéniques par insuffisance surrénale. — M. Claude lit un travail sur ce sujet.

Méthode destinée à diminuer la contagion des maladies transmissibles par l'air. — M. Trillat a montré qu'à côté des poussières sèches il y avait des poussières humides formant de véritables buées microbiennes. Il a étudié la formation de ces gouttelettes, constituées par un noyau de condensation qui est le microbe lui-même dont la vitalité est accrue par sa présence dans l'air. Ces gouttelettes sont d'autant plus mobiles que le germe est plus petit, ce qui est le cas des maladies les plus transmissibles. S'appuyant sur les propriétés de ces gouttelettes qui peuvent être solutionnées et attirées par les surfaces refroidissantes, M. Trillat indique qu'il existe dans les salles d'hôpital des endroits plus aptes à être contagionnés. La ventilation ne suffit pas pour détruire les réunions microbiennes. Il propose l'utilisation de surfaces refroidissantes. Il donne en outre des indications sur l'orientation et l'isolement des lits et fait observer que la zone dangereuse du voisinage d'un foyer de contagion est sur la trajectoire qui la sépare d'une paroi ou d'un endroit refroidi.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(séance du 28 mai 1914)

Hémiplégie sans aphasie avec intégrité de la circonvolution de Broca. — MM. Déjerine et Pélissier. Une femme de quarante-huit ans atteinte de rétrécissement mitral présentait depuis plusieurs années une hémiplégie droite sans aphasie ; à l'autopsie, intégrité des centres du langage, et en

particulier de la circonvolution de Broca ; le syndrome pseudo-bulbaire, qui est apparu les derniers jours, relève de lésions récentes de l'hémisphère droit.

Tubercules du cervelet. — M. JUMENTIÉ. Cliniquement, le malade avait, depuis quatre mois, un syndrome d'hypertension intracranienne très marqué, avec stase papillaire et cécité. En outre, surdité droite et troubles de l'équilibre, élargissement de la base de sustentation, entraînement vers la droite, sans autres troubles cérébelleux. A l'autopsie, l'hémisphère cérébelleux droit est rempli d'une multitude de petits tubercules caséeux, sur la face inférieure, respectant la substance blanche, avec deux gros tubercules ayant l'aspect marron cru, situés l'un sur le pôle interne, l'autre sur la partie postérieure du vermis.

Les lésions médullaires dans quelques cas d'hérédo-ataxie cérébelleuse. — MM. Pierre MARIE et FOIX. A propos d'une autopsie récente les auteurs ont réuni quatre cas d'hérédo-ataxie cérébelleuse appartenant à trois familles différentes. Dans ces quatre cas il existe, en dehors des lésions cérébelleuses classiques, des lésions médullaires constantes qui sont les suivantes :

Dégénération du faisceau de Gowers et de la partie marginale antérieure adjacente du cordon antéro-latéral ;

Atrophie des cellules de la colonne de Clarke.

Les cornes antérieures ont leurs cellules diminuées de nombre, particulièrement au niveau du groupe de la base.

Les cordons postérieurs peuvent être indemnes ou présenter une pâleur diffuse qui demeure modérée. Le faisceau pyramidal est respecté.

Quant au faisceau cérébelleux direct, il n'est frappé qu'à partir de la région cervicale supérieure.

Les auteurs insistent sur la première de ces lésions et sur le prolongement marginal antérieur de la génération gowersienne qui paraît assez spéciale dans l'hérédo-ataxie.

Ils montrent qu'il n'existe aucune analogie entre ces lésions et celle de la maladie de Friedreich constituée essentiellement par une énorme sclérose des cordons postérieurs et des faisceaux pyramidaux.

Quant à la nature de ces fibres marginales antérieures on peut se demander s'il ne s'agit pas du faisceau cérébelleux décrit chez l'animal par M. Thomas.

Atrophie et sclérose du corps thyroïde dans un cas de rhumatisme chronique. — MM. ROUSSY et CORNIL rapportent l'observation d'une femme âgée de cinquante-trois ans, atteinte de rhumatisme chronique déformant ayant débuté par une crise aiguë à l'âge de vingt ans. Fait intéressant à noter, cette malade a un fils actuellement âgé de vingt-trois ans qui présente depuis l'âge de seize ans des déformations rhumatismales identiques à celles de la mère.

La malade présentant une volumineuse escarre de decubitus acutus meurt le 20 avril 1914.

A l'autopsie pratiquée le 21, atrophie considérable du corps thyroïde qui pèse 10g80.

L'examen microscopique montre la présence de nombreuses bandes de tissu scléreux entre les groupes d'acini. Au niveau des acini on constate un aplatissement marqué des cellules épithéliales. Les vaisseaux sont pour la plupart sclérosés, quelques-uns même complètement oblitérés.

MM. Roussy et Cornil pensent que ce nouveau cas anatomo-clinique doit être ajouté à ceux tendant à établir une relation entre les lésions thyroïdiennes et le rhumatisme chronique déformant.

Hyperplasie compensatrice expérimentale du corps thyroïde chez le chien et le singe. — MM. Gustave ROUSSY et Jean CLUNET ont observé l'hyperplasie compensatrice du tissu thyroïdien chez trois chiens d'âges divers : deux jeunes adultes, un très vieux, et chez un singe adulte probablement assez vieux. Chez ces quatre animaux l'appareil thyroïdien enlevé chirurgicalement dans sa plus grande partie présentait une structure variable : thyroïde jeune mais avec trace de thyroïdite ancienne (cas nº 2) ; thyroïdite adulte normale (cas antérieurement publié) ; thyroïdite atrophique très colloïde (cas nos 1 et 3). Malgré cette diversité du point de départ l'image histologique de l'hypertrophie compensatrice a été identique : sinuosités des parois de l'acinus, augmentation de volume des cellules dont les noyaux deviennent plus clairs, le protoplasma plus abondant et qui tendent vers le type cylindrique, modification au moins partielle de la colloïde qui devient ductile, chromophobe par endroit, même granuleuse et soluble. Cette image ne diffère de celle du Basedow type que par l'absence des amas et follicules lymphoïdes et l'absence des amas épithéliaux éosinophiles.

Tumeur de l'hypophyse avec métastases osseuses et ganglionnaires ; absence d'acromégalie. — MM. Gustave ROUSSY, G. MASSON et RAPPIN présentent les pièces d'un cas de tumeur de l'hypophyse provenant d'un malade de l'hospice de Villejuif âgé de soixante-cinq ans. Il s'agit d'une tumeur épithéliale typique, formant de nombreux acini, tapissée par des cellules cubiques à cils vibratiles et n'ayant déterminé qu'une légère augmentation de volume de la glande ; à la périphérie de la tumeur persiste une zone de tissu sain en hyperplasie. Par contre, cette tumeur a fait de nombreuses métastases au niveau des méninges, des os de la calotte cranienne, de la clavicule, de la colonne vertébrale et des ganglions médiastinaux et abdominaux, métastases dont le type histologique reproduit identiquement le type de la tumeur originelle.

Ce cas présente un double intérêt :

1º La présence des métastases osseuses et ganglionnaires qui, on le sait, sont tout à fait exceptionnelles dans les tumeurs de l'hypophyse ;

2º L'absence de tout syndrome acromégalique notée chez ce malade. Ce fait vient confirmer les conclusions tirées antérieurement de l'observation de deux cas analogues étudiés par M. Roussy ; à savoir que l'absence d'acromégalie notée parfois au cours des tumeurs pituitaires est due à ce que la néoformation laisse persister une certaine étendue de parenchyme glandulaire sain ou mieux en hyperplasie. Pour apprécier ce fait, force est le plus souvent de recourir aux coupes en série.

Hématomyélie après laminectomie pour compression extradure-mérienne. — MM. J. BABINSKI et A. BARRE ont publié récemment l'observation d'une malade qui mourut quelques heures après une laminectomie de la région dorsale supérieure. L'examen nécropsique a permis de déceler l'existence d'une hématomyélie qui s'étendait en hauteur de la partie inférieure de la sixième cervicale à la partie supérieure de la première dorsale.

L'hémorragie occupait une partie de la substance grise d'un seul ou des deux côtés de la moelle. Cette hématomyélie constitue donc un des dangers de la laminectomie la plus correctement faite, et dans le cas particulier explique selon toute vraisemblance la mort autrement mystérieuse de la malade.

Il s'agit là d'une variété nouvelle d'hématomyélie par décompression ; on peut la rapprocher des hémorragies qui se font parfois dans le parenchyme cérébral à la suite de la trépanation décompressive.

Myasthénie dite bulbaire. Enorme hypertrophie des os du crâne. Altérations de certaines glandes à sécrétion interne. — MM. J. BABINSKI et A. BARRE. A l'autopsie d'une malade de cinquante-trois ans qui avait présenté le tableau classique de la myasthénie d'Erb, les auteurs ont trouvé :

1º Une énorme hypertrophie de tous les os du crâne. Celui-ci mesurait par endroits 2 centimètres d'épaisseur. Il était

grisâtre, sec et friable; au microscope il est impossible de distinguer les tables du diploë : partout on trouve le type histologique de l'os spongieux, avec grande abondance de myéloplaxes, moelle fibreuse, vaisseaux dilatés, et îlots lymphoïdes très particuliers.

Les altérations semblent très voisines de celles qui caractérisent la maladie de Paget. Les os des membres ne présentaient ni déformation, ni hypertrophie, ni consistance spéciale.

2° La région bulbo-protubérantielle coupée en série paraît absolument saine.

3° Le thymus formait deux lobes volumineux. Le corps thyroïde un peu plus gros et résistant que normalement présente les altérations microscopiques décrites par Roussy et Clunet dans celui de la maladie de Basedow.

L'hypophyse de volume normal est seulement atteinte de congestion et de légère sclérose. Les capsules surrénales ont paru tout à fait intactes. Dans le foie on trouve les mêmes îlots lymphoïdes que dans les os du crâne et dans le corps thyroïde.

4° Par contre, les lésions musculaires signalées par tous les auteurs et considérées comme à peu près caractéristiques faisaient presque défaut sur les muscles étudiés.

Le myocarde contenait quelques amas lymphoïdes.

Les auteurs se demandent s'il y a coïncidence fortuite entre la myasthénie et les altérations osseuses à type Paget qu'ils croient être les premiers à signaler dans cette maladie, ou bien s'il ne faut pas au contraire établir une relation entre les altérations osseuses et les altérations des glandes à sécrétion interne qui semblent être à la base de la myasthénie, et peut-être de la maladie de Paget.

M. Claude. Dans la myasthénie, les glandes internes sont loin d'être toujours altérées, mais présentent souvent des signes d'hyperfonctionnement. La lésion importante serait la transformation épithéliale du thymus, sous l'influence de laquelle des produits toxiques seraient répandus dans l'organisme, déterminant l'hyperactivité fonctionnelle des glandes, et peut-être de la moelle osseuse. Mais, à la longue, les organes s'épuisent; c'est alors que peuvent apparaître les signes d'insuffisance; c'est pourquoi l'opothérapie pluriglandulaire est si utile. Enfin, les lésions musculaires feraient souvent défaut.

M. Roussy insiste en outre sur l'importance des lésions du système lymphoïde. Dans le cas qu'il a publié avec M. Boudon, M. Laignel-Lavastine avait trouvé un thymus de 60 grammes.

Radiculite expérimentale. — M. Tinel. L'introduction de culture de bacille de Koch dans le quatrième ventricule d'un lapin détermina une radiculite sus-ganglionnaire.

Modification à la méthode d'Azoulay. — M. Tinel.

Epithélioma épendymaire. — M. Laignel-Lavastine. Il répond à l'un des types décrits par Clunet; à remarquer surtout l'évolution vers le type malphighien.

Abcès cérébral. — MM. Claude, Touchard et Rouillard. Le lendemain d'une chute sur la tête, un garçon de quinze ans eut une crise d'épilepsie et de l'aphasie. Amélioration après une trépanation localisée à l'enfoncement osseux. Dix mois après, crises jacksonniennes, hémiparésie droite, aphasie, signes d'hypertension cranienne. Deux trépanations furent faites dans la région frontale, avec ponction intracérébrale blanche. A l'autopsie, gros abcès de tout le lobe frontal, plein de pus crémeux, très épais. A remarquer l'absence totale de phénomènes infectieux.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 6 JUIN 1914)

L'électrocardiogramme dans l'inanition expérimentale. — MM. Jean Heitz et E. Bordet ont étudié chez le lapin les modifications apportées par l'inanition au courant d'action du cœur. Ils ont constaté une diminution progressive de l'amplitude des sommets de l'électrocardiogramme, avec accélération générale du rythme; mais ils n'ont relevé aucun trouble de la conduction auriculo-ventriculaire. Sur l'animal réalimenté, les différents sommets avaient repris à peu près leur ampleur primitive. L'inanition, qui diminue simplement les dimensions de la fibre cardiaque sans en modifier la structure, ne semble donc pas altérer d'une manière définitive la contractilité du myocarde.

Le « rythme en échelons » de la rétention chlorurée. — M. Pasteur Vallery-Radot. Nos recherches sur la rétention chlorurée des brightiques ont montré que la rétention « en échelons », observée par MM. Widal et Weissenbach, est la règle tant que le rein ne présente pas une imperméabilité presque absolue aux chlorures.

Chez les normaux, si l'on fait passer le sujet brusquement d'un régime hypochloruré à un régime chloruré, on observe que, pendant deux ou trois jours, l'organisme retient une partie des chlorures ingérés; la quantité de chlorures retenue va en diminuant, de telle sorte que l'élimination augmente chaque jour pour se rapprocher de la quantité de chlorures journellement ingérée. Par suite de la rétention hydrique, le poids augmente. Le troisième ou le quatrième jour, le rein élimine la quantité de chlorures ingérée. A partir de ce moment, l'équilibre chloruré est atteint, l'élimination se fait en plateau. Le poids reste stationnaire. Si l'on institue ensuite un régime déchloruré, le sujet élimine une quantité de chlorures sensiblement égale à celle qu'il avait retenue.

Le rythme en échelons est donc la loi de chloruration de l'organisme et, par suite, la rétention chlorurée existe à l'état physiologique.

Chez les brightiques, lorsqu'il n'existe pas une imperméabilité presque absolue aux chlorures, le rein reproduit le rythme en échelons, suivant le type précédent ou suivant un type qui n'est que l'exagération du type normal. Pour étudier la chloruration de l'organisme, il faut attendre, si le sujet est œdémateux, que le régime hypochloruré ait fait disparaître les œdèmes. Lorsque le poids est stationnaire et l'élimination chlorurée sensiblement égale à l'ingestion, en soumettant le sujet à un régime chloruré contenant 11g50 de NaCl par jour, on peut distinguer trois types d'élimination :

1° *Une élimination en échelons de trois à quatre jours* avec rétention chlorurée de 10 à 15 grammes et augmentation de poids; puis élimination en plateau autour de 10 grammes avec poids stationnaire. Cette élimination est de type normal.

2° *Une élimination en échelons prolongés* (cinq jours ou plus) avec rétention supérieure à 15 grammes; le poids augmente dans de fortes proportions et, si la rétention est très prononcée, l'individu peut aller du préœdème à l'œdème. Puis l'élimination, égale à l'absorption journalière, se fait en plateau autour de 10 grammes; le poids reste à peu près stationnaire. Cette élimination est un type intermédiaire.

3° *Une imperméabilité très accentuée aux chlorures.* Le rein n'élimine chaque jour qu'une partie infime des chlorures ingérés. S'il n'existe pas une imperméabilité presque absolue, l'élimination se fait encore en échelons, mais ces échelons ne sont qu'ébauchés, ils n'arrivent pas jusqu'à l'élimination des chlorures journellement ingérés. Les œdèmes sont rapides.

Ces faits montrent comment l'on passe progressivement du rein perméable au rein avec imperméabilité chlorurée presque absolue. Ils indiquent que l'épreuve de la chlorurie alimen-

taire doit servir à étudier la perméabilité rénale aux chlorures non pas en se fondant uniquement sur l'apparition ou la non-apparition des œdèmes, mais en étudiant le mode d'élimination chlorurée. On reconnaîtra ainsi un des trois types précédents et l'on instituera un régime approprié au mode d'élimination en sachant que le sujet, dans le cas d'élimination en échelons prolongés, s'il ne fait pas d'œdème pour une chloruration de 10 grammes environ, peut en faire avec une chloruration plus intense.

Recherches sur les voies biliaires intrahépatiques. Signification des formations biréfringentes contenues dans leur épithélium. — M. Policard montre que chez les carnivores (chien) les voies biliaires présentent : 1° un segment purement vecteur; 2° un segment absorbant, revêtu d'un épithélium du type intestinal et dans lequel se passent d'importantes mutations de lipoïdes.

Les granulations biréfringentes de cholestérine qu'on peut y rencontrer ne représentent pas un produit de sécrétion, mais une production secondaire en rapport avec une anomalie de l'absorption des graisses. Histologiquement, la formation de la cholestérine de la bile par les voies biliaires ne peut se soutenir.

Modification de la technique du sérodiagnostic de la tuberculose par le procédé de Besredka. — M. Renaux.

Des échanges respiratoires en milieux secs ou humides avec ou sans brassage d'air. — M. Socor.

ANALYSES

MÉDECINE

Un nouveau procédé de diagnostic de la syphilis. Landau. *La Presse méd.*, 2 mai 1914, p. 335.) — L'auteur s'est demandé s'il ne serait pas possible de rendre visibles les modifications physico-chimiques des sérums syphilitiques par une réaction d'une technique moins délicate que la réaction de Wassermann.

Il fut ainsi amené à rechercher comment se comportaient les sérums des syphilitiques vis-à-vis des « halogènes », en particulier vis-à-vis de l'iode. Il eut recours au début, comme réactif, à l'huile de vaseline iodée (0gr025 d'iode pour 50 centimètres cubes d'huile de vaseline pure).

Dans une éprouvette étaient mélangés 0cm320 de sérum avec 2cm35 de réactif; le mélange était agité, puis placé dans un endroit sombre pendant cinq à quinze heures.

L'auteur ayant constaté que le sérum des syphilitiques se décolorait presque totalement, alors que le sérum normal montrait une coloration rouge jaune, fut porté à considérer la décoloration complète ou presque complète comme une réaction positive et la coloration jaune rouge comme une réaction négative.

90 sérums de syphilitiques furent examinés de cette façon.

Sur ces 90 sérums syphilitiques examinés 49 montrèrent une réaction de Wassermann positive et 55 une réaction de Landau positive.

32 sérums provenant de malades atteints d'affections diverses (ulcère de jambe, chancre mou, eczéma, psoriasis, tuberculose pulmonaire, artériosclérose, etc.), donnèrent avec les deux méthodes une réaction négative sauf un ulcère de jambe qui eut un Wassermann négatif et un Landau positif.

La réaction s'était donc montrée plus sensible que le Wassermann dans les cas de syphilis.

Pour rendre la lecture de la réaction plus facile, Landau ajouta, après la réaction, quelques gouttes d'une solution amidonnée, ceci afin de bien mettre en évidence l'état de la combinaison iodée dans les divers sérums.

Le sérum normal se colora en bleu sombre, le sérum syphilitique demeura incolore d'une teinte jaune clair, les cas faiblement positifs donnèrent une teinte légèrement bleutée.

77 sérums syphilitiques furent examinés par ce procédé plus sensible. Le nombre des cas positifs avec cette réaction dépassa de 27 p. 100 le nombre des cas positifs avec la réaction de Wassermann.

Tous les cas de syphilis tertiaire donnèrent une réaction iodée positive; le pourcentage des cas positifs de chancre fut 17 fois plus grand après le Landau qu'après le Wassermann.

Tous les cas de contrôle furent négatifs avec les deux méthodes.

Il est à noter qu'il est absolument nécessaire de n'examiner que des sérums frais.

15 sérums provenant de malades atteints de lésions manifestes de syphilis furent examinés de six à huit heures après la reprise de sang, tous se montrèrent positifs; conservés pendant vingt-quatre heures à la température de la chambre, 13 seulement furent positifs; au bout de quarante-huit heures il n'y en eut plus que 6 qui donnèrent une réaction positive.

L'auteur ayant constaté que des causes d'erreur pouvaient provenir de l'inconstance dans la composition de l'huile de vaseline a récemment modifié la technique de sa réaction, il emploie actuellement pour dissoudre l'iode le méthane-tétrachloré ($C\,Cl^4$). Ce corps est un liquide limpide d'une constitution chimique constante, qu'on trouve facilement chez tous les droguistes.

Et la technique est la suivante :

A 0cm320 de sérum à examiner, on ajoute 0cm31 du réactif.

Ce réactif est une solution de 1 p. 100 d'iode dans du méthane-tétrachloré, il doit être préparé extemporanément avant chaque série d'expériences. Par exemple, pour préparer 5 centimètres cubes du réactif, on triture dans un petit mortier 0gr05 d'iode pur avec 5 centimètres cubes de méthane-tétrachloré avec une baguette de verre, jusqu'à dissolution complète de l'iode.

Le sérum employé doit être absolument limpide et ne doit plus contenir d'hémoglobine (sérum non lipémique). On mélange le sérum et le réactif dans une éprouvette d'une longueur quelconque et d'une largeur de 1cm2. L'éprouvette est laissée verticalement pendant quatre heures à la température de la chambre, sans agitation aucune.

Au bout de ce temps, on lit le résultat; l'addition de solution d'amidon est inutile avec cette nouvelle technique. Les sérums syphilitiques ont une teinte jaune clair transparente; les sérums normaux sont au contraire d'un gris blanc opaque.

STEPHEN CHAUVET.

La désinfection des selles. (Perdrizet. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, mai 1914, p. 482.) — La désinfection des selles fait, à juste titre, l'objet des préoccupations les plus sérieuses, aussi bien de l'hygiéniste que du médecin praticien.

Pour ne citer qu'un exemple, il suffit de rappeler qu'un convalescent de fièvre typhoïde a la faculté d'émettre, dans ses urines ou matières fécales, des millions de bacilles d'Eberth vivants et enclins à une multiplication des plus rapides.

En laissant de côté les procédés d'incinération ou de stérilisation à haute température, les différents moyens simples à mettre en œuvre pour arriver à rendre inoffensives les matières fécales les plus infectées sont les substances chimiques.

A cet égard les seules substances reconnues douées des meilleures qualités désinfectantes par les bactériologistes et les hygiénistes les plus autorisés sont, par ordre :

Le sulfate de cuivre;
Le chlorure de chaux;

Le crésyl .. } crésylol sodique.
La soude....
La chaux...

Pour le sulfate de cuivre, Vincent est d'avis que 6 à 7 grammes suffisent pour détruire, dans 1 litre de matières, le bacille typhique en une heure et le bacille du choléra en un laps de temps encore plus court. Le chlorure de chaux et l'eau de javel (hypochlorite de soude), que l'on trouve partout, sont de même d'excellents bactéricides. Pour 1 litre de matières liquides, il faut quatre cuillerées de chlorure de chaux en poudre ou 200 grammes d'eau de javel.

Le crésyl à la dose de 10 grammes détruit en vingt-quatre heures les germes typhiques contenus dans un litre de selles diarrhéiques. Les germes cholériques seraient, eux, tués beaucoup plus vite. Quant à la soude, elle a une efficacité réelle au taux de solution de 10 p. 100.

Le crésylol sodique, proposé par le conseil supérieur d'hygiène de France, n'est autre qu'une dissolution de crésyl dans son poids de lessive de soude.

Il est à remarquer, à cette place, qu'il ne faut pas accorder une trop grande confiance dans l'emploi du crésylol sodique commercial, dont la composition est fort inconstante.

Le produit le plus simple à employer, et le moins cher, est encore la chaux.

Pfuhl avait d'abord prétendu qu'un lait de chaux à 20 p. 100, mélangé dans la proportion de 2 p. 100 en poids aux selles cholériques ou typhiques, les rendait entièrement pures bactériologiquement parlant; mais il avoua, par la suite, que, pour tuer le bacille virgule en une heure, il était nécessaire d'employer autant de lait de chaux en volume que de matières fecales.

Kaiser, dans une étude récente, préconise l'emploi de la chaux vive, qu'il hydrate à l'aide d'une certaine quantité d'eau chaude. La chaleur, produite par l'hydratation, que l'on peut évaluer à plus de 60 degrés, assainit toute la masse fécale, quand bien même elle serait solide : surface et profondeur sont également désinfectées. Une semblable température, qui se maintient plus d'une heure en vase clos, est amplement suffisante pour obtenir la stérilisation des bacilles typhique, paratyphique, dysentérique et cholérique.

Le procédé est très facile à réaliser. Il peut se résumer de la façon suivante.

On laisse tomber sur la matière fécale à désinfecter, et tout autour d'elle, environ 250 grammes de chaux vive, divisée en fragments du volume d'une cerise ou d'une noisette. Puis on verse dans le récipient contenant la selle un litre d'eau chaude à 50 ou 70 degrés.

Si la selle est normale, les quantités de chaux et d'eau chaude ci-dessus permettent de la recouvrir en totalité; en cas de selle plus abondante, il conviendra d'augmenter proportionnellement lesdites quantités. Enfin, on obture le récipient aussi exactement que possible.

La désinfection — due à la chaleur produite par l'hydratation de la chaux — peut être considérée comme absolument complète au bout de deux heures.

STEPHEN CHAUVET.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

DIABÈTE ARTHRITIQUE

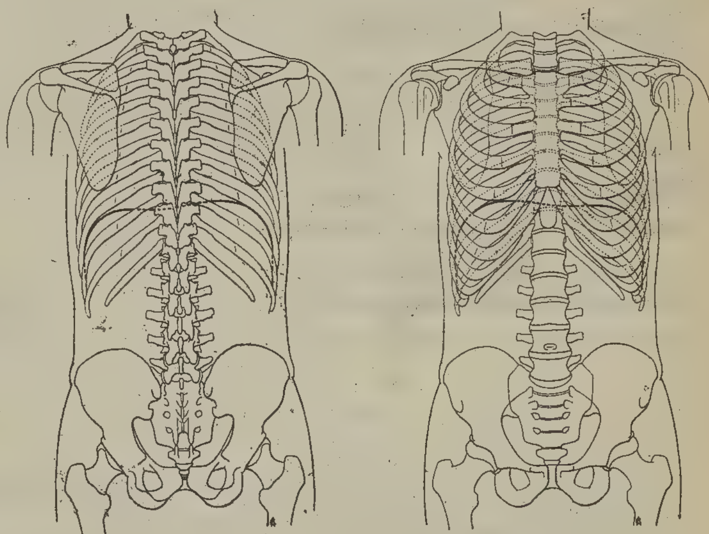
Prescrire cinq jours de suite : antipyrine, 1g50 en deux paquets, à prendre dans de l'eau de Vichy avant les deux principaux repas. Les vingt jours suivants : Vanadarsine, v à x gouttes, dans un peu d'eau, avant les repas.

Laisser reposer le malade quinze jours et recommencer le même traitement.

LIVRES NOUVEAUX

Schémas du tronc. Etude anatomique (1), par A. CERNÉ, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Rouen.

Un complément fort utile de beaucoup d'examens cliniques serait la possibilité de fixer en quelques traits sur un schéma normal du tronc les lésions observées (épanchements, tumeurs, contour des organes, etc.); malheureusement, à part les figures de l'anatomie artistique de M. P. Richer, la plupart des figures des livres classiques sont remplies d'inexactitudes, ainsi que le démontre M. Cerné.



A l'aide de la radiographie et de la téléradiographie qui permet d'éviter la déformation des images, M. Cerné est arrivé à établir des schémas du tronc représentant un type moyen contenant le contour du corps, celui du squelette, la projection du diaphragme, de l'ombilic.

Il a établi ainsi six schémas différents :

1° Un schéma complet de l'homme;
2° Un schéma antérieur;
3° Un schéma postérieur;
4° Deux schémas latéraux droit et gauche;
5° Un schéma partiel très simplifié de la région abdomino-pelvienne.

Ces schémas, dont nous montrons deux exemples, sont tirés en deux grandeurs, soit à un quart, soit à un sixième.

Nul doute que ces schémas ne rendent de grands services pour les radioscopies aux radiographes et à tous les cliniciens pour fixer les résultats de leurs examens.

M. LANCE.

(1) Opuscule de 18 pages. — Paris, A. Poinat.

NOTES POUR L'INTERNAT

TUBERCULOSE INTESTINALE (1)

2° *Tuberculome hypertrophique du cæcum.* — Le tuberculome cæcal est le plus souvent *primitif;* le *début* en est lent, insidieux; le malade se plaint de douleurs abdominales, avec alternatives de diarrhée et de constipation; les douleurs affectent parfois la forme de coliques prédominant à droite; la diarrhée n'est jamais aussi tenace que dans l'entérite tuberculeuse, elle est rarement sanguinolente; parfois le début en est brusque comme dans une appendicite avec vomissements, douleur en coup de poignard, défense vive de la paroi abdominale, puis, plus tard, un abcès se forme dans la fosse iliaque et quelquefois une fistule pyo-stercorale s'établit. La période *d'état* a une durée qui varie de quelques mois à une dizaine d'années; les symptômes consistent en troubles intestinaux (douleurs, diarrhée, constipation, vomissements) avec amaigrissement. L'examen du malade pratiqué après une purgation permet de constater une sensibilité généralisée ou localisée à la fosse iliaque droite; on perçoit dans cette région, par la manœuvre de Sigaud (palpation du flanc droit, pouce en avant, doigts en arrière), une TUMEUR de forme variée, le plus souvent allongée verticalement, de volume variable, de consistance ferme, irrégulière, bosselée, n'adhérant pas à la paroi, mobile en tout sens ou seulement dans le sens transversal, assez souvent immobilisée par des adhérences; la *percussion* montre que le centre de cette tumeur est mat, la matité diminuant du centre à la périphérie; parfois on peut atteindre la tumeur par le *toucher vaginal ou rectal*; la radiographie, après lavement bismuthé, pourra fournir quelques renseignements utiles; il existe de l'*adénopathie* inguinale droite, le siège de la tumeur peut varier si le cæcum occupe une situation anormale; à cette période de l'évolution, le malade présente des crises douloureuses d'obstruction ou d'*occlusion*, l'état général s'aggrave et le malade succombe aux progrès de la cachexie tuberculeuse; rarement cette forme évolue vers la caséification, les abcès avec fistule pyo-stercorale, etc. Parfois toute la région iléo-cæcale y compris l'appendice est envahie par le processus tuberculeux hypertrophique; parfois, au contraire, la tuberculose se localise en un point très limité du cæcum (Richelot), formant une petite tumeur dure, douloureuse, très curable par la résection partielle.

Le *diagnostic* est évident s'il s'agit d'un tuberculeux avéré, ce qui est rare, ou s'il existe des fistules, ce qui n'est pas fréquent non plus; le diagnostic est à peu près impossible avant la phase de tumeur; lorsque la tumeur existe il faudra discuter le diagnostic du *cancer du cæcum* (âge, tumeur plus irrégulière, moins douloureuse), *d'actinomycose iléo-cæcale* (tumeur ligneuse, donnant l'impression d'une masse de suif, Poncet et Bérard); on pensera aux tumeurs stercorales, à un abcès froid pottique, à un kyste hydatique, à une *appendicite chronique*, diagnostic d'ailleurs toujours très délicat, d'autant plus que pour certains auteurs la tuberculose serait à l'origine de bon nombre d'appendicites chroniques; parfois on croira à l'existence du tuberculome cæcal, alors qu'il s'agira simplement d'*adénopathies tuberculeuses* péricæcales ou de la forme *entéropéritonéale* déjà étudiée. Une fois le diagnostic de tumeur tuberculeuse posé, on peut encore essayer de préciser plus exactement son siège : dans la tuberculose hypertrophique de l'iléon, la tumeur est sous ou périombilicale; elle n'est pas franchement dans la fosse iliaque droite; les symptômes de sténose y sont plus constants et surtout plus précoces que dans la tuberculose hypertrophique cæcale.

3° *Tuberculose hypertrophique du côlon, de l'S iliaque.* — La tumeur dans ces cas est moins nette qu'au niveau du cæcum; on observe surtout des symptômes progressifs de sténose, avec ballonnement du ventre donnant parfois la sensation de *fausse ascite* (Mathieu); parfois ce qui domine ce sont des symptômes d'entérite dysentérique, de sigmoïdite.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 56, p. 925; n° 61, p. 1005, et n° 63, p. 1038.

4° *Tuberculose hypertrophique du rectum.* — C'est là une variété très intéressante et assez fréquente de tuberculose à laquelle il faudra songer lorsque l'on constatera un rétrécissement du rectum; cette forme s'observe de quinze à quarante ans; la période présténosante est caractérisée par de la rectite, du ténesme, des épreintes; le malade n'évacue que quelques glaires sanguinolentes; à la période de sténose les matières sont aplaties, rubannées, ovilées; parfois il existe des débâcles diarrhéiques, le plus souvent il y a de la constipation avec ballonnement du ventre, souvent même des accidents d'obstruction ou d'occlusion. Le toucher rectal montre qu'il s'agit d'un rétrécissement rigide, inextensible, étendu en hauteur, saignant facilement. Les recherches récentes sur les tuberculoses inflammatoires non folliculaires ont montré le rôle capital de la tuberculose dans l'étiologie de nombreux rétrécissements du rectum, dits inflammatoires simples. Le diagnostic sera fait avec le *rétrécissement syphilitique* (annulaire, rigide, velvétique), avec les rétrécissements *cicatriciels* et *congénitaux*; surtout avec le *cancer du rectum* (examen biopsique si possible, rectoscopie ou constatation de débris tuberculeux ou cancéreux dans les selles). Le diagnostic avec le cancer du rectum peut être très difficile, car la tuberculose peut revêtir le polymorphisme du néoplasme. Cependant celui-ci survient surtout chez un homme âgé, très affaibli; il existe parfois des végétations friables, saignant après l'examen, s'accompagnant de pertes fétides; dans sa forme infiltrée, le cancer est moins mobile, plus diffus et plus rarement annulaire que le rétrécissement tuberculeux. Les ganglions inguinaux, les hémorroïdes plaident en faveur du cancer. Si l'on hésite, on aura recours à la réaction de Wassermann, aux épreuves à la tuberculine, lorsque l'on sera en présence d'un rétrécissement du rectum dont la cause n'est pas évidente.

5° *Appendicite tuberculeuse.* — Comme nous l'avons déjà vu il faut distinguer la tuberculose de l'appendice qui coexiste souvent avec la tuberculose iléo-cæcale et l'appendicite tuberculeuse (Letulle, Weinberg), se présentant souvent comme une appendicite banale : le diagnostic n'en est le plus souvent fait que par l'examen histologique et par l'inoculation systématique de l'appendice au cobaye ou plus tard par l'apparition d'un abcès froid, qui s'ouvre souvent à la peau. Nous ne pouvons pas insister davantage sur cette question qui sort de l'étude de la tuberculose intestinale.

TRAITEMENT DES FORMES CHIRURGICALES. — Ce traitement comporte : la laparotomie simple qui est parfois utile dans les formes sténosantes et qui est souvent suivie de la disparition des symptômes de sténose; l'entérectomie avec extirpation très haut sur le côlon ascendant, procédé de choix, quand les lésions sont localisées, surtout dans le tuberculome cæcal; l'entéro-anastomose qui est indiquée quand l'entérectomie est impossible et qui permet parfois au segment intestinal de guérir; l'exclusion intestinale (Hartmann, Alglave), qui a pour but d'isoler le segment malade du reste de l'intestin, et qui est indiquée dans les lésions iléo-cæcales où l'abouchement de l'iléon dans le côlon iléo-pelvien rend impossible le reflux des matières. On peut isoler ce segment complètement en en fermant les deux extrémités : c'est l'exclusion bilatérale qui donne souvent de bons résultats (Alglave), mais le segment isolé doit être abouché à la peau et il peut en résulter une fistule interminable; on peut enfin l'isoler complètement en abouchant au-dessous des lésions la section de l'intestin faite au-dessus d'elles.

Ces opérations sont contre-indiquées si les lésions pulmonaires sont très avancées, si la diarrhée est incoercible.

BIBLIOGRAPHIE. — G. LYON. Tuberculose intestinale, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1891, n° 139. — BENOIT. Tuberculose iléocæcale. Traitement chirurgical, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1898, nos 39 et 42. — DIEULAFOY. Tuberculose du cæcum, *Semaine méd.*, 1902. — VERLIAC. *Revue de la tuberculose*, 1904. — BÉRARD et PATEL. Coll. Léauté, 1905. — PELLOT. La tuberculose intestinale, Revue générale, *Gaz. des hôp.*, 1911, p. 617.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 10 francs par an.
Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 30 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Ces abonnements étant en nombre limité, toutes les demandes doivent nous parvenir : pour la première série avant le 20 juin, et pour la deuxième série avant le 15 juillet.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve orale.* — Séance du 11 juin. — MM. Chabrol et Ramond, 19; Lévy (Fernand), 18; Lévy-Valensi et Armand-Delille, 19.

Prochaine séance, samedi 13 juin, à seize heures trente, 49, rue des Saints-Pères.

CONCOURS DE MÉDECINS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 11 juin. — MM. Durand, 8 + 5 = 13; Fenard, 17 + 8 = 25; Fourgous, 12 + 7 = 19.

EN L'HONNEUR DES MÉDECINS ESPAGNOLS — Dîner de l'UMFIA. — Nous avons déjà dit que sous l'égide de notre confrère *España medica* un groupe nombreux de médecins espagnols venaient d'arriver à Paris. Ils ont été présentés lundi à S. E. l'ambassadeur d'Espagne par le docteur Bandelac de Pariente, médecin de l'ambassade, et jeudi soir, après avoir visité la Faculté sous l'obligeante direction de M. le doyen Landouzy, ils ont été reçus en un dîner que leur offrait l'UMFIA.

A cette fête, présidée par M. le professeur Landouzy, assistaient le professeur Chantemesse, les professeurs agrégés J.-L. Faure, Marcel Labbé, Félix Terrien; M. Doléris, de l'Académie de médecine, et MM. Helme, Lardennois, Lippmann, Manrique, E. Delaunay, Mathé, etc. Le docteur Gaullieur L'Hardy, secrétaire général de l'UMFIA, a lu les lettres d'excuse de MM. Roux, de l'Institut Pasteur, et des professeurs Pinard, Pozzi, Bar, Pierre Marie, Legueu, Vaillard, Vincent, etc., membres d'honneur de l'*Union médicale franco-ibéro-américaine.*

Des toasts chaleureux ont été portés par MM. Dartigues, Delaunay, Doléris, Chantemesse, Eleizegui, directeur d'*España medica*, Coca, Romon, professeur Sagarra de Valladolid, et enfin par le professeur Landouzy qui a bu au succès et à la prospérité de l'œuvre parallèle d'*España medica* et de l'UMFIA.

AMBROISE PARÉ A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — On ne le voyait plus depuis quelques semaines ; le vénérable modèle en plâtre, qui datait de 1852, avait été brisé. M. le médecin inspecteur général Robert, membre honoraire, vient de le remplacer par une très belle statue, en bronze, du père de la chirurgie; et, en le remerciant, au cours de la dernière séance, le président Tuffier rappelait, aux applaudissements de tous, « l'union intime, à la Société de chirurgie, de la chirurgie militaire et de la chirurgie civile qui se confondent dans la même admiration de notre grand ancêtre ».

UN JUBILÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — Dernièrement a eu lieu, à Lille, une touchante manifestation en l'honneur du docteur Lemoine, professeur de clinique médicale à la Faculté, à l'occasion de son vingt-cinquième anniversaire d'enseignement. Le professeur Deléarde, au nom de tous ses anciens élèves, lui a remis son portrait, admirablement brossé par le maître lillois Pharaon de Winter. A cette fête, qui avait gardé un caractère tout à fait intime, étaient venus la plupart des professeurs et agrégés de la Faculté de médecine et un grand nombre des praticiens de la région du Nord qui n'avaient pas craint de délaisser pour un jour leurs rudes occupations professionnelles pour venir affirmer à leur ancien maître qu'ils se souvenaient toujours des leçons et des conseils qu'ils en avaient reçus.

Plusieurs discours furent prononcés par les professeurs Curtis, E. Gérard et Deléarde, le docteur Hennart, administrateur des hospices. Tous célébrèrent les qualités du maître qui, par ses travaux scientifiques et de thérapeutique appliquée, sut affirmer en France et à l'étranger le bon renom de la Faculté de médecine de Lille.

RENSEIGNEMENTS


CARICA PAPAYA

REVUE GÉNÉRALE

LES PLEURÉSIES PULSATILES

Par MM. H. PAILLARD,
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris,
et J. QUIQUANDON
(du Vernet-la-Varenne).

Définition. — Les pleurésies pulsatiles sont définies, outre les signes d'épanchement pleural, par l'existence de soulèvements perçus par l'inspection et la palpation au niveau de la paroi thoracique, soulèvements rythmés par les mouvements du cœur et donnant, au premier abord, l'illusion d'un anévrisme.

Presque toujours, une pleurésie pulsatile possède les caractères suivants : il s'agit d'une *pleurésie gauche*, à *épanchement volumineux*, de *nature purulente*, s'accompagnant de *pneumothorax*. Mais aucun de ces caractères n'est absolument constant ; on a signalé des cas de pleurésie pulsatile du côté droit, des cas dans lesquels il s'agissait d'épanchement enkysté, certains faits de pleurésie séreuse pulsatile, enfin des observations dans lesquelles le pneumothorax faisait absolument défaut. Il n'en est pas moins vrai que les conditions précitées sont rencontrées dans la très grande majorité des cas, et il était important de le signaler d'emblée.

Une autre remarque s'impose également : la définition que nous avons donnée plus haut ne range dans le cadre des pleurésies pulsatiles que celles où la pulsatilité est constatée par l'examen extérieur du thorax ; nous verrons plus loin qu'il y a lieu d'élargir notablement ce cadre en adjoignant les faits dans lesquels, au cours d'un pyo-pneumothorax par exemple, l'examen radiologique montre une pulsatilité évidente du liquide pleural sans qu'aucun phénomène de ce genre soit apparent à l'inspection du thorax. Mais cette conception, qui nous paraît découler très rigoureusement des travaux modernes, ne pouvait entrer dans la définition de la maladie, définition à laquelle nous avons conservé un caractère classique.

Historique. — Nous l'empruntons à M. Comby (14) auquel on doit l'étude la plus complète et la plus consciencieuse sur les pleurésies pulsatiles. Le premier cas semble devoir être attribué à Guillaume de Baillou (1) et mérite d'être relaté.

La fille du vénérable Colette souffrit d'une fluxion sur le côté. La pleurésie ne fut pas franche ; elle dépendait de la collection d'une humeur dépravée. Elle parut se dissiper. Au bout de quelque temps, le sein gauche se tuméfia, avec douleur profonde et pulsations. On diagnostiqua un anévrisme. Tandis que, dans la vue de combattre un anévrisme, on appliquait sur la tumeur des cataplasmes de farine et de jaune d'œuf, tout à coup la matière corrompue se fit jour par le poumon. La tumeur disparut. N'aurait-on pas dû songer à un abcès de cette partie ?

Comme le fait remarquer M. Comby, on retrouve dans cette brève observation les faits essentiels de l'empyème pulsatile : affection pulmonaire, pleurésie, collection pulsatile, vomique. Cette observation date de 1640. Il faut attendre jusqu'en 1836 pour retrouver un nouveau cas authentique ; il est dû à Bérard (2), est plus complètement étudié, mais a été également confondu avec un anévrisme.

En 1844, Mac Donnell (3) publie plusieurs observations très complètes et dans lesquelles le diagnostic exact fut posé ; puis Graves, Stokes (4) en observent de nouveaux cas ; Walshe (5), Aran (6), Heyfelder (7), Chvostek (8), Courbon (9), Traube (10), Fraentzel (11) apportent une contribution de plus en plus importante à l'étude de cette affection.

En 1881, paraît la thèse de M. Comby (12) sur ce sujet ; le même auteur y a consacré des travaux ultérieurs (13) et plus spécialement une monographie (14) parue en 1895 et dans laquelle nous avons puisé très largement pour la rédaction de ce travail.

Entre temps, Féréol (15), Berger (16), Florand (17), Rummo (18), Codivilla (19), Millard (20) ont apporté de nouvelles observations.

Enfin, depuis 1895, il faut citer tout spécialement les travaux de Béclère (21), de Lépine (22), de J. Roux (23), de Dieulafoy (24), d'Apert (25) et, enfin, la thèse de l'un de nous (26) dans laquelle ont été réunies toutes les observations publiées jusqu'en 1912. Parmi les travaux étrangers, il nous faut citer spécialement ceux de G. Viola (de Palerme) [27] qui a consacré à la pathogénie des pleurésies pulsatiles un important travail dont nous parlerons plus loin.

Étude clinique. — **I. Tableau d'ensemble de la pleurésie pulsatile.** — Prenons un exemple : il s'agit d'un individu atteint, depuis plusieurs mois, d'une pleurésie tuberculeuse du côté gauche dont l'évolution s'est prolongée et dont le liquide est devenu purulent ; on ponctionne la plèvre de temps en temps, tous les mois ou tous les deux mois et, un jour, alors qu'on examine le malade et qu'on s'apprête à le ponctionner, on constate dans la région précordiale, à gauche du sternum, dans la région sous-axillaire ou à la partie postéro-inférieure du thorax, l'existence de battements réguliers, synchrones aux pulsations radiales ; parfois ces battements ne sont visibles qu'à jour frisant ; ils occupent plusieurs espaces intercostaux et chaque soulèvement est, en quelque sorte, « étalé » ; dans d'autres cas, le pus a perforé un espace intercostal et forme une saillie plus ou moins arrondie qui simule un anévrisme ; cette ressemblance est souvent telle que les anciens auteurs, qui ne disposaient ni de l'auscultation pour diagnostiquer la pleurésie, ni de la ponction pour en vérifier l'existence, portaient le diagnostic d'anévrisme, lorsque la pulsatilité apparaissait ; une pareille confusion ne saurait guère avoir lieu maintenant, car, si la pleurésie a été méconnue auparavant, l'examen de la région pulsatile ne décèle ni souffle, ni bruits anormaux, mais seulement un silence complet ou une diminution du murmure vésiculaire ; d'ailleurs la palpation ne montre qu'exceptionnellement l'expansion qui est de règle dans les anévrismes ; enfin, l'examen radiologique

tranche définitivement le diagnostic au cas où il pourrait demeurer hésitant.

L'existence de la pulsatilité au cours d'une pleurésie n'amène guère de modifications dans l'évolution de la pleurésie, à part le fait que le liquide peut se faire jour au niveau de la région pulsatile, éventualité tout à fait exceptionnelle.

II. Etude analytique des symptômes. — 1° QUELLES SONT LES PLEURÉSIES QUI DEVIENNENT PULSATILES. — Il s'agit, dans l'immense majorité des cas, d'une pleurésie gauche abondante, plus rarement d'une pleurésie enkystée juxtacardiaque ou d'une pleurésie droite.

*A. **Pleurésie gauche**.* — I. Elle est, en général, ABONDANTE ; la matité remonte au moins à la pointe de l'omoplate, envahit l'espace de Traube ; *le cœur est presque toujours refoulé à droite :* la pointe bat *sous le sternum* (Courbon, Duguet), *à droite du sternum* (Traube, Pel, Florand), *entre le mamelon droit et le sternum* (Rummo), *sous le mamelon droit* (Mac Donnell, Chvostek, Broadbent, Comby) ; il n'est pas rare de sentir les contractions cardiaques *en dehors du mamelon droit* jusqu'à la ligne axillaire antérieure (Codivilla), jusqu'à *17 centimètres de la ligne médiane* (Béclère). Ordinairement, les battements du cœur sont surtout perceptibles dans les quatrième et cinquième espaces intercostaux ; ils peuvent descendre jusqu'au sixième espace (Béclère) ou remonter jusqu'au deuxième (Comby). Dans une observation de Rummo, ils intéressaient à la fois les deuxième, troisième, quatrième, cinquième et sixième espaces. Les bruits du cœur sont normaux ou un peu assourdis.

Il est à noter que, après l'évacuation du liquide, tantôt le cœur demeure en position anormale, fixé par des adhérences, comme dans un cas de Stokes, tantôt, au contraire, il vient reprendre sa place, comme dans une observation de Béclère.

II. La pleurésie est souvent un PYO-PNEUMOTHORAX ; Féréol (15) attribuait une grosse importance à ce fait, comme nous le verrons à propos de la pathogénie ; en réalité, si le pneumothorax existe dans la très grande majorité des cas, il manque dans certaines observations, ainsi que l'a fort bien noté M. Comby ; cet auteur insiste sur la contingence de l'épanchement gazeux et remarque que le pneumothorax se produit souvent alors que l'épanchement a déjà été ponctionné ; nous le citons textuellement :

« Dans un très grand nombre d'observations, la présence du pneumothorax est signalée avant et plus souvent après la ponction ; on a soustrait une quantité de pus plus ou moins grande, le poumon est trop sclérosé pour remplir le vide : il se produit alors fatalement une fistule, une perforation pulmonaire qui laisse passer l'air dans la cavité pleurale. Les pulsations thoraciques persistent en dépit du pneumothorax: mais elles n'occupent que la zone liquide. »

Retenons, en tout cas, le fait : le pneumothorax se produit souvent sur une pleurésie antérieurement ponctionnée ; nous pouvons même ajouter que souvent on s'aperçoit que le pneumothorax existe sans que l'on puisse dire exactement à quel moment il s'est constitué ; s'est-il produit une fistule pulmonaire, comme le dit M. Comby ? Cela ne nous paraît pas indispensable. Certes le poumon est rétracté et inextensible ; nous verrons même plus loin que, dans les pleurésies pulsatiles, presque toute la plèvre est blindée et a perdu sa souplesse ; mais indépendamment d'une fistule pulmonaire (dont on s'explique mal la formation aussi facile et aussi silencieuse sur un poumon sclérosé), n'y a-t-il pas un autre orifice par lequel l'air puisse pénétrer, très simplement le trocart de ponction, si celui-ci est laissé à l'air libre ne fût-ce que quelques secondes après évacuation d'une certaine quantité de pus? C'est du moins ce que nous avons fort nettement observé dans un cas et il y a lieu de se demander si ce fait ne s'est pas produit dans un certain nombre des observations auxquelles nous faisons allusion ; la pénétration de l'air par le trocart s'accompagne d'un sifflement évident lorsque l'aspiration a été très forte ; elle peut être silencieuse lorsque l'aspiration a été moins forte. Il s'agirait là en somme d'un phénomène analogue à ce qui se passe dans les pleurésies partiellement bloquées et nous ajoutons que la pénétration de l'air peut se faire à l'insu du médecin. Donc comme conclusion pratique : le pneumothorax est fréquent, mais non constant au cours de l'empyème pulsatile ; sa constatation est parfois une surprise, car il n'y a eu ni vomique, ni fistule pulmonaire ; l'air a peut-être pénétré alors par le trocart de ponction.

III. La pleurésie pulsatile est presque toujours ANCIENNE ou relativement ancienne et c'est pour cette raison qu'il s'agit fréquemment d'une pleurésie purulente ; mais plusieurs cas de pulsatilité ont été signalés au cours de pleurésie séro-fibrineuse : un cas d'Eichhorst dans lequel la pleurésie siégeait d'ailleurs du côté droit et un cas du professeur Lépine (22).

*B. **Pleurésie enkystée juxtacardiaque**.* — La plèvre gauche n'est pas toujours intéressée dans sa totalité ; nous avons insisté plus haut sur l'abondance du liquide lorsqu'il s'agit d'une pleurésie de la grande cavité ; il est légitime d'admettre aussi qu'une pleurésie enkystée juxtacardiaque peut réaliser le syndrome de l'empyème pulsatile.

Mais les exemples en sont relativement rares ; dans un cas rapporté par Topham et dans un autre dû à Heyfelder (7) qui n'ont pas été l'objet de vérification nécropsique, on peut se demander si la tuméfaction pulsatile appartenait bien à la plèvre ou dépendait d'un abcès à point de départ osseux et pulsatile parce que précardiaque ; dans un cas de Pel concernant une pleurésie médiastine antérieure très volumineuse, la pulsatilité existait faiblement et c'est là à peu près tout ce qu'on trouve concernant ce chapitre ; dans leurs articles sur les pleurésies médiastines, MM. Devic et Savy, M. Rebattu ne parlent pas de pulsatilité de l'épanchement, mise à part l'observation précitée de Pel.

*C. **Pleurésie droite**.* — Deux observations rentrent dans ce cadre : l'une est due à Eichhorst,

l'autre à Geigel; de plus, le cas de Heyfelder, dont nous avons parlé au paragraphe précédent, concerne également un épanchement purulent du côté droit.

Le malade d'Eichhorst est intéressant par l'ensemble des particularités anormales qu'on y retrouve, aussi son histoire mérite-t-elle d'être résumée brièvement.

Il s'agit d'un enfant de quatorze ans chez lequel on constate des signes d'épanchement pleural droit, la dilatation et l'immobilité de l'hémithorax de ce côté, alors que le côté gauche est animé de mouvements respiratoires très amples. On observe de légères pulsations occupant la partie antéro-latérale de la moitié droite du thorax Les pulsations isochrones aux battements du cœur s'étendent jusqu'à la troisième côte. La main, appliquée à ce niveau, sent nettement les pulsations. La matité est absolue en cet endroit et les vibrations thoraciques abolies. La pointe du cœur bat à un centimètre et demi de la ligne mamillaire gauche; on ne constate rien d'anormal au poumon gauche.

Une ponction fut pratiquée et montra, à l'étonnement d'Eichhorst, que le liquide était séreux et clair; on put retirer 800 centimètres cubes.

Cette évacuation ramena la sonorité en arrière, mais ne changea pas la matité antérieure. On pensa à un cloisonnement de la pleurésie et on fit en avant, entre la ligne mamillaire et la ligne axillaire, dans le cinquième espace, une deuxième ponction qui donna 200 centimètres cubes de sérosité. Alors les pulsations disparurent complètement. Cette intervention soulagea le malade. Quinze jours après, nouvelle douleur; formation d'une voussure au niveau de la huitième côte et la ponction donna cette fois du pus. On fit alors la pleurotomie avec résection de la septième côte entre les lignes axillaire et mamillaire; on retira 300 centimètres cubes de pus. Le résultat fut excellent tout d'abord. Quelques mois après, on retrouva les signes d'un nouvel épanchement; on réséqua la neuvième côte; on retira un litre de pus et l'enfant guérit.

L'observation de Geigel est moins complète, mais reste valable puisque l'autopsie a constaté la réalité de la pleurésie.

Il s'agit d'un homme de cinquante-sept ans, emphysémateux, présentant dans l'hypocondre droit une tumeur qui avait grossi peu à peu. Cette tumeur partait du voisinage du bord sternal droit et s'étendait vers la ligne axillaire sur une longueur de 9 centimètres. Elle se divisait en deux parties, l'une interne, petite, demi-sphérique, l'autre externe, plus grande, arrondie. A la palpation, on sentait des pulsations. Le malade mourut au quatorzième jour. On trouva cinq à six onces de liquide séro-purulent dans le péricarde et une grande quantité de pus dans la plèvre.

En somme, la pleurésie pulsatile du côté droit est exceptionnelle; nous verrons cependant plus loin que, à envisager les faits de « pouls endopleural » et non plus de pulsatilité extérieure, la localisation du côté droit est sensiblement moins rare.

2° LES CARACTÈRES DE LA PULSATILITÉ CLINIQUEMENT APPRÉCIABLE. — Nous les étudierons successivement en ce qui concerne le *siège* et le *degré* et l'*intensité* de la pulsatilité.

A. Siège. — 1. A GAUCHE. — Parfois *tout le thorax*, à gauche, est animé de battements; le fait existait dans les observations de Stokes et de Dillingham.

Le plus souvent, les battements sont limités soit à la partie antérieure, soit à la partie postéro-inférieure du thorax, soit encore à la région axillaire.

En avant, les battements occupent parfois une assez grande surface : *deuxième, troisième, quatrième, cinquième et sixième espaces intercostaux* (Traube); *deuxième espace et zone égale à une paume de main au-dessous du deuxième espace* (Plagge); *région sous-claviculaire et mammaire* (Walshe).

Dans d'autres cas, les battements sont plus limités surtout lorsque le pus a perforé un espace intercostal et vient réaliser une tumeur sous-cutanée. La pulsatilité s'observe alors *à gauche du sternum* (Bérard, Aran, Dieulafoy), *entre le sternum et la ligne mamelonnaire* (Chvostek), *sous le sein gauche* (Baillou, Mac Donnell). La pulsatilité est parfois limitée au *troisième espace* (Muller), au *quatrième espace* (Chvostek), aux *troisième et quatrième espaces* (Topham), aux *quatrième et cinquième* (Wintrich), au *cinquième espace* (Chvostek), aux *cinquième et sixième* (Fraentzel), au *cinquième espace* et à la *région xiphoïdienne* (Broadbent). Quelquefois le foyer de battements est double avec double tumeur : *deuxième espace* et *sixième espace* dans un cas de Heyfelder.

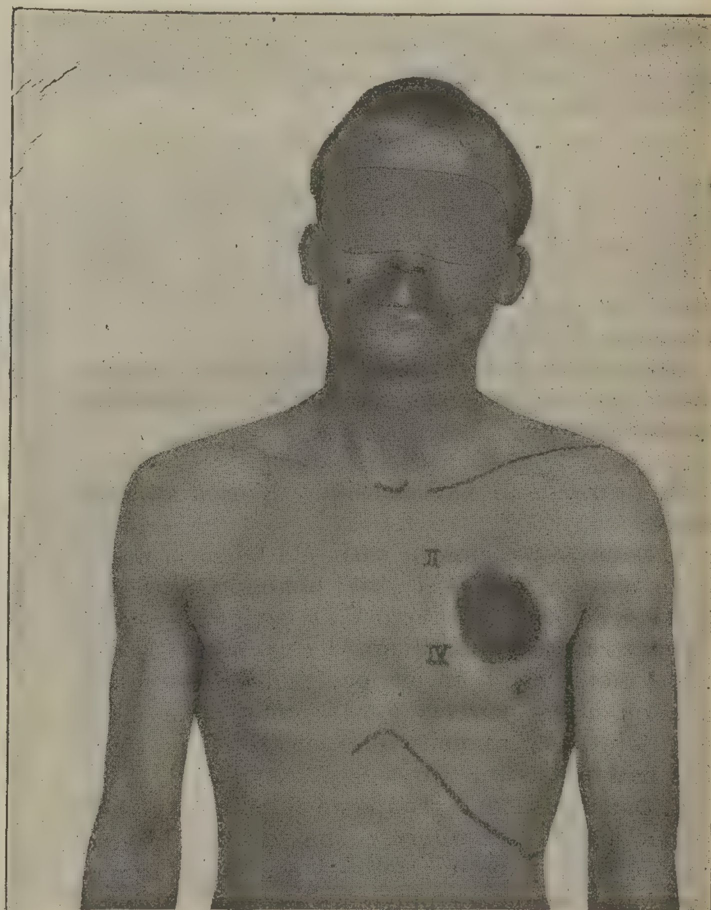


FIG. 1. — *Lieu d'élection de la pulsatilité à la partie antérieure du thorax.*

En arrière, les battements occupent parfois *toute la base* (Rummo dans plusieurs cas, Comby avec prédominance des battements dans les septième, huitième, neuvième et dixième espaces, Duguet).

Les pulsations sont souvent moins étendues : *au-dessous de l'angle de l'omoplate* (Comby) ; *entre l'angle de l'omoplate et la dixième côte* (Brünniche) ; *neuvième, dixième et onzième espaces* dans leur portion latérale et postérieure (Comby) ; *dixième espace* dans sa portion juxtavertébrale (Mac Donnell, Croly). Féréol, Florand, Millard indiquent simplement que les pulsations siégeaient en bas et en arrière. Les battements peuvent quelquefois occuper la région sous-costale *entre la douzième côte et la crête iliaque* (Owen Rees, Courbon).

Dans la région axillaire et sous-axillaire, les battements sont souvent observés, soit en même temps que les battements postérieurs (Rummo, Comby, Duguet), soit d'une façon relativement élective comme dans le premier cas de Béclère (*sixième*, *septième* et *huitième* espaces) et dans le second cas de Dieulafoy (*huitième*, *neuvième* et *dixième* espaces).

2. A DROITE. — Les battements siégeaient à la *partie antéro-latérale* du thorax jusqu'à la troisième côte dans l'observation d'Eichhorst; dans l'*hypocondre droit* entre le sternum et la ligne axillaire, dans l'observation de Geigel ; dans le *deuxième espace*, près du sternum, dans l'observation de Heyfelder.

Les figures 1, 2 et 3 traduisent assez exactement les divers sièges électifs de la pulsatilité du côté gauche.

B. Degré. — Il est classique d'en distinguer deux :

1. Dans une première série de faits, la pulsatilité existe *sans qu'il y ait tumeur extérieure ;* plusieurs espaces intercostaux sont soulevés à chaque révolution cardiaque ; c'est donc un véritable mouvement en nappe, étalé, s'estompant plus ou moins sur les bords ; nous reviendrons plus loin sur l'intensité que peuvent acquérir de tels battements.

2. Dans un second groupe de faits, on a signalé l'existence d'un *empyème sous-cutané* formant une véritable tumeur; celle-ci est due à la perforation d'un ou de plusieurs espaces intercostaux et à l'issue du pus dans le tissu cellulaire sous-cutané; *lors de la perforation*, il existe parfois des phénomènes douloureux sur lesquels a insisté Dieulafoy ; à la partie antérieure du thorax, dans la région postéro-inférieure ou parfois sur la ligne axillaire, apparaît une douleur intense, exaspérée par les secousses de toux, accrue surtout par la palpation ; on croirait à une ostéite costale aiguë et la palpation montre, de plus, que la région est un peu empâtée. Cet empâtement augmente progressivement et forme bientôt une saillie qui, au bout de quatre à cinq jours, parfois plus, se montre animée de battements.

La tumeur purulente sous-cutanée et extra-costale présente une *forme* et des *dimensions* variables ; elles peuvent essentiellement être rapportées à deux types principaux : tumeur petite et circonscrite, tumeur large et diffuse.

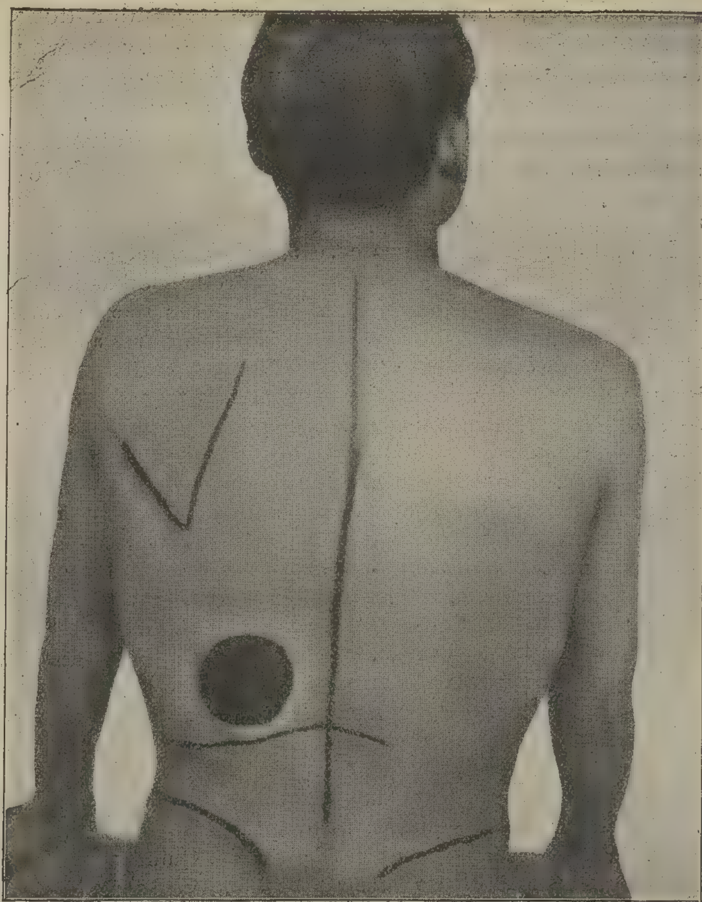


FIG. 2. — *Lieu d'élection de la pulsatilité à la partie postérieure du thorax.*

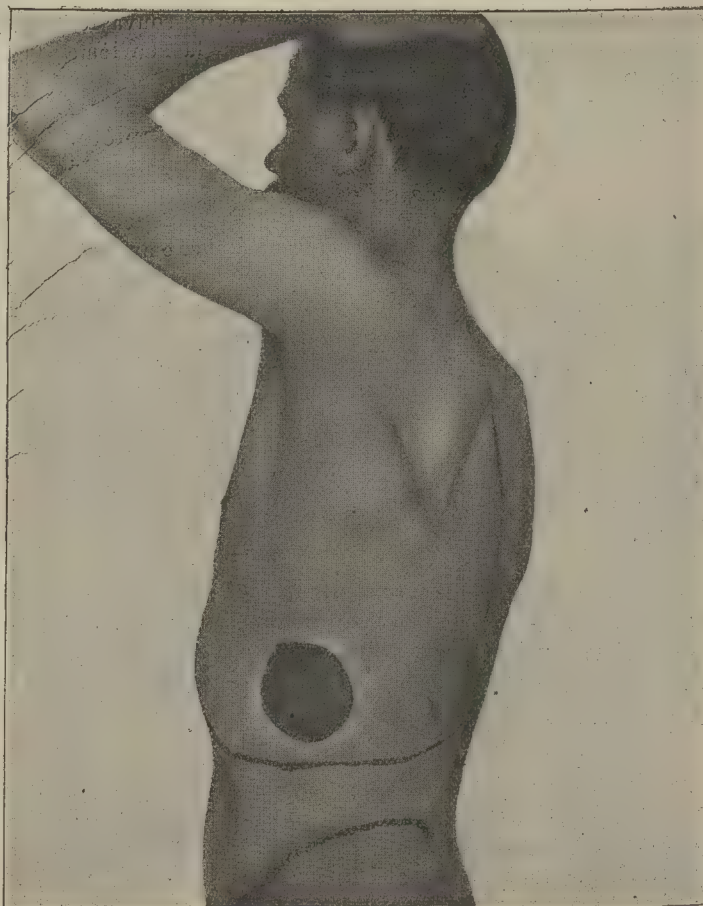


FIG. 3. — *Lieu d'élection de la pulsatilité à la partie latérale du thorax.*

Dans le premier cas, elle atteint le volume d'une noix ou d'un œuf ; elle présente une forme arrondie ou plus ou moins irrégulière ; dans le second, la tumeur acquiert le volume d'une orange, devient large comme une paume de main, mais ses contours s'estompent ; la tuméfaction n'est plus franchement limitée.

Les pulsations présentent au niveau de la tumeur des caractères analogues à celles des anévrismes ; cependant, un seul choc est net, le choc systolique ; d'autre part, le thrill, si souvent observé dans l'anévrisme, fait complètement défaut ici.

La tumeur présente-t-elle des mouvements d'*expansion ?* M. Comby répond par la négative et rapporte que, dans un cas difficile, M. Duplay s'appuya précisément sur l'absence d'expansion pour rejeter le diagnostic d'anévrisme. Dieulafoy, M. Bouveret admettent que, si l'expansion est très rare ou absente lorsqu'il n'y a pas de tumeur extérieure, elle peut exister lorsque cette dernière condition est réalisée.

La poche pulsatile extérieure est souvent *réductible*, au moins partiellement ; une pression douce et progressive peut faire refluer le liquide à l'intérieur de la grande cavité pleurale.

L'auscultation ne révèle, au niveau de la tumeur, ni souffle, ni claquement, et il y a là, on le conçoit, un élément de diagnostic tout à fait important avec les anévrismes de l'aorte. Il faut noter, toutefois, que, si la tumeur siège à gauche du sternum ou sous le sein gauche, on peut souvent percevoir les bruits du cœur affaiblis. Dans l'observation de Topham que nous avons citée plus haut et où le cœur était surtout refoulé en arrière, les bruits du cœur s'entendaient en avant, à travers la tumeur.

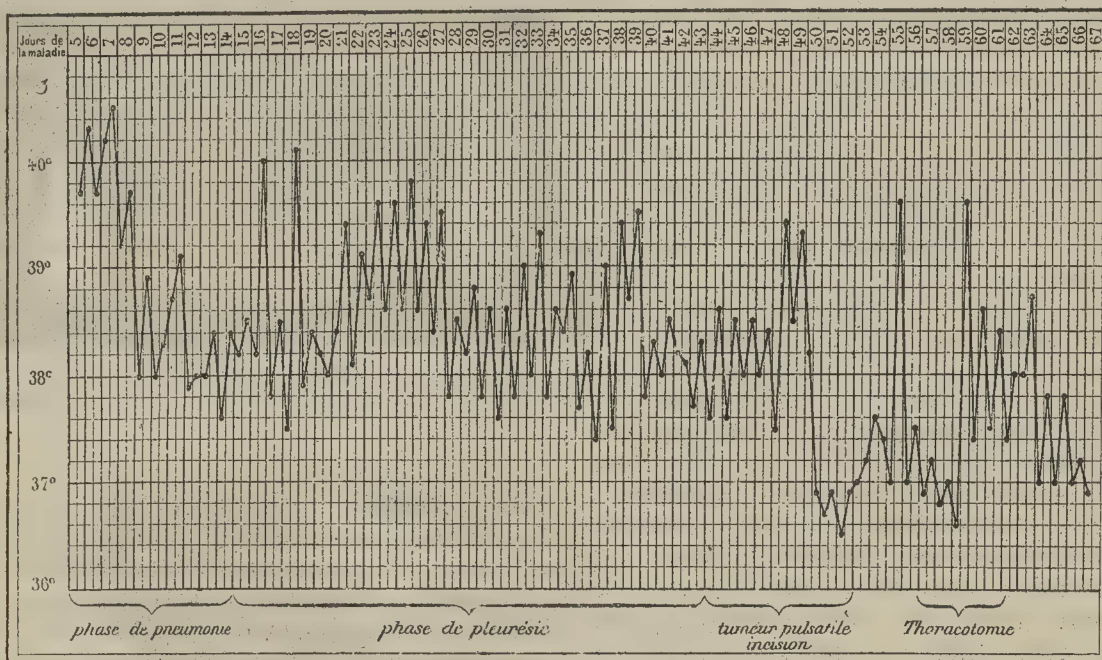


Fig. 4. — *Courbe thermique au cours d'une pleurésie purulente pneumococcique avec pulsatilité* (Dieulafoy).

C. Intensité. — Lorsque la pulsatilité est légère, elle est appréciée davantage par l'inspection (et surtout par l'inspection à jour frisant) que par la palpation.

Lorsque les battements sont *moyennement intenses*, ils sont perçus très nettement par la palpation.

Enfin, parfois, la pulsatilité revêt une *intensité extrême* dont plusieurs exemples méritent d'être cités.

Dans deux cas de Walshe, les pulsations étaient assez fortes pour secouer la tête au bout du stéthoscope ; chez un malade de Stokes, la pulsatilité était perçue dans tout l'hémithorax gauche et dans certaines conditions (surtout lorsque le liquide devenait très abondant et nécessitait la thoracentèse) le lit du malade était agité par chaque contraction du cœur, la violence et l'étendue des pulsations avaient une intensité si considérable que le sommeil du malade était interrompu.

Les battements n'étaient pas moins accentués dans une observation de Béclère : la violence des pulsations était telle, pendant la période aiguë de la maladie, que « la main appliquée sur le lit, à l'extrémité en rapport avec les pieds du malade, le sentait trembler à chacun des battements du cœur ».

3° L'ÉVOLUTION DES PLEURÉSIES PULSATILES. — Elle dépend essentiellement de la nature de la pleurésie et des conditions dans lesquelles elle s'est constituée. En relisant l'ensemble des observations publiées on se rend compte que, presque toujours, il s'agit ou bien de pleurésie pneumococcique ou bien de pleurésie tuberculeuse, et dans les cas où cette étiologie n'a pas été établie (avant l'ère bactériologique) on est en droit d'admettre, avec vraisemblance, l'influence de l'un ou l'autre de ces facteurs.

Les PLEURÉSIES PNEUMOCOCCIQUES sont souvent consécutives à une pneumonie caractérisée, ce qui permet de repérer à peu près exactement l'âge de la maladie : chez le sujet observé par Dieulafoy une tumeur pulsatile est apparue un peu plus d'un mois après le début de la pneumonie ; dans le cas de Florand, la pulsatilité est survenue au bout de deux

mois; dans les trois observations de Chvostek, le délai est d'un mois environ.

Parfois l'infection pulmonaire est mal identifiée, qu'il s'agisse d'une congestion pulmonaire, d'une pneumonie centrale, d'une broncho-pneumonie ou d'une infection pneumococcique dont la clinique délimite mal le territoire; de tels faits ne sont pas rares en matière de pleurésies purulentes et il ne semble pas que l'étiologie des pleurésies pulsatiles aiguës pneumococciques diffère essentiellement de celle des pleurésies pneumococciques en général.

La guérison survient d'ailleurs, en règle générale, à la suite de l'intervention chirurgicale, et là encore nous n'avons rien de spécial à signaler.

Les PLEURÉSIES TUBERCULEUSES chroniques qui deviennent pulsatiles ont une évolution manifestement variable suivant les conditions dans lesquelles elles sont elles-mêmes survenues.

L'*abcès froid pleural*, sans lésions pulmonaires, est relativement bien toléré pendant plusieurs mois et même pendant plusieurs années: un malade de Mac-Donnell est mort deux ans et demi après le début de la pleurésie; le chiffre est de quatorze mois pour un malade d'Owen Rees, de dix-huit mois dans un cas de Dillingham, de dix ans même dans un cas de Comby; des observations de Rummo, de Codivilla témoignent également d'une survie prolongée.

Il en est tout autrement quand la pleurésie tuberculeuse survient chez un malade dont le poumon est antérieurement ou simultanément lésé; la cachexie fait alors de très rapides progrès; il n'est pas rare qu'une vomique se produise et favorise l'infection secondaire de la cavité pleurale; la mort survient au bout de peu de mois ainsi qu'il résulte d'observations de Mac-Donnell, de Comby et de Duguet.

Comme variétés de pleurésie ne rentrant pas dans l'un des deux cadres précédents, citons les cas d'Eichhorst et de Lépine qui concernent des pleurésies séreuses, un cas de Dieulafoy dans lequel l'épanchement, bien que chronique, n'était pas de nature tuberculeuse et contenait du streptocoque à faible virulence, le cas de Martinez dans lequel le liquide était hémorragique et relevait d'un cancer de la plèvre.

III. **Le pouls endopleural.** — Dans un fort intéressant travail qui date de 1888, Rummo (18) a tenté de préciser les conditions générales de la pulsatilité des épanchements pleuraux et ses recherches ont abouti à des résultats fort intéressants.

Il ne s'est pas contenté d'observer la pulsatilité extérieure des épanchements, mais à l'aide de manomètres et d'appareils enregistreurs il a mis en évidence le fait suivant: certaines pleurésies qui ne donnent lieu à aucun phénomène pulsatile extérieurement appréciable présentent, malgré tout, des pulsations « latentes »; vient-on, en effet, à relier le trocart de ponction par lequel s'écoule le liquide avec un manomètre, on observe dans ce dernier des oscillations de pression qui sont synchrones aux contractions cardiaques et qui « extériorisent » en quelque sorte le phénomène de la pulsatilité. C'est, dit Rummo, le *pouls endopleural* qu'il faut opposer au *pouls exopleural*. Or, pour que le pouls endopleural se produise, il faut un épanchement abondant, surtout gauche, avec une forte pression positive qui déplace le cœur et comprime le poumon; il faut aussi que les parois du sac contenant le liquide soient tendues et épaissies. Le pouls exopleural apparaît quand les muscles intercostaux sont paralysés, voussurés, mieux encore lorsqu'ils sont perforés, auquel cas il se forme une tumeur pulsatile extérieure.

Ce que Rummo a vu, grâce au manomètre, il est possible de l'observer plus directement à la radioscopie, au moins dans certains cas d'épanchement hydro-aérique dans lesquels la limite supérieure du liquide apparaît nettement sous la forme d'une ligne horizontale. Or, Bouchard, Kienböck et, plus récemment, nous-mêmes avons pu observer de véritables ondulations de cette limite horizontale, ondulations synchrones aux contractions cardiaques et manifestement rythmées par celles-ci. Fait important, ces ondulations ne sont pas seulement signalées dans les pyo-pneumothorax du côté gauche, mais aussi dans ceux du côté droit et celui que nous avons observé correspond à cette dernière localisation.

Nous reviendrons, à propos de la pathogénie, sur ces faits.

De plus, il y aurait lieu de voir si, dans les cas de pyo-pneumothorax dans lesquels l'auscultation fait percevoir un bruit de tintement métallique rythmé par le cœur, on ne peut mettre en évidence le pouls endopleural.

IV. **Diagnostic.** — Il était presque de règle autrefois (avant l'auscultation) qu'un empyème pulsatile fût confondu avec un anévrisme aortique; on conçoit qu'actuellement cette erreur puisse être évitée aisément: les signes d'épanchement, l'absence de thrill, de bruits, de souffles dans l'empyème pulsatile, la radiologie permettent d'arriver au diagnostic. En réalité, les difficultés n'existent que dans trois circonstances et encore peuvent-elles être surmontées par les renseignements que fournit un examen complet.

1° *En cas d'abcès froid précordial pulsatile.* — Ces abcès d'origine ganglionnaire quelquefois, d'origine osseuse presque toujours, présentent deux poches, l'une sous-sternale, l'autre sus-sternale, communiquant entre elles par un pertuis intercostal. A chaque révolution cardiaque, une partie du liquide passe de la poche profonde dans la poche superficielle et réalise pulsatilité et expansion. Mais aucun bruit anormal n'est perçu, il n'y a pas de thrill, on constate la présence, par la palpation, d'un point douloureux osseux, cause de l'abcès.

2° *Dans certains anévrismes très volumineux de l'aorte descendante.* — La masse anévrismale peut être tellement énorme qu'elle réalise la matité d'une grande étendue de l'hémithorax gauche et simule, de ce fait, un épanchement pleural considérable (Oulmont); on a vu de tels anévrismes être ponctionnés à tort; or, c'est encore la radiologie qui permet d'éviter cette erreur en montrant que le contour

de l'ombre n'est nullement celui de la plèvre et certaines régions de celle-ci, à la base en particulier, restent libres et conservent une clarté normale.

3° *Lorsqu'un anévrisme coexiste avec un épanchement pleural.* — De telles coïncidences ont été signalées par Graves, Potain, Huchard et l'on conçoit qu'elles puissent être la source d'erreurs assez fâcheuses puisque, suivant les cas, on peut méconnaître l'anévrisme et le ponctionner à tort, ou méconnaître la pleurésie en craignant de blesser l'anévrisme. Mais, ici encore, l'examen radiologique s'impose et parvient à dissocier l'ombre aortique de l'ombre pleurale ; si cette dissociation est impossible, il appartient à des ponctions exploratrices prudemment faites de prouver la présence du liquide, d'en autoriser l'évacuation ; celle-ci réalisée, l'anévrisme devient apparent à l'examen.

V. **Traitement.** — Il ne présente aucune indication particulière du fait de la pulsatilité et dépend essentiellement de la cause de la pleurésie : la pleurotomie est indiquée dans les pleurésies aiguës pneumococciques, mais la ponction seule est parfois suffisante ; les pleurésies tuberculeuses chroniques et purulentes seront, au contraire, toujours traitées par des ponctions.

Étude anatomo-pathologique et pathogénique. — **Anatomie pathologique.** — Nous n'insisterons pas sur les caractères anatomo-pathologiques liés à la nature de l'épanchement pleural et à l'infection causale ; qu'il s'agisse d'une lésion pneumococcique, tuberculeuse ou autre, les altérations macroscopiques et microscopiques de la plèvre sont celles que l'on observe toujours dans ces divers cas et nous ne voulons pas reproduire ici des descriptions classiques et parfaitement établies.

Nous ne reviendrons pas davantage sur les caractères anatomiques dont nous avons parlé à propos de l'étude clinique.

Ce que nous voulons définir surtout ici c'est la disposition topographique des lésions, ce que sont devenus le poumon, le cœur, l'aorte, quel est l'état de la paroi thoracique ; nous aurons l'occasion de revenir à propos de la pathogénie sur diverses particularités des lésions.

On vient d'ouvrir la paroi thoracique et, le plus souvent, un flot de pus sous tension s'est écoulé ; on évacue complètement le liquide et le premier organe que l'on cherche, c'est le POUMON ; presque toujours, il est ratatiné contre son hile ; parfois il reste adhérent à la paroi, spécialement au sommet lorsqu'il s'agit de sujets tuberculeux, mais presque toujours il est réduit à un *moignon de dimensions fort réduites* ; parfois le poumon rétracté est tellement petit qu'il faut le chercher attentivement pour le trouver ; dans certains cas, il est *collé contre la colonne vertébrale* ; dans d'autres, le poumon forme une *plaque peu épaisse qui double en dehors le péricarde* et laisse libre, en arrière, le médiastin postérieur ; ces caractères étaient très nets dans plusieurs cas observés par Comby ; nous reproduisons les renseignements qu'il fournit à cet égard dans une de ses observations :

Après avoir complètement vidé la plèvre, nous cherchons le poumon que nous ne trouvons pas ; nous sommes en présence d'une cavité absolument vide...

Que reste-t-il du poumon gauche ?

Il a perdu tout rapport avec la cage thoracique, sauf en haut, où nous voyons son sommet creusé d'une vaste caverne adhérer à la partie postérieure des deux premières côtes par deux brides épaisses. Tout le reste du poumon gauche est représenté par une languette charnue de 1 centimètre et demi à 2 centimètres d'épaisseur, 6 centimètres de largeur et 20 centimètres de longueur. Cette masse aplatie renforce la paroi latérale gauche du médiastin et adhère intimement au péricarde, de façon qu'elle recevait directement l'impulsion du cœur. Son tissu est lardacé, fibreux, criant sous le scalpel, et semé de tubercules. Aucune partie de ce poumon n'est restée perméable à l'air, et l'on ne peut suivre les bronches que dans leurs premières divisions, le reste formant un bloc solide de pneumonie chronique ou sclérose pulmonaire impénétrable à l'air et incapable d'expansion. Un tel poumon n'aurait jamais pu arriver à combler le vide créé par la thoracentèse. A la surface externe de cette lame charnue, on voit deux pertuis taillés à l'emporte-pièce et conduisant dans les bronches. Ces trous nous donnent l'explication et du pneumothorax et des vomiques constatés à la fin de la maladie. La surface interne des bronches incisées sur la sonde cannelée est rouge, gonflée, ulcérée.

Remarquons que la présence de *fistules broncho-pleurales* a été assez rarement signalée par les auteurs.

Le CŒUR est *refoulé*, mais presque toujours intact ; il y a parfois un léger épanchement dans la cavité péricardique mais qui n'entre pour rien dans l'existence de la pulsatilité et qui, souvent d'ailleurs, semble s'être produit post mortem.

L'AORTE est tantôt recouverte par le poumon, tantôt libre et en contact direct avec l'épanchement qui la refoule plus ou moins ; ainsi que nous le verrons à propos de la pathogénie, Viola insiste longuement sur cette disposition qui a été notée par Comby dans certains cas et spécialement dans l'observation précitée ; elle ne nous semble pas constante.

La PAROI THORACIQUE, outre qu'elle est doublée par la plèvre épaissie, est souvent atteinte elle-même et l'on a noté expressément dans plusieurs cas la désintégration et la friabilité des muscles intercostaux et du diaphragme.

Pathogénie. — La pathogénie des pleurésies pulsatiles a fait l'objet de nombreux travaux ; le caractère de ce travail nous impose l'obligation de rapporter, les unes après les autres, les diverses conceptions qui ont été émises ; les faits que nous avons observés, pour notre part, ne nous permettent pas d'édifier d'une façon définitive la pathogénie de la pulsatilité des épanchements et, comme dans la plupart des théories que nous exposons ci-après, il y a une idée intéressante à conserver, nous avons voulu surtout faire œuvre documentaire permettant aux cliniciens de mieux interpréter à l'avenir les faits qu'ils auront à observer.

CONCEPTION DE FÉRÉOL — Féréol, arguant de ce fait que l'épanchement pleural est constitué à la fois

par du liquide et par du gaz, voyait dans la présence de ce dernier une condition indispensable pour la production de la pulsatilité. Les pulsations cardiaques ne pourraient être transmises par l'épanchement liquide seul qui les arrête comme il arrête les vibrations vocales ; mais les conditions changent s'il existe un pneumothorax; en effet la masse gazeuse, grâce à son élasticité, permet les mouvements alternatifs d'expansion et de retrait. Il faut d'ailleurs que les conditions suivantes soient réalisées : grand épanchement liquide avec refoulement du cœur, pneumothorax peu abondant et fermé, c'est-à-dire ne communiquant pas avec les bronches.

Comby fait remarquer que le pneumothorax, tout comme un épanchement liquide, arrête les vibrations vocales et que, dès lors, on ne voit pas pourquoi il transmettrait les contractions cardiaques ; enfin et surtout, il cite des cas dans lesquels le pneumothorax faisait certainement défaut et d'autres dans lesquels il existait une fistule broncho-pleurale. Il conclut donc très catégoriquement au rejet de la théorie de Féréol.

Conception de Comby. — Un fait frappe d'emblée lorsqu'on examine, à l'autopsie, la plèvre dans laquelle a évolué un épanchement pulsatile : c'est l'état du poumon. Affaissé, induré, réduit à un moignon ou à l'état de galette, il recouvre exactement le péricarde gauche et lui adhère intimement; il « double » en quelque sorte la séreuse externe du cœur. Aussi bien, les contractions cardiaques se transmettent-elles par son intermédiaire à l'épanchement, et M. Comby admet qu'elles sont ainsi plus ou moins renforcées.

« Le poumon gauche, réduit à l'état d'une masse charnue accolée au péricarde, reçoit directement et sur une large surface le choc du cœur, pour le transmettre ensuite à l'épanchement et la paroi thoracique. Il renforce ce choc et nous permet ainsi de le percevoir à l'extérieur. » (Comby.)

Le poumon atélectasié et densifié « jouerait le rôle d'une sorte de caisse de renforcement », et cette théorie cadre bien avec la remarque de Laënnec, « que l'endurcissement du poumon ou sa compression favorise la propagation de l'impulsion plutôt que la transmission du bruit, tandis que les excavations tuberculeuses ou le pneumothorax transmettent plutôt le bruit que l'impulsion » (Comby).

Féréol a objecté à Comby que cet état de rétraction du poumon existe dans bien des pleurésies purulentes qui ne sont cependant pas pulsatiles et, d'autre part, Comby déclare qu'il est prêt à abandonner pour une théorie meilleure l'interprétation qu'il a proposée.

Conception de Joanny Roux. — Cet auteur (23) admet bien l'état d'atélectasie du poumon mais pense que, si cet organe est imperméable à l'air, *il est encore perméable au sang*. « Il forme une sorte *d'éponge sanguine qui se dilate à chaque contraction* du cœur droit. On sait qu'à l'état physiologique la dilatation systolique de l'arbre circulatoire du poumon se traduit par une légère expiration, qui peut être mise en relief par des tracés. Regnard avait mal interprété ces tracés, en mettant presque uniquement sur le compte du choc de la pointe le mouvement d'expiration systolique traduit par l'ascension du stylet. Landois a bien montré le rôle de l'afflux du sang dans la petite circulation.

Dans le cas de pleurésie, tant que le poumon reste perméable, la replétion de l'arbre vasculaire doit se traduire par la sortie correspondante d'une certaine quantité d'air de l'arbre respiratoire. Mais lorsque le poumon est complètement atélectasié, la dilatation de ses vaisseaux ne peut plus se transmettre qu'au liquide dans lequel il est plongé. C'est là, croyons-nous, l'origine des battements des pleurésies pulsatiles. *Le poumon complètement privé d'air, mais perméable au sang, se dilate à chaque systole et produit ainsi une augmentation dans la tension du liquide intrapleural.* Nous avons vu en effet que, presque toujours, le poumon a été trouvé complètement atélectasié dans les autopsies. Mais il n'est pas nécessaire, comme le veut Comby, qu'il soit bridé par des adhérences, ou envahi par la sclérose ; ce serait là une condition défavorable à sa dilatation sous l'influence de l'onde sanguine. »

Conception de Béclère. — D'après cet auteur, les pulsations cardiaques se propagent de préférence dans la direction où elles rencontrent le moins de résistance. Si, par suite du refoulement du cœur à droite, la paroi péricardique droite et la cloison médiastine sont très tendues, elles « n'amortissent » plus les pulsations ; celles-ci se transmettent alors électivement du côté gauche et, lorsque la résistance de la paroi péricardique droite est plus considérable que celle des muscles intercostaux gauches, la pulsatilité apparaît. De cela, M. Béclère fournit trois ordres de preuves :

1° En injectant dans la plèvre gauche d'un cadavre une grande quantité d'eau, on tend à l'extrême la paroi péricardique droite (et l'on peut s'en rendre compte en examinant celle-ci par une fenêtre pratiquée dans la paroi costale droite) ; il arrive même un moment où le liquide est tellement tendu qu'il devient impossible d'en introduire davantage.

2° Chez les malades atteints d'empyème pulsatile à gauche, la radioscopie montre l'absence de battements de l'ombre cardiaque à droite ; on voit, au contraire, les déplacements systoliques de ce bord droit lorsqu'on pratique l'examen radioscopique d'un sujet atteint de pleurésie gauche banale.

3° Chez un de ses malades, Béclère a constaté le fait suivant : l'épanchement siégeait du côté gauche et était peu abondant, mais la pulsatilité était très nette ; le cœur n'était pas refoulé à droite, mais était bloqué entre le rachis et le sternum anormalement déprimé en cuvette ; cette dispostion anormale ramenait donc le malade aux conditions précitées.

Conception d'Apert. — Cet auteur explique ainsi le mécanisme des pleurésies pulsatiles : il introduit dans une boîte rigide deux vessies de porc A et B ; A représente la plèvre et est pleine d'eau ; B représente le poumon et est pleine d'air ; *c* et *d* sont les

deux poires d'une soufflerie de thermocautère sur lesquelles on exerce des pressions rythmées pour représenter les contractions cardiaques; une fenêtre est pratiquée en regard de la vessie A pour permettre d'apprécier la transmission des battements à la plèvre. Or les conditions les plus favorables à la pulsatilité sont les suivantes, d'après Apert :

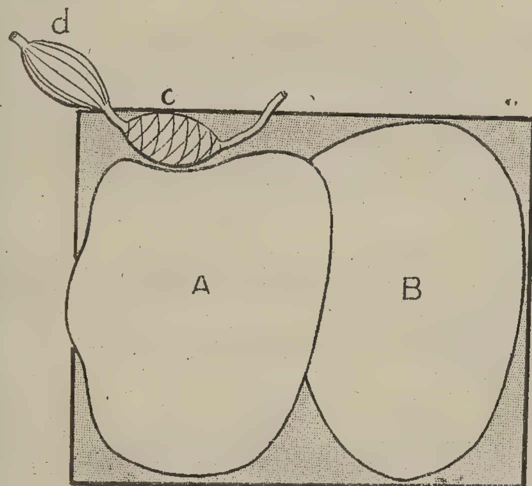


Fig. 5. — *Dispositif d'Apert.*

Il faut placer entre A et *c*, entre B et A une cloison rigide (poumon rétracté, inextensible et incompressible); il faut que A soit gonflé au maximum (donc que la tension du liquide dans la plèvre soit très forte); maintenir le couvercle de la boîte par des poids de telle sorte que *c* ne puisse effectuer son expansion par ailleurs. M. Apert a introduit également une petite quantité de gaz dans la vessie A, afin de voir si l'existence d'un pneumothorax favorise la pulsatilité; en même temps, il a placé la poire *c* au-dessous de A pour que ses pulsations se produisent en regard de l'eau et non du gaz; or, la présence de gaz n'a nullement favorisé la pulsatilité; au contraire, celle-ci est apparue moins nette.

Apert remarque que ces diverses constatations s'accordent avec ce que l'on sait en clinique, c'est-à-dire :

« 1° Que les pleurésies pulsatiles sont surtout des pleurésies s'accompagnant *d'induration de la plèvre pulmonaire ou du poumon* lui-même (ce qui réalise notre première condition);

« 2° Que ce sont surtout des *pleurésies gauches* (ce qui concorde avec la nécessité d'un contact intime avec le cœur);

« 3° Que ce sont surtout des *pleurésies enkystées* (c'est-à-dire à *forte tension*), et qu'une ponction fait disparaître momentanément les battements (en faisant disparaître momentanément l'excès de tension);

« 4° Que le *médiastin* est souvent altéré et induré (ce qui empêche l'expansion du cœur et son déplacement vers l'autre poumon). »

Conception de Viola. — Les idées exposées par M. Viola (de Palerme) méritent d'être rapportées ici avec quelques détails; cet auteur distingue deux sortes de pulsatilité dont l'étiologie serait complètement différente: tantôt, il s'agit de petites collections enkystées juxtacardiaques; leur pulsatilité est provoquée par les contractions du cœur; tantôt, au contraire, il s'agit de collections de la grande cavité pleurale du côté gauche qui réalisent une pulsatilité beaucoup plus étendue, généralisée à tout l'hémithorax gauche et comparable à celle que Stokes a rapportée pour la première fois (voir plus haut); aussi M. Viola propose-t-il d'appeler cette variété, phénomène de Stokes; le mécanisme, très spécial, en serait le suivant: les pulsations thoraciques sont systoliques (ou, plus exactement, un peu en retard sur la systole cardiaque), mais on s'explique mal comment la contraction du cœur (qui s'accompagne d'une diminution de volume de cet organe) pourrait provoquer un refoulement du liquide et un soulèvement de la paroi; ce soulèvement pariétal est dû, en réalité, à la dilatation de l'aorte et spécialement de l'aorte descendante. M. Viola fait remarquer que, dans les pleurésies pulsatiles gauches, l'épanchement est en contact intime avec l'aorte: le poumon est, en effet, rétracté sur le péricarde, en regard du médiastin antérieur, découvrant le médiastin postérieur; l'épanchement refoule ce dernier (ce qui

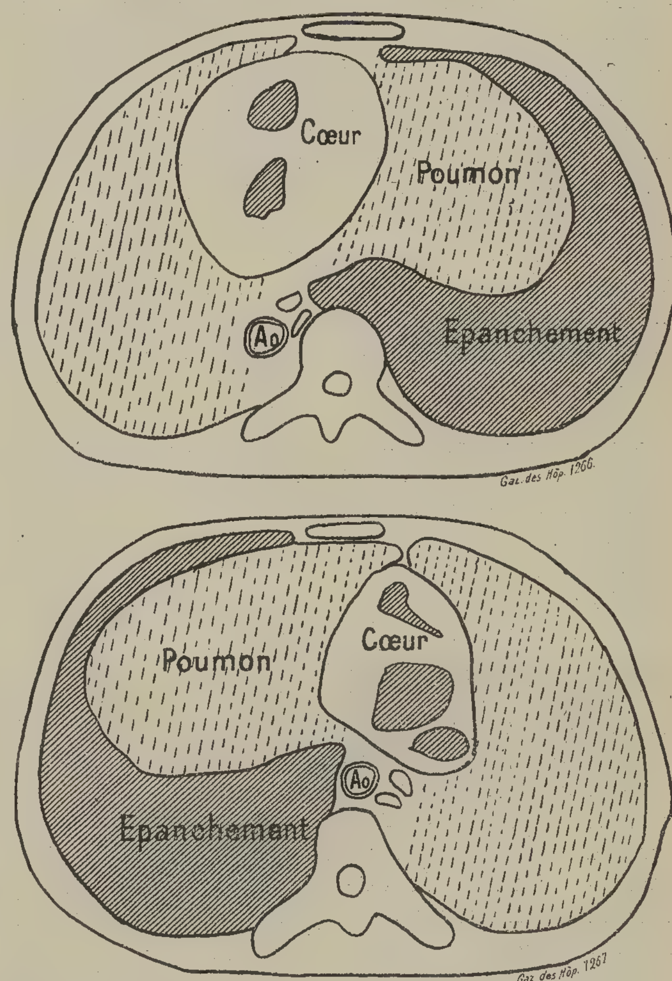


Fig. 6. — *Topographie des épanchements expérimentaux d'après Baduel et Siciliano.* — En haut : épanchement droit; en bas : épanchement gauche. Ces schémas montrent les rapports de l'aorte avec l'épanchement.

explique, d'ailleurs, l'existence du triangle de Grocco), l'aorte est donc en position optima pour transmettre ses battements à l'épanchement; que si, au contraire, le bord postérieur du poumon reste

adhérent à la région latéro-vertébrale, l'aorte est isolée de l'épanchement et la pulsatilité ne se produit ; or, c'est précisément cette dernière éventualité qui est la plus fréquente ; la rétraction du poumon en avant est rare et c'est précisément pour cette raison que la pulsatilité pleurale est, elle-même, rare.

Nous reproduisons, ci-dessus, les schémas de Baduel et Siciliano, d'après l'article de M. Viola ; ces auteurs ont d'ailleurs cherché simplement à établir la topographie de l'épanchement par injection expérimentale de gélatine dans une plèvre saine sur un cadavre et ont pratiqué ensuite une coupe perpendiculaire du thorax. On voit, dans les deux cas, le refoulement du médiastin postérieur, mais on constate aussi que c'est seulement dans l'épanchement du côté gauche que l'aorte peut être en contact direct avec le liquide pleural. Ajoutons que, dans une pleurésie pulsatile, le poumon du côté malade est beaucoup plus ratatiné et sclérosé qu'il ne l'est ici ; ces schémas démontrent, au moins, la manière dont l'épanchement pleural peut être en rapport avec les organes du médiastin postérieur.

Dès lors, le système aorte-épanchement-paroi se comporte exactement comme un pléthysmographe, les battements aortiques étant exactement transmis par le liquide jusqu'à la paroi. Il est bien entendu que la question de pression du liquide intrapleural a une grosse importance et que cette pression (minutieusement étudiée par Rummo et par Viola) est en général fort élevée.

Si nous essayons de condenser brièvement les faits les plus importants qui résultent des considérations précédentes, nous arrivons aux conclusions suivantes :

1° En ce qui concerne l'ORIGINE DES PULSATIONS, la plupart des auteurs admettent que c'est le *cœur* qui les provoque directement ; nous renvoyons surtout à la théorie de Béclère pour en concevoir le mécanisme ; Viola pense au contraire que c'est l'*aorte*, dans les cas où le poumon est rétracté en avant et laisse l'aorte libre, en contact avec l'épanchement. J. Roux fait intervenir la pulsatilité du *poumon* ainsi que nous l'avons exposé plus haut.

2° Le CONTENU PLEURAL est toujours sous *tension forte* ; la présence du pneumothorax n'est nullement nécessaire à la production de la pulsatilité.

3° La PAROI THORACIQUE EST BLINDÉE et épaissie ; Béclère insiste sur l'inextensibilité de la paroi péricardique droite qui résulte du refoulement extrême du cœur ; le diaphragme est immobile et adhérent, la paroi costale a perdu sa mobilité respiratoire normale ; dès lors, dans le sac rigide qui contient à la fois le cœur, le poumon rétracté et l'épanchement liquide, rien n'amortit plus les pulsations du cœur et celles-ci se transmettent à la paroi thoracique ; cette dernière vient-elle à céder en un point, un espace intercostal se perfore et l'empyème pulsatile extracostal est réalisé.

A notre avis, c'est vraisemblablement cette rigidité de l'hémithorax malade qui « bloque » partiellement l'épanchement et qui fait qu'au cours d'une ponction évacuatrice l'air puisse pénétrer par le trocart de ponction (souvent à l'insu du médecin) et réalise le pneumothorax dont l'origine est signalée comme mystérieuse dans un certain nombre d'observations.

4° Enfin, il nous paraît que la notion du POULS ENDOPLEURAL apportée par Rummo et vérifiée par la radioscopie est d'une haute importance ; la pulsatilité endopleurale doit rentrer dans le cadre des pleurésies pulsatiles et l'on peut schématiquement concevoir, dans la classification de celles-ci, 3 degrés qui dépendent à la fois de l'intensité des pulsations, de la pression du liquide et de l'état de la paroi thoracique :

a. Pouls endopleural, sans pulsatilité extérieure ;

b. Pulsatilité visible extérieurement mais sans collection purulente extracostale ;

c. Empyème de nécessité pulsatile avec poche extracostale.

De nouveaux travaux seraient, sans doute, nécessaires pour établir la fréquence et les caractères précis du pouls endopleural seul et il n'est pas douteux que toute la question des pleurésies pulsatiles bénéficierait de telles recherches.

BIBLIOGRAPHIE (1)

1. Guillaume DE BAILLOU. *Epidemiorum et ephemeridum libri duo*, Paris 1640 ; — *Epidémies et éphémérides*, traduites du latin de Guillaume de Baillou, célèbre médecin du XVIe siècle, doyen de la Faculté de Paris, par Prosper Yvaren, Paris 1858, livre II, p. 360.
2. A. BÉRARD. *Du Diagnostic dans les maladies chirurgicales, de ses sources, de ses incertitudes et de ses erreurs*, Paris 1836, p. 179.
3. Robert L. MAC-DONNELL. Contribution to the diagnosis of empyema with cases, *The Dublin Journ. of med. sc.*, mars 1844, t. XXV, p. 1.
4. William STOKES. *The diseases of the heart and the aorta*, Dublin 1854, p. 607. Traduction française par Sénac ; Paris 1864, p. 620.
5. Walther HAYLE WALSHE. *A pratical treatise on the diseases of the lungs and heart*, London 1851, p. 314.
6. ARAN. Empyème pulsatile observé chez une jeune fille de douze ans et traité par la ponction, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, Paris, 9 juin 1858, t. IV, p. 91.
7. HEYFELDER. Empyème pulsatile suivi de guérison, *Œsterr. Zeit. f. prakt. Heilk.*, Wien, 26 nov. 1858, p. 860.
8. CHVOSTEK. *Wochen. d. Zeit. d. K. K. Gesell. d. Ærzte in Wien.* (Red. von G. Braun, A. Duchek, L. Schlager.) ; — Beobachtungen über Pleuritis aus der mediz. Klinik des prof. A. Duchek mitgetheilt vom Assistenten Oberarzt docteur Chvostek, *Beit. z. den med. Jahrb.*, XXI Jahr., Wien 1865, n° 7, p. 49 et suiv.
9. COURBON. Abcès des lombes produit par un empyème simulant un anévrisme. Observation recueillie par Le Double et publiée dans la *Gazette des hôpitaux*, 24 mai 1870, p. 237.
10. TRAUBE. Soulèvements systoliques particuliers de la poitrine du côté malade, *Berl. klin. Woch.*, 12 fév. 1872, p. 77. Zur Lehre vom pleuritischen exsudat. Vortrag gehalten in den *Berl. med. Gesell.*, am 17 januar 1872. — Voir aussi *Verhandl. der Berl. med. Gesell.*, am den Jahren 1871-1872-1873, Bd IV, Erster Theil, p. 49, Berlin 1874.
11. FRAENTZEL. Krankheiten der Pleura, *Hand. d. speciellen*

(1) Nous avons négligé l'indication d'un certain nombre de travaux anciens d'importance secondaire et que l'on trouvera d'ailleurs dans la bibliographie des travaux 14 et 26.

Pathol. und Therapie, von Ziemssen, Bd IV, 2, Leipzig 1875, p. 351 et suivantes.

12. J. Comby. *De l'Empyème pulsatile*, Th. de Paris, 30 déc. 1881.

13. J. Comby. Les pleurésies pulsatiles, *Arch. gén. de méd.*, Paris, nov. et déc. 1883; — Les pleurésies pulsatiles. Revue critique dans les *Arch. gén. de méd. de Paris*, avril 1889.

14. J. Comby. *L'Empyème pulsatile*, Rueff et Cie, éditeurs, 1895.

15. Feréol. Contribution à l'étude des pleurésies pulsatiles, *Acad. de méd.*, 5 fév. 1884; *Soc. méd. des hôpit.*, 14 mars 1884; — *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 14 juin 1889.

16. Berger. *Soc. de chir. de Paris*, 26 déc. 1883.

17. Florand. *Soc. clin. de Paris*, 22 oct. 1885.

18. G. Rummo. Le pleuriti pulsanti, *La Riforma med.*, 1888.

19. A. Codivilla. *Sopra un caso empyema necessitatis pulsans*, Th. de Bologne, 1888.

20. Millard. Empyème pulsatile de nécessité. Tumeur dorsale gauche simulant un anévrisme, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 28 juin 1889.

21. Béclère. Un cas d'empyème pulsatile, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 25 mai 1894; — Pathogénie des pleurésies pulsatiles, *XIIIe Congrès de méd.*, Paris 1900 (section de pathologie interne), p. 268, Masson, éditeur; — Empyème pulsatile chez un homme à poitrine en entonnoir, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 18 janv. 1895, p. 42; — Un cas d'empyème pulsatile tuberculeux guéri après une seule ponction (nouvelle présentation du malade à trois années d'intervalle), *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 23 juillet 1897, p. 1045.

22. Lépine. *Province méd.*, 1896, p. 95; — *Soc. de méd. de Lyon*, 10 fév. 1896.

23. Joanny Roux. Empyème de nécessité pulsatile avec battements expansifs de la poche externe. Physiologie pathologique, *Province méd.*, 1896.

24. Dieulafoy. *Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu*, 1897-1898.

25. Apert. Les pleurésies pulsatiles (dispositif pour déterminer les causes de la pulsatilité de ces pleurésies), *Monde méd.*, 15 nov. 1911.

26. Quiquandon. *Les Pleurésies pulsatiles*, Th. de Paris, 1912; Steinheil, éditeur.

27. G. Viola. Il meccanismo genetico della pleurite pulsante, *Il Tommasi*, 1909, nos 8, 9 et 10.

28. G. Cavazzani. Empiema pulsante o peripleurite, *Gazz. degli ospedali*, 20 giugno 1897, n° 73, p. 781.

29. K. Engel. Zur Casuistik des Exsudatum pleuriticum pulsans und Exsudatum pleuriticum adiposum, *Deut. med. Woch.*, 1904, n° 51.

30. Innocenti e Marsili. Contributo alla casistica della pleurite pulsante, *Riforma med.*, 1900, vol. IV, n° 36, p. 423; n° 37, p. 434.

31. S. Livierato. Sulle pulsazioni delle pareti toraciche nelle raccolte pleuriche, *Gazz. degli ospedali*, 2 dic. 1906, n° 144, a. XXVII, p. 1513.

32. M. Moscarelli. Intorno alle pleuriti pulsanti. Nota clinica e sperimentale, *Arch. intern. per le science med.*, 1889, fasc. 8, p. 576.

33. E. Pittarelli. Sopra un caso di pleurite purulenta pulsatile, guarita col processo dell' autore, *Gazz. degli ospedali*, 7 ottobre 1893, n° 129, p. 1260.

34. A. Sailer. Study of circumscribed und diffuse pulsation of the torax, *Journ. of med. sc.*, aug. 1904; *Virch. Jahr.*, a. 1904, vol. II, p. 239.

35. H. Paillard. Le premier stade des pleurésies pulsatiles, *Soc. de biol.*, 1912.

36. H. Paillard et J. Quiquandon. Pyo-pneumothorax tuberculeux; pulsatilité endopleurale; le premier stade des pleurésies pulsatiles, *Progrès méd.*, 26 oct. 1912.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 10 JUIN 1914)

Diverticule de l'œsophage. — M. Lejars communique une observation de M. Gross (de Nancy). Il s'agit d'une femme qui, ayant avalé un corps étranger, présenta un diverticule de l'œsophage formant une tumeur sur la partie latérale du cou. L'examen radioscopique et radiobismuthé montra bien qu'il s'agissait d'un diverticule de l'œsophage. M. Gross intervint, et procéda à l'extirpation de la tumeur en disséquant la poche et en sectionnant le pédicule qui la réunissait à l'œsophage. Il en résulta une plaie d'un centimètre de large qui fut suturée. La malade guérit.

Ablation des tumeurs rénales. — M. Marion, à propos du rapport fait dans la dernière séance par M. Demoulin sur une observation de M. Chevassu, rappelle que le rapporteur et l'auteur de cette observation ont fait un grand éloge de l'incision latérale choisie par M. Chevassu à l'exemple de M. Grégoire qui proposa le premier cette incision. M. Marion y eut recours plusieurs fois et il est revenu à l'incision lombaire classique qui, prolongée quelque peu vers la paroi abdominale, donne un jour suffisant pour enlever les tumeurs rénales les plus volumineuses.

Tumeur fibreuse du bassin chez l'homme. — M. Lenormant fait un rapport sur une observation de M. Dervaux (de Saint-Omer). Il s'agit d'un cas exceptionnel de tumeur fibreuse du bassin chez un homme de soixante-trois ans qui avait présenté des troubles vésicaux. Il fut pris de rétention aiguë qui nécessita le cathétérisme d'ailleurs difficile parce que la vessie était repoussée vers le côté gauche comprimé par une tumeur offrant tous les signes d'un fibrome. Le cathétérisme devenant de plus en plus difficile, M. Dervaux intervint. Il fit une incision sous-ombilicale, arriva sur le fascia prévésical qui enveloppait à la fois la vessie et la tumeur enclavée dans le bassin; il dut l'enlever par morcellement. Cette tumeur présentait tous les caractères habituels d'un fibrome utérin; elle n'avait pas de pédicule et n'avait aucune connexion directe avec les organes voisins. M. Dervaux pratiqua en outre la castration du côté droit. Le malade guérit, mais après avoir eu une phlébite du membre inférieur gauche et après avoir eu longtemps encore des troubles vésicaux.

L'examen histologique de la tumeur, qui pesait 460 grammes, montra qu'il s'agissait d'un fibrome pur. Quelle en peut être l'origine ? Celle des tumeurs conjonctives. M. Lenormant, en raison de son voisinage immédiat avec la vessie, se demande si l'origine de cette tumeur ne résiderait pas dans l'aponévrose prévésicale.

En terminant, M. le rapporteur déclare qu'il ne s'explique pas, dans ce cas, le sacrifice du testicule droit.

M. Duval rapproche de ce fait celui d'un homme de trente-cinq ans qu'il observa à l'hôpital Necker avec Albarran. Il dut intervenir chez cet homme pour une affection intra-abdominale et fit une laparotomie. Celle-ci lui permit de constater, dans le bassin, la présence d'une tumeur fibreuse. Cet homme ayant succombé, on fit l'autopsie et on constata que cette tumeur qui était du fibrome pur était encapsulée et aurait été, par conséquent, très facilement enlevable. M. Duval regretta de ne l'avoir pas enlevée.

Infection mycosique. — M. Kirmisson fait un rapport sur une observation adressée par M. Curtillet (d'Alger). Il s'agit d'un nouveau cas d'infection mycosique chez un garçon de dix-sept ans. Ce garçon présenta successivement une arthrite fongueuse du genou droit qu'on prit pour une arthrite tuberculeuse et qui guérit, une nodosité à la partie postérieure et interne du coude droit, quatre mois après une tuméfaction semblable à la partie supérieure du tibia droit, puis une petite tumeur à la partie inférieure du mollet gauche. Réaction de Wassermann négative. Traitement par l'iodure de potassium. Guérison. Inoculation de tuberculine sans réaction. Nouvelle apparition de tumeurs sur diverses parties du corps, ablation d'une de ces tumeurs sur le fémur. Examen

histologique indiquant une infection mycosique; nouveau traitement par l'iodure de potassium à la dose de 4 grammes par jour. Guérison définitive.

Résultats éloignés de la cæco-sigmoïdostomie. — M. DUVAL montre une série d'épreuves radiographiques donnant les résultats d'examens radio-bismuthés, soit par lavements, soit par la bouche, chez des malades ayant subi cette opération. Ces épreuves sont des plus intéressantes et des plus instructives. Elles montrent que cette anastomose fonctionne très bien à certains moments et très mal à d'autres moments. Elles montrent, en outre, que cette anastomose hâte considérablement le travail digestif, le bismuth paraissant dans le rectum cinq heures seulement après l'absorption par la bouche.

M. Duval indique encore d'autres particularités très intéressantes qui découlent de ces examens postopératoires.

Cure radicale des hernies crurales par la greffe adipeuse pédiculée. — M. CHAPUT fait l'incision de la cure radicale de la hernie inguinale et par cette voie il met à découvert l'anneau crural après avoir réduit et réséqué le sac herniaire. Il taille ensuite un grand lambeau cutanéo-adipeux, rectangulaire, vertical, à base inférieure au voisinage de la ligne médiane et il résèque toute la peau qui le recouvre.

Il incise la ligne blanche jusqu'au péritoine qu'il décolle jusqu'à l'anneau crural. Il introduit le lambeau dans l'incision médiane, l'amène jusqu'à l'anneau crural et le suture au ligament de Cooper, au ligament de Gimbernat et à l'arcade crurale.

Il termine par la suture de l'incision inguinale comme dans le procédé de Bassini, il rétrécit l'incision médiane et ferme la plaie cutanée.

M. Chaput a opéré six malades par ce procédé. Il n'a pas observé le sphacèle du greffon; dans un seul cas chez un tousseur on perçoit une impulsion à la toux dans la région crurale.

Ce procédé paraît avantageux pour les grosses hernies crurales et pour les hernies récidivantes.

Anesthésie locale en chirurgie abdominale. — M. Anselme SCHWARTZ lit un travail très documenté sur cette question. Nous attendons le rapport de M. Reclus.

Affection spécifique du sein. — M. WALTHER présente une malade qui portait une petite tumeur ulcérée du sein avec eczéma. Cette tumeur offrait les caractères d'un épithélioma. Bien que le Wassermann fût négatif, M. Walther, ayant des doutes sur la nature de cette tumeur, soumit cette malade à un traitement antisyphilitique qui fut suivi de guérison.

Appendicite à gauche. — M. SAVARIAUD a observé un cas d'appendicite à gauche et un cas de collection suppurée à gauche avec cæcum et appendice à droite. Où vaut-il mieux inciser dans ces cas ?

D'après MM. WALTHER, ARROU et AUVRAY, c'est à l'incision médiane qu'il faudrait donner la préférence. Nous attendions tout naturellement cette opinion.

M. WALTHER ajoute que, dans les cas de doute sur le siège de l'appendice, l'examen radioscopique fait antérieurement peut donner d'utiles renseignements.

PRATIQUE MÉDICALE

LE TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE DES ENTÉRITES AIGUES DE L'ADULTE

Dans la plupart des cas, l'entérite de l'adulte est due à des écarts de régime, à l'abus des boissons ou à l'ingestion d'eau, de lait ou d'autres liquides introduisant dans le tube digestif des éléments pathogènes. Cette entérite est toujours fort douloureuse, la colique ne manque jamais et plus que la diarrhée, pourtant excessive, ce symptôme algique est insupportable pour les malades. Le repos absolu, la diète, la chaleur sur l'abdomen contribuent à modérer les souffrances, mais insuffisamment, et il est nécessaire d'y joindre les moyens médicamenteux.

Ici, se pose la question des opiacés. Certains médecins leur reprochent d'immobiliser l'intestin et de favoriser ainsi l'intoxication par rétention des matières fécales. En pratique, cette opinion est très exagérée, car, lorsqu'on est amené à intervenir, le malade a déjà fortement évacué son intestin. Rien n'empêche d'ailleurs, si on le juge nécessaire, de faire précéder l'usage des opiacés de l'absorption d'un purgatif.

Quelle forme d'opium faut-il prescrire? L'élixir parégorique dans les cas bénins donne de bons résultats. En général, quand le péristaltisme est exagéré, que les douleurs sont fortes et que la diarrhée est tenace, c'est-à-dire dans les cas habituels de moyenne et de forte intensité, il faut avoir recours à des doses plus actives d'opium. Le pantopon donne, à ce point de vue, le maximum de garanties, d'abord aux médecins qui redoutent les effets secondaires de l'opium, et ensuite à ceux qui veulent agir énergiquement, et sans retard, sur le symptôme douleur et sur les évacuations liquides. On fait prendre 2 à 4 comprimés de pantopon Roche par vingt-quatre heures, ou 2 à 4 cuillerées à soupe du sirop. Cet opium total soluble contient tous les alcaloïdes de la plante, de telle sorte que l'effet sédatif antisécrétoire, somnifère, est au moins aussi actif que celui de n'importe quel alcaloïde pris isolément, mais que les effets secondaires sont moins développés par une sorte d'équilibre physiologique naturel entre ces alcaloïdes.

Les crises d'entérite, les diarrhées sont rapidement amendées par ce traitement et l'on peut, chez l'enfant même, l'utiliser sans inconvénients, en particulier sous forme de sirop, qui permet l'administration du pantopon Roche à doses fractionnées, et progressives.

Les poudres absorbantes, bismuth, craie préparée, carbonate et phosphate de chaux ont également leur indication, mais quand la douleur est calmée, et que le pantopon déjà a diminué l'hypersécrétion. Elles n'ont pas, en effet, d'autres résultats que d'absorber les liquides et encore faut-il que ceux-ci ne soient pas en trop grande abondance.

Dr FURGOU.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 22 AU 27 JUIN 1914

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 22 juin, à une heure. — 1er fin d'année (oral, N. R.), (1re, 2e, 3e et 4e séries).

1er fin d'année (chirurgien-dentiste, N. R.).

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 23 juin, à une heure. — 1er fin d'année (oral, N. R.), (1re, 2e, 3e et 4e séries).

1er fin d'année (chirurgien-dentiste, N. R.), (1re, 2e et 3e séries).

2e fin d'année (chirurgien-dentiste, N. R.), (1re et 2e séries).

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu.*

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu.*

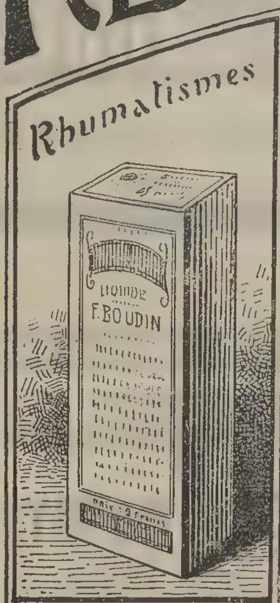
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier.*

Mercredi 24 juin, à une heure. — 1er fin d'année (oral, N. R.), (1re, 2e, 3e et 4e séries).

2e. — 5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.


Rhumatismes
LIQUIDE
F. BOUDIN


Révulsif liquide
à base d'essences de Crucifères
Affections
des Poumons
et des Bronches


Névralgies
Congestions
LIQUIDE
F. BOUDIN

Nº 68. — MARDI 16 JUIN 1914. 87e ANNÉE. MARDI 16 JUIN 1914. — Nº 68.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **10** francs par an.
Étudiants étrangers, **15** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **5** fr. **50**. — 6 mois : **11** fr. — 1 an : **20** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve orale.* — Séance du 13 juin. — Question donnée : « Rétrécissement de l'artère pulmonaire. »

MM. Halbron, 19; Baudoin, 18; Ameuille, 19; Darré, 18.

Séance du 14 juin. — Question donnée : « Anurie calculeuse. »

MM. Renaud, 17; Debré, 20; Tixier, 19; Bénard (René), 17; Lemaire (Henry), 16.

Prochaine séance, mardi 16 juin, à seize heures quarante-cinq, 49, rue des Saints-Pères.

CONCOURS DE MÉDECINS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — CLASSEMENT. — MM. François, Fénard, Théry, Lubetzki, Verdier et Huchot.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS DU PROSECTORAT. — *Epreuve orale de chirurgie.* — Question donnée : « Anatomie pathologique et symptômes des fractures du rocher. »

MM. Lorin, 16; Métivet, 19; Wolfromm, 17; Virenque, 16; Mornard, 18; Brocq, 15; Leveuf, 18.

Séance du 12 juin. — *Epreuve de médecine opératoire.* — Question donnée : « Désarticulation tarso-métatarsienne dite de Lisfranc (côté droit). — Ligature de la fémorale dans le canal de Hunter (côté droit). »

MM. Leveuf, 29; Mornard, 27; Brocq, 26; Wolfromm, Lorin, Métivet et Virenque, 24.

— Le professeur Raphaël Blanchard, membre de l'Académie de médecine, a été élu à l'unanimité membre honoraire de l'Académie roumaine.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Sont chargés, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1913-1914, des cours complémentaires ci-après désignés :

MM. Barthe, agrégé, professeur adjoint : Toxicologie et hygiène appliquée; Chelle, agrégé : Analyse chimique qualitative et quantitative; Lebat, agrégé : Démonstrations et préparations pharmaceutiques; Jannin, agrégé : Microbiologie.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CLERMONT-FERRAND. — Un concours s'ouvrira, le 14 décembre 1914, devant la Faculté mixte de médecine de Toulouse pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— MARSEILLE. — Un concours s'ouvrira, le 14 décembre 1914, devant la Faculté de médecine de Montpellier pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Berchon (de Paris), Job, médecin-major de première classe; Maubon (de Bettaincourt).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Bader (de Saint-Michel), Bouchet, médecin aide-major de première classe; Cathala, médecin-major de deuxième classe; Cartron (de Mansle), Coutelas (de Paris), Pilla (de Frouard).

Au titre étranger :

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur Villard (de Montréal).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Bedard (de Québec), Stassiennkoff (de Saint-Pétersbourg).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Adolphe Augier (de Gorgnette, Var) qui, sous le pseudonyme de Raoul Gineste, fut un félibre, poète d'une grande notoriété; Louis Rivet, ancien interne des hôpitaux de Paris.

RENSEIGNEMENTS

VARIÉTÉS

L'UNIFICATION DE FORMAT DES NOTICES MÉDICALES RÉSOLUE PAR LE "FORMAT DU PRATICIEN" AVEC EN-TÊTE DE CLASSEMENT,

Par P. LOUGE,
Chirurgien des hôpitaux de Marseille,
Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

Le praticien désireux de classer méthodiquement les nombreuses publications qu'il reçoit, pour les consulter en temps utile, se heurte à plusieurs difficultés dont la plus importante est le manque d'uniformité dans les dimensions de ces imprimés.

Il en résulte un entassement confus de brochures diverses de taille inégale, de conception variée, compliquées parfois d'un mode de pliage plus ou moins fantaisiste; véritables liasses disparates aussi incommodes à classer qu'à consulter, difficiles à caser dans certains rayons de bibliothèques et finalement d'un aspect déplorable.

En un mot, il ne suffit pas de *conserver*, il faut surtout *classer*.

Compter pour résoudre ce problème si simple sur un accord unanime des imprimeurs, éditeurs, relieurs ou auteurs de ces multiples notices concernant généralement tous les tirages à part, les extraits, aperçus ou analyses de thèses et de monographies, les innombrables spécialités pharmaceutiques, les instruments ou appareils, les catalogues de librairie, les stations thermales climatiques ou marines, les sanatoriums, maisons de santé, les circulaires, avis, lettres ou annonces de toutes sortes, c'est vouloir attendre longtemps l'impossible.

Dans l'intérêt de tous un format unique s'impose. Ce format dont l'appellation ne peut éveiller aucune susceptibilité et que je propose à tous mes confrères d'adopter et de réclamer, c'est le *format du praticien*.

Quelles dimensions faut-il lui donner?

En procédant à la mensuration de nombreuses brochures reçues de divers côtés, émanant de différents imprimeurs ou éditeurs, on ne tarde pas à s'apercevoir que les *dimensions*, 15 centimètres de largeur et 23 centimètres de hauteur, sont les dimensions très notablement dominantes. Adoptons-les tout simplement.

L'*en-tête de classement*, véritable rubrique de dictionnaire, comprend à droite le mot important de la brochure et à gauche la lettre majuscule du mot. Le problème est ainsi résolu.

L'adoption du format du praticien 15 × 23 avec en-tête de classement sera favorablement accueillie par tous les expéditeurs qui, en face de l'avalanche croissante des notices, connaîtront une fois pour toutes les conditions exactes et requises par le praticien pour la conservation et le classement de leurs publications.

Elle aura surtout l'avantage en éliminant les formats différents ou fantaisistes de transformer nos fouillis de notices disparates en une collection précieuse de livres utiles, riches d'actualité, de méthode et de symétrie.

L'unification du format des notices médicales est, comme on le voit, une question pleine d'actualité et surtout d'utilité.

Nous prions donc instamment nos confrères, particulièrement tous ceux appartenant à la presse médicale, de faire connaître le *Format du praticien* et surtout de le vulgariser.

Le FORMAT DU PRATICIEN destiné à faciliter la *conservation* et le *classement* des notices médicales a pour dimensions rigoureuses 15 × 23.

L'en-tête de classement situé dans la marge supérieure comprend, à gauche, à 2 centimètres du bord latéral, la lettre majuscule du mot important de l'imprimé et, à droite, ce mot ou ses premières lettres.

Au-dessous des lettres de classement se trouve la ligne suivante en petits caractères : *Imprimé au Format du praticien 15 × 23 avec en-tête de classement*. Un long trait de séparation ferme l'en-tête.

Pour l'uniformité des caractères d'imprimerie de cet en-tête il est bon d'adopter l'antique (corps 10) que tous les imprimeurs connaissent.

La marge gauche est réservée tout entière à la reliure des différents classeurs, perforateurs, boîtes ou autres.

L'étude de chaque fiche ou notice ne doit se rapporter qu'à un seul sujet ou objet, instrument ou spécialité.

NOTE DE PRATIQUE

DES DOULEURS MENSTRUELLES ET DE LEUR SUPPRESSION

On sait combien chez certaines femmes la menstruation est pénible et douloureuse.

Aujourd'hui on peut facilement supprimer ces douleurs. Le principe actif de la valériane, le bornéol soluble ou Neurène, est en cela d'une action remarquable; trois cuillerées à café par jour suffisent.

Dans les règles qui suivent, on prend du Neurène dès l'apparition des troubles et toute douleur est évitée.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 22 AU 27 JUIN 1914

EXAMENS DE DOCTORAT

Jeudi 25 juin, à une heure. — 1er fin d'année (oral, N. R.), (1re, 2e, 3e et 4e séries).

1er fin d'année (chirurgien-dentiste, N. R.), (1re, 2e et 3e séries).

2e fin d'année (chirurgien-dentiste, N. R.).

Vendredi 26 juin, à une heure. — 1er fin d'année (oral, N. R.), (1re, 2e, 3e et 4e séries).

3e (oral, 2e partie).

1er fin d'année (chirurgien-dentiste, N. R.), (1re et 2e séries).

2e fin d'année (chirurgien-dentiste, N. R.), (1re, 2e et 3e séries).

Samedi 27 juin, à une heure. — 1er fin d'année (oral, N. R.), (1re, 2e, 3e et 4e séries).

1er fin d'année (chirurgien-dentiste, N. R.), (1re, 2e et 3e séries).

5e (2e partie), *Beaujon* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon*.

THÈSES

Mercredi 24 juin, à une heure. — M. MOULONGUET. Les abcès du cerveau d'origine aiguë. (MM. Kirmisson, président; Reclus, Delbet et Ombrédanne.) — M. SIMON. Contribution à l'étude des spondyloses traumatiques. (MM. Reclus, président; Kirmisson, Delbet et Ombrédanne.) — M. PERIN. Traitement de la tarsalgie par la semelle caoutchoutée. (MM. Delbet, président; Kirmisson, Reclus et Ombrédanne.) — Mme MARCUS. L'hypertrichose et son traitement. (MM. Gaucher, président; Weiss, Zimmern et Gougerot.) — M. GARENNE. De l'insuffisance respiratoire; son traitement par la gymnastique respiratoire sans appareils. (MM. Weiss, président; Gaucher, Zimmern et Gougerot.) — M. RODRIGUEZ. Contribution à l'étude de la valeur de la recherche du sang dans le contenu gastrique. (MM. Roger, président; Desgrez, André Jousset et Guillain.) — Mlle ROSENBLET. Contribution à l'étude des tumeurs dorsales du poignet. (MM. Roger, président; Desgrez, André Jousset et Guillain.) — Mlle SAFOUTZEFF. Deux cas de splénomégalie primitive dans la deuxième enfance. (MM. Roger, président; Desgrez, André Jousset et Guillain.) — Mlle TOURKINE. Le grand syndrome hémolytique dans les cirrhoses du foie. (MM. Roger, président; Desgrez, André Jousset et Guillain.)

CLINIQUE MÉDICALE

ÉTUDES SUR LA PATHOLOGIE DE L'ULCUS

X

SUR QUELQUES CAUSES D'ERREUR DE DIAGNOSTIC

Par M. Albert MATHIEU (*),
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Préambule. — Autrefois, le grand point de repère pour le diagnostic différentiel de l'ulcus, c'était des manifestations que l'on peut considérer maintenant comme de véritables complications : en première ligne, l'hémorragie, puis la perforation et la périgastrite. Avec les méthodes nouvelles, après l'intervention de la radioscopie, après la fréquence plus grande de la laparotomie exploratrice, on en est arrivé à attribuer une importance plus restreinte à l'hémorragie comme témoin de l'ulcus et une importance beaucoup plus grande aux phénomènes de douleur et d'hypersécrétion. On a de plus en plus tendu à dépister l'ulcus avant ou sans l'hémorragie. Toutefois, connaissant la valeur très grande de l'hémorragie au point de vue du diagnostic différentiel, on a été amené à étendre son domaine en perfectionnant la technique de sa recherche, et, en particulier, en apprenant à démontrer d'une façon précoce les hémorragies latentes dans les selles. Il est incontestable que, à l'heure actuelle, on réussit souvent à diagnostiquer l'ulcus à sa phase première avant qu'il ne se soit produit une perforation, des accidents de périgastrite, une grosse hémorragie visible à l'œil nu, et même une hémorragie latente démontrable seulement par les réactifs spéciaux.

Dans le plus grand nombre de cas, ainsi qu'en témoignent de plus en plus souvent les vérifications directes, au cours des interventions chirurgicales, ce diagnostic est exact ; mais j'ai déjà eu l'occasion, chemin faisant, au cours de cette série d'études, de signaler un certain nombre de faits cliniques dans lesquels la laparotomie ne nous a ni montré ni affirmé l'ulcus soupçonné. J'ai cité des cas dans lesquels la constatation, à l'écran radioscopique, d'une douleur fixe au niveau de la petite courbure ou du coude du duodénum avait fait penser à un ulcus dont il n'a pas été possible de confirmer l'existence après l'ouverture du ventre.

Syndrome pylorique sans ulcus. — Nous savons quelle importance on a été amené à attribuer au syndrome pylorique dans le diagnostic de l'ulcus pylorique, et de l'ulcus juxtapylorique. Toutefois, j'ai déjà eu l'occasion de citer une curieuse observation de MM. Hayem et Lion dans laquelle, malgré la modalité de la douleur, l'hypersécrétion et la rétention, ces auteurs n'ont pu, à l'autopsie, constater ni ulcus en activité, ni cicatrices d'ulcus éteint.

Voici encore deux observations du même ordre ; elles appartiennent à K. Westphall et G. Katsch (1).

Dans la première, il s'agit d'un homme de vingt-neuf ans, boucher, qui éprouve des troubles dyspeptiques, gastriques, depuis trois ans. Il accuse des crampes douloureuses qui surviennent quatre ou cinq heures après le repas ; elles sont surtout localisées au-dessus de l'ombilic et à droite. Elles durent d'une heure à une heure et demie et disparaissent sous l'influence de l'alimentation. Ces douleurs retentissaient dans le dos. On n'avait du reste pas trouvé de melæna. Cet homme était maigre, élancé ; il avait maigri encore depuis un certain temps, et, à la palpation, disent les auteurs, on constatait l'existence d'un point douloureux duodénal. Je dois dire du reste que, dans ce cas comme dans le suivant, ce point duodénal me paraît n'avoir été réellement que le point situé un peu à droite de la ligne médiane de la région épigastrique que nous qualifions ici de point épigastrique et qui correspond, nous en avons la certitude, au plexus solaire.

A l'examen radioscopique, on constatait un estomac en crochet orthotonique avec des contractions péristaltiques énergiques, surtout au niveau de l'antre prépylorique. Le bulbe duodénal était visible presque en permanence, et, après cinq heures et demie, il y avait encore un résidu appréciable de bismuth dans l'estomac. Pendant cet examen, les auteurs ont même eu l'occasion de constater que ces contractions péristaltiques se produisaient par périodes. Tantôt il y avait une accalmie, l'estomac restait presque immobile ou les contractions étaient tout au moins atténuées, puis elles reprenaient ensuite avec une grande intensité, et, à ce moment, le malade accusait des douleurs intenses et se recroquevillait sous l'influence de la douleur. Dans ces conditions, on diagnostiqua un ulcus duodénal ; nous aurions dit sans doute ulcus pylorique ou juxtapylorique.

On pratiqua une laparotomie exploratrice, et on ne trouva aucune espèce d'ulcus appréciable ni du duodénum, ni de l'estomac. On ne se contenta du reste pas de l'exploration extérieure, on fit, comme l'a conseillé Wilms, une ouverture de l'estomac et on alla avec le doigt palper le pylore et le duodénum. On ne trouva rien. On fit même l'endoscopie pylorique et duodénale et on ne constata aucune lésion appréciable.

Second fait presque identique : il s'agit, cette fois, d'un homme de vingt-sept ans, pompier, qui présentait des douleurs abdominales intenses depuis six mois, survenant une heure et demie après le repas, augmentant jusqu'au repas suivant, pour diminuer à ce moment. Les douleurs se produisaient au maximum, la nuit vers quatre ou cinq heures. Elles disparaissaient sous l'influence de l'alimentation. Les crampes siégeaient surtout à droite entre l'ombilic et le rebord des fausses côtes ; elles retentissaient dans le dos. On trouvait un point « duo-

(*) Conférence faite le 29 avril 1914 à l'hôpital Saint-Antoine. (Compte rendu sténographique revu par l'auteur.) — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 8, p. 117 ; n° 14, p. 213 ; n° 21, p. 325 ; n° 29, p. 464 ; n° 36, p. 581 ; n° 41, p. 661 ; n° 46, p. 745 ; n° 55, p. 901 ; n° 56, p. 917 et n° 63, p. 1029.

(1) K. Westphall et G. Katsch. *Mitteil. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir.*, 1913, p. 419.

dénal » douloureux, et on constatait le matin à jeun, par le tubage, l'existence de 50 centimètres cubes de liquide acide.

L'examen radioscopique montra un estomac hypertonique, en corne, avec un péristaltisme exagéré et un bulbe duodénal visible; il y avait là encore un résidu de bismuth après cinq heures et demie.

Sous l'influence du repos, de l'atropine et du lactate de chaux, il y eut une amélioration qui permit au malade de sortir ; mais il revint au bout de quinze jours avec une rechute présentant les mêmes caractères que précédemment.

On fit donc une laparotomie exploratrice et on ne trouva d'ulcus ni à l'extérieur ni à l'intérieur en employant le toucher pylorique de Wilms et l'endoscopie duodénale.

Voilà deux cas dans lesquels tout se trouvait réuni pour qu'on fît le diagnostic d'ulcus pylorique ou juxtapylorique et pour lesquels il semble bien, étant données la modalité de l'exploration et sa rigueur, que cet ulcus n'existait pas.

Des faits de ce genre doivent nous rendre prudents pour le diagnostic différentiel de l'ulcus gastrique ou duodénal. Je tiens à ajouter, pour terminer, que les auteurs allemands, pas plus que nous dans des conditions analogues, n'ont eu à se repentir d'avoir pratiqué la laparotomie exploratrice. D'abord, ils ont eu la certitude qu'il n'existait pas d'ulcus, malgré les vraisemblances cliniques, et, d'autre part, les malades ont vu leurs douleurs disparaître complètement après cette simple laparotomie.

C'est ce que nous avons constaté également à plusieurs reprises, dans des conditions analogues. Il en fut ainsi chez un malade qui souffrait de l'estomac depuis quatre ou cinq ans d'une façon extrêmement vive et rebelle, et chez lequel nous avions diagnostiqué un ulcus de la petite courbure. Chez une autre, chez lequel nous avions diagnostiqué un ulcus de la première ou de la seconde partie du duodénum et dont j'ai cité l'observation antérieurement, la douleur a disparu également à la suite de la laparotomie exploratrice.

Il n'y a donc pas à se reprocher d'avoir provoqué une exploration inutile. Elle a permis tout d'abord de se rendre compte que les lésions supposées n'existaient pas et, en outre, elle a marqué le début d'une période d'amélioration qui paraît avoir des chances de persister.

Voilà des cas dans lesquels l'absence d'hémorragie a été la cause de l'incertitude du diagnostic ; mais à côté de cela, comme pendant à ces faits, il en existe d'autres dans lesquels une hémorragie et surtout une hémorragie se produisant sans phénomènes douloureux, hémorragie quelquefois très abondante, susceptible même d'amener la mort du malade, peut faire penser à un ulcus gastrique ou duodénal qui n'existe pas.

Hémorragies gastriques de cause indéterminée. — Un homme, que je connais actuellement depuis douze ans, a présenté depuis une quinzaine d'années une douzaine de crises de melæna dont quelques-unes très abondantes ont mis sa vie en péril. Dans ses antécédents personnels, pas de syphilis, quelques excès éthyliques à l'époque du service militaire. Il était moniteur de gymnastique : c'est dire que c'était un garçon vigoureux. Il présentait et présente encore l'aspect d'un homme robuste et bien portant. La première crise a eu lieu à vingt et un ans. Il a vomi à ce moment 2 litres de liquide noir renfermant des caillots de sang ; cela sans aucun prodrome. La plupart du temps, les crises ultérieures ont éclaté de la même façon ; en général dans l'après-midi, à la suite d'un repas ordinaire, ou quelquefois d'un repas un peu plus copieux. Il était pris de coliques, de malaises, de sensations d'étourdissement; il courait aux cabinets les plus proches, et, grâce à son expérience des crises antérieures, il n'était pas surpris de voir un liquide noir, abondant, fétide, un liquide mélænique en un mot.

Il eut une seconde crise quelques mois après la première ; puis une troisième à vingt-six ans, en octobre 1903, elle a été plus forte et plus grave que les deux premières; une quatrième a eu lieu neuf mois après, la cinquième un an, la sixième six mois plus tard. En 1907 s'est produite une série continue d'hémorragies qui a duré depuis le 23 avril jusque vers la fin du mois de mai. Par conséquent, pendant près de six semaines, des hémorragies au cours desquelles le malade a été tellement déprimé, tellement affaibli, que je résolus de le réalimenter malgré la persistance du melæna, me disant qu'il ne pouvait rien lui arriver de plus grave que de mourir ; or il était certainement à la veille de mourir d'inanition. Bien m'en prit, car au bout de quelques jours le melæna s'arrêtait. Une petite rechute, survenue quelques jours plus tard, disparut sans que la réalimentation eût été suspendue. Depuis, nouvelle crise encore en août 1911, puis une petite en 1912 pour laquelle le malade n'est même pas revenu à l'hôpital. Je l'ai revu vers la fin de 1913. Il allait bien, il avait seulement un peu maigri sans raison appréciable.

Chez lui, on n'a pas trouvé de grosse rate même à l'examen radioscopique et, si le foie était un peu volumineux, on n'a jamais relevé de symptôme pouvant indiquer la réalité d'une maladie du foie, et en particulier d'une cirrhose.

Qu'a eu ce malade ? A-t-il eu une série de poussées d'ulcus du duodénum ? A-t-il eu au contraire une affection du foie qui n'a pas évolué au bout de dix-sept ou dix-huit ans, ou qui a guéri ?

Melæna par ulcus latent du duodénum. — J'étais appelé il y a trois ans à soigner un homme de trente-cinq ans environ, grand, vigoureux, ancien officier de cavalerie qui, au moment où je l'ai vu, était dans un état d'anémie extrêmement marqué ; il avait l'air, suivant l'expression connue, d'avoir été saigné à blanc. Son histoire était extrêmement simple. Trois ou quatre jours auparavant, après quelques phénomènes de réaction colique, il s'était aperçu qu'il avait des selles noires mélæniques abondantes, répétées. Il avait eu en plus un vomissement de sang assez copieux. En l'interrogeant, nous apprîmes que, depuis une quinzaine de jours auparavant, il avait éprouvé des besoins pressants d'aller à la selle,

et qu'il avait été surpris de voir dans la cuvette des cabinets une substance noire comme du goudron ou du cirage. C'était évidemment déjà du melæna; donc, petites hémorragies répétées pendant une quinzaine de jours jusqu'aux grandes hémorragies terminales. Aucun phénomène douloureux, et cependant je crois avoir la preuve que ce malade était atteint d'un ulcus du duodénum. En effet, au bout d'une quinzaine de jours environ après le moment où je fus appelé auprès de lui, il éprouva de la douleur dans le côté droit sous le rebord des côtes, avec un peu de retentissement vers la base du thorax, une sorte de névralgie intercostale. La température qui jusque-là était restée absolument normale s'éleva un peu audessus de 38, et deux jours après se déclarait une phlébite de la veine crurale gauche qui amena une phlegmatia alba dolens du membre inférieur. S'agissait-il d'un néoplasme méconnu ? Non, car le malade se porte très bien actuellement.

On peut affirmer, je crois, qu'il s'agissait dans ce cas d'un ulcus du duodénum, qui a donné lieu à un peu de périduodénite. L'infection entrée par cette porte a amené un état de septicémie, cause de phlébite et de phlegmatia alba dolens.

Gastrorragies de diverses natures. — Inutile de faire ici l'énumération des cas dans lesquels peuvent se produire des hémorragies gastriques ou des hémorragies intestinales sous l'influence des maladies hémorragipares diverses, dûment classées, les unes fébriles, les autres non fébriles. Laissons-les de côté ; laissons également de côté des cas singuliers, plus ou moins isolés et mal déterminés. Je pourrais vous citer ainsi une série d'observations dans lesquelles depuis une dizaine d'années nous avons constaté des hémorragies, hématémèse ou melæna ou les deux en même temps sans que M. Moutier, en faisant l'autopsie avec soin, ait pu constater de lésion appréciable de la muqueuse gastrique. C'était la plupart du temps chez des malades arrivés à un état de cachexie avancée pour des causes différentes ; mais si ces faits sont intéressants au point de vue pathologique, ils le sont beaucoup moins au point de vue pratique, car il s'agissait de malades à la veille de leur mort pour lesquels il n'y avait aucun secours médical à attendre.

Je me contenterai de mentionner rapidement certains autres faits pour lesquels l'interprétation est également incertaine.

Voici par exemple, cités par MM. Hayem et Lion (1) d'après différents auteurs, un cas d'hémorragie dans le cancer des voies biliaires, un autre dans un cancer du foie, un dans un cas de pancréatite hémorragique chez l'enfant, un autre encore dans un cas de cancer du pancréas. Nous avons vu ici un malade atteint de cancer du pancréas et en même temps de glycosurie, arrivé à un état de dépression considérable, qui, le jour même où il est entré dans nos salles, a présenté une hématémèse abondante. Il est mort quatre jours après. A l'examen nécropsique, il nous a été absolument impossible, à M. Moutier et à moi, de constater aucune espèce de lésion soit d'ulcération, soit d'érosion, soit de varice œsophagienne expliquant l'hémorragie stomacale récente.

(1) Hayem et Lion. *Traité des maladies de l'estomac*, p. 160, 1913.

Tous ces faits restent énigmatiques; plus intéressantes sont les gastrorragies que l'on peut rencontrer au cours de diverses maladies de foie, mais surtout des cirrhoses. Elles sont souvent de nature à soulever l'idée d'un ulcus latent.

Gastrorragies dans les cirrhoses du foie. — Ne nous occupons pas des hématémèses suivies souvent de melæna que l'on rencontre quelquefois chez des malades atteints d'une cirrhose du foie typique et avancée, caractérisée par l'ascite, la diminution de la matité hépatique et l'augmentation du volume de la rate. Elles trahissent en général l'existence de varices œsophagiennes avec des érosions hémorragiques, les unes à la partie inférieure de l'œsophage, les autres sur l'estomac. Elles n'ont pas un intérêt clinique très considérable puisqu'il s'agit là d'accidents presque terminaux chez des sujets dont la maladie est bien déterminée et chez lesquels le mécanisme de l'hémorragie est facile à saisir.

Gastrorragies de la précirrhose. — Il est beaucoup plus intéressant de savoir qu'il peut y avoir sans phénomène douloureux, sans fièvre, de grandes hémorragies prémonitoires, hématémèse surtout, melæna quelquefois, à la phase de la précirrhose. Ce n'est quelquefois qu'assez longtemps plus tard que le diagnostic de cirrhose hépatique pourra être fait d'une façon nette. Chez ces malades, en tout cas, si l'on ne peut pas constater encore de signes caractéristiques de la cirrhose, si l'on ne trouve pas d'ascite en particulier, pas de modifications significatives du foie, on peut tout au moins reconnaître à un moment donné une augmentation du volume de la rate. Ceci m'amène à dire que, pour les cas que nous avons maintenant à examiner, il y a une classification qui s'impose : c'est la *division de ces faits de gastrorragie en deux grandes classes, suivant qu'il n'existe ou qu'il n'existe pas de splénomégalie.*

M. Gouget a réuni dans ses *Cliniques médicales*, en 1911, une série ds faits très intéressants, montrant quelle est la fréquence et quelles sont les allures très particulières des hémorragies précirrhotiques. Il cite au début de son étude deux cas tout à fait typiques empruntés à Ehrardt.

Voici un homme de soixante et un ans qui, à partir de 1878, accuse de l'anorexie, des fringales, des nausées, des vomissements. En 1886, à la suite d'écarts de régime, il vomit une pleine cuvette de sang; mais il n'y a ni ictère, ni ascite et pas d'augmentation du volume du foie. En 1888, deux ans après, seconde hématémèse également abondante, puis, à partir de cette époque, tous les quatre ou cinq mois, hématémèse et melæna. En 1889, onze ans après la première hématémèse, amaigrissement, ascite, phénomènes de cirrhose très nets avec rétraction du foie, circulation collatérale marquée, *augmentation du volume de la rate*, et, à ce moment, une série d'hématémèses.

Voici un autre cas : il s'agit d'un homme de qua-

rante-deux ans qui présente une première hématémèse en mai 1880; elle dure trois jours. En 1881, un an après, hématémèse moins abondante mais se poursuivant pendant quinze jours. Quinze mois après la première hémorragie apparaissent les signes de cirrhose, ici beaucoup plus rapidement que dans le cas précédent, ascite, subictère, petit foie, *grosse rate*, douleurs dans l'hypocondre. Pendant dix ans, la cirrhose évolue sans ascite, puis il se produit une grosse hématémèse, plus tard une ascite qui amène la ponction. Pendant dix ans, elle ne se reproduit pas, mais on trouve un petit foie, une *grosse rate*, et il survient à ce moment une série d'hématémèses qui amènent la mort du malade.

Inutile de multiplier ces exemples. Les statistiques établies par M. Gouget tendent à démontrer, ce qui est du reste le point le plus important, que ces hématémèses du début de la cirrhose, qui ne sont pas très rares, se présentent toujours isolément, sans aucun autre signe.

Sur 24 cas d'Ehrardt, 16 fois l'hémorragie a été signalée en pleine santé, quelquefois simplement après quelques troubles dyspeptiques sans aucun caractère. Dans 35 cas de Werner, il y a eu 15 fois une hémorragie du tube digestif représentant le premier symptôme de la maladie. Sur 59 cas de Preble, l'hémorragie a été aussi le premier symptôme dans 33 cas, et, dans 17 de ces 33 cas, elle a été l'unique symptôme, 5 fois; l'hémorragie a entraîné la mort.

Dans une série de cas, du reste, la mort a été signalée, dans des conditions analogues. En voici un de Debove et de Courtois-Suffit déjà ancien, un autre de Chauffard qui est plus récent. On voit par là que ces hémorragies sont fréquentes dans ces conditions. Il est donc très important en clinique de connaître l'existence des faits de ce genre, d'observer les malades en conséquence, et, surtout de rechercher avec soin toutes les fois qu'il y a des hémorragies gastro-intestinales symptomatiquement isolées, s'il existe oui ou non une splénomégalie révélatrice de la phase initiale de la cirrhose.

Cette splénomégalie n'existe du reste pas d'emblée; son apparition est plus ou moins tardive; mais, quand elle se montre, elle a une grande valeur symptomatique.

Physiologie pathologique. — Pour ce qui concerne la cirrhose, on a invoqué — et c'est surtout l'explication donnée par Gilbert et Lereboulet — une lésion tout à fait initiale située dans les espaces intertobulaires, diminuant la perméabilité des capillaires portes, de sorte qu'il en résulterait une hypertension portale. D'après une hypothèse de Debove et Courtois-Suffit, sous l'influence de la mise en jeu du nerf de Cyon, brusquement, par un réflexe à point de départ quelquefois indéterminé, cette tension portale augmenterait brusquement de telle façon qu'il se produirait des ruptures vasculaires. Enfin, d'autres auteurs comme Letulle ont invoqué l'existence de varices macroscopiques de l'estomac lui-même, et d'autres encore ont signalé des lésions capillaires diffuses dans tout le domaine de la veine porte. Enfin, on a fait intervenir une modification du sang favorisant les hémorragies; cela existe en tout cas chez les malades ictériques.

Splénomégalie sans cirrhose hépatique. — Dans certains cas, il y a splénomégalie sans que rien démontre l'existence d'une cirrhose au moment des hémorragies et sans que les signes révélateurs s'en montrent ultérieurement.

En voici un exemple :

Un homme de trente-cinq ans avait pris la syphilis neuf ans auparavant, syphilis bien soignée du reste. Depuis deux mois il avait eu une série d'hématémèses espacées avec melæna au moment où il se présentait à moi en janvier 1912. Grande faiblesse, pas de douleur, pas d'anorexie, bon appétit. On ne relevait chez lui aucun accident de paludisme, aucun parasite intestinal. Il avait une très grosse rate mesurant de 16 à 18 centimètres dans un sens sur 6 à 8 centimètres dans l'autre. Le foie paraissait petit. Ce malade avait beaucoup maigri. L'examen du sang pratiqué par Moutier montra qu'il n'y avait pas de leucémie, mais une anémie intense sans éléments caractéristiques. Il mourut en juin 1912 après avoir eu pendant deux ou trois semaines une série d'hématémèses extrêmement abondantes. La lésion de la rate était-elle syphilitique ?

Divers auteurs, et en particulier un médecin italien Fedeli (1), ont décrit ces grandes hémorragies dans la splénomégalie sans cirrhose. De ces cas se rapprocherait naturellement la maladie de Banti, maladie ou syndrome dont la nature est du reste encore très discutée.

Gastrorragies sans splénomégalie. — Vient maintenant toute une série de faits dans lesquels il y a eu de grandes hématémèses, de grandes hémorragies gastriques sans splénomégalie. On peut ranger ces faits dans des classes assez différentes les unes des autres.

a. *Artériosclérose sénile.* — Tout d'abord, on a invoqué l'artériosclérose. Cette cause a été signalée en particulier par Boas (2). Il s'agissait de vieillards ayant présenté de grandes hématémèses ou du melæna et chez lesquels, à l'autopsie faite peu de temps après — dix jours après dans un cas rapporté par Boas — on n'a trouvé aucune lésion appréciable de l'estomac.

Je me rappelle, pour ma part, avoir eu l'occasion de voir, il y a cinq ans, un homme de soixante-cinq ans assez nettement artérioscléreux, hypertendu, ayant de l'aortite, chez lequel il s'est produit deux ou trois hématémèses espacées les unes des autres, sans aucun signe de maladie de l'estomac, ni du foie. Elles ne se sont pas reproduites depuis.

b. *Gastrorragies des jeunes femmes.* — On a décrit aussi des hémorragies gastriques sans lésion de la muqueuse qui se produiraient surtout chez les jeunes femmes. Cela a été signalé en particulier par Hale White (3) qui en a recueilli 29 observations dans

(1) Fedeli. *Clinica moderna*, 4 janv. 1903.
(2) Boas. *Diagnost. u. Therapie der Magenkrh.*, 1911, p. 365.
(3) Hale White. *The Lancet*, 3 nov. 1907.

lesquelles l'examen de l'estomac soit pendant la vie, soit après la mort, n'a révélé aucune lésion.

Un autre auteur anglais, Cooper Perry, a proposé de donner à cet accident un nom particulier : *gastrotaxis des jeunes femmes*. Cette maladie se présenterait exclusivement chez les jeunes femmes et l'hématémèse en serait le symptôme cardinal. Elle peut être profuse, très abondante. Le sang est ordinairement vermeil ; l'hémorragie survient par crises qui peuvent durer pendant plusieurs années séparées par des intervalles de mois et même d'une ou deux années. En général, elles disparaissent après quarante ans. A chaque crise, il y a des hémorragies séparées par plusieurs jours. Dans aucun de ces cas, il n'y aurait eu de lésion de l'estomac.

On peut cependant faire de justes réserves : n'a-t-on pas pu laisser passer un ulcus non diagnostiqué ? On sait combien cela est facile.

c. *Hématémèse tabétique.* — Ici, peut se ranger aussi l'hématémèse tabétique. Chez les tabétiques, d'après une thèse intéressante de M. Maurice Dalle (1913), il y aurait deux sortes de vomissements hémorragiques. Les uns se produisent chez des tabétiques en même temps atteints d'ulcus et chez lesquels on trouve les signes de l'ulcus persistant en dehors de la crise. C'est une coïncidence que nous avons rencontrée quelquefois ; mais l'hématémèse caractéristique des tabétiques se reproduirait en petite quantité au moment des crises, et sans aucun phénomène de gastropathie dans l'intervalle des crises. Ces hémorragies ont pour caractère d'être très éloignées les unes des autres.

d. *Gastrorragie par efforts excessifs de vomissements.* — Il est possible qu'il faille rapprocher ces hématémèses de celles qui ont été signalées dans un cas par MM. Hayem et Lion. Un malade avait présenté des vomissements avec des efforts extrêmement intenses, puis une hématémèse, quelques jours avant sa mort. A l'autopsie, ils n'ont pu trouver dans l'estomac qu'une diffusion sanguine, un amas de sang avec soulèvement de l'épithélium sans ulcération. Ils pensent que les efforts de vomissements ont été tellement considérables qu'ils ont amené une congestion veineuse et une hémorragie en nappe sans ulcération.

On voit combien il importe de ne pas faire le diagnostic d'ulcus toutes les fois qu'il se produit une hématémèse ou du melæna. Il y a, en effet, un nombre de faits considérable, appartenant à des catégories pathologiques très différentes, dans lesquels cet accident peut se montrer. En particulier, il faut insister sur l'importance tout à fait spéciale de l'hématémèse comme premier signe, comme signe précoce d'une cirrhose hépatique, qui évolue habituellement en cas semblable sans que l'ascite se produise. Il semble du reste qu'il y ait opposition entre la production de ces hémorragies et l'ascite.

Dans les cas où il y a ascite, il peut y avoir des hémorragies dépendant des varices œsophagiennes, mais elles sont tardives, terminales. Ce ne sont pas des hémorragies précoces, prémonitoires, et, quand elles se produisent, elles ont tendance à se rapprocher les unes des autres ; elles présentent par ce fait un pronostic très grave. Au contraire, les hémorragies précoces, prémonitoires de la cirrhose, si elles peuvent quelquefois être assez abondantes pour entraîner la mort, sont habituellement espacées ; elles peuvent laisser vivre le malade pendant un temps très prolongé. C'est du reste l'exception que ces malades succombent par le fait de l'hémorragie gastrique soit d'une façon précoce, soit d'une façon tardive.

Exemples de diagnostic erroné d'une perforation ulcéreuse de l'estomac ou d'une périgastrite suppurée. — Dans un certain nombre de cas, l'erreur de diagnostic relative à l'ulcus de l'estomac ou du duonénum résulte de ce qu'on est amené à penser à tort qu'il existe une complication de l'ulcus laquelle n'existe pas.

Ces jours-ci se trouvaient en même temps, dans mon service, trois femmes chez lesquelles on a pratiqué la laparotomie exploratrice, pour les deux premières pour des accidents de perforation qui n'existait pas, et pour la troisième pour de la périgastrite suppurée qui n'existait pas non plus. L'histoire de ces malades mérite d'être contée bien qu'elle soit un peu exceptionnelle.

J'ai rapporté à l'Académie de médecine l'histoire de la première d'entre elles (1). Il s'agissait d'une jeune femme fortement soupçonnée d'avoir un ulcus duodénal. Depuis des années, elle avait présenté très fréquemment, au moment d'une débâcle intestinale, sans melæna, des malaises intenses, des nausées, des lypothymies, des vomissements. C'était le type accentué des réactions coliques par débâcles successives. Il a été impossible, pendant longtemps, de la faire aller à la selle sans provoquer presque à coup sûr, sous l'influence des lavements, des accidents de ce genre.

Un jour, à la suite d'une débâcle et d'une poussée de côlite, ces phénomènes ont été tellement accentués, elle a présenté une telle dépression générale, des traits tellements tirés, un facies tellement abdominal, un pouls si petit et si rapide que le docteur H. Lemaire, qui me suppléait à ce moment, fit appel à M. G. Labey. Tous deux pensèrent qu'il y avait uue perforation récente de l'ulcus duodénal dont on connaissait chez elle l'existence probable. M. Labey pratiqua d'urgence la laparotomie exploratrice. Il ne trouva pas trace de perforation, et seulement des adhérences anciennes autour du duodénum. Pas de doute que, dans le cas présent, ce sont des accidents graves de réaction colique qui ont fait penser à la perforation ; la malade a du reste depuis présenté encore une série d'accidents du même genre, malgré l'établissement d'une anastomose gastro-jéjunale.

Second cas. Une jeune femme de trente-cinq ans souffre de l'estomac depuis douze ans ; depuis sept ans, elle a eu des séries de douleurs se produisant pendant quinze jours, à intervalles de deux ou trois mois, douleurs tardives ayant leur maximum surtout trois heures après les repas, tout à fait de nature

(1) A. Mathieu. *Acad. de méd.*, 11 novembre 1913, et *Arch. des maladies de l'appareil digestif*, décembre 1913.

à faire penser à l'existence d'un ulcus. Du reste, à plusieurs reprises, elle a observé des « selles noires comme du charbon ». Elle est entrée dans mon service à la fin de janvier dernier. Elle avait des crises extrêmement intenses depuis deux ans, et, à la suite de l'une d'elles particulièrement violente, nous avons constaté une douleur intense à la partie supérieure gauche de la région épigastrique, si bien que, même en l'absence de fièvre, nous avons pensé qu'il y avait, non pas une perforation, mais une périgastrite subaiguë; sous l'influence du repos et des applications de glace, tous ces accidents avaient diminué, et elle ne présentait plus que des crises douloureuses espacées, lorsque se produisit la crise dont voici le récit. Elle éprouva une douleur violente dans le ventre le 31 mars vers trois heures de l'après-midi, puis ellle vomit et, à six heures et demie, mon interne René Mathieu la trouva la figure angoissée, les traits tirés, le pouls petit, rapide à 156. La température n'était qu'à 37°3; la malade gémissait et déclarait souffrir horriblement. Le ventre était ballonné, distendu, douloureux dans sa partie supérieure. Il y avait une tension de l'épigastre qui paraissait due à une contracture de défense. Il montra cette malade à un jeune chirurgien, et celui-ci eut la même impression. Séance tenante, on pratiqua la laparotomie exploratrice. Il n'y avait aucune lésion de perforation.

Le lendemain, lorsque ce fait me fut conté, j'ai pensé à la réaction côlique. En interrogeant la malade d'un peu plus près, j'appris qu'elle avait commencé par avoir, étant constipée depuis quelques jours, des coliques violentes. Elle fit sans résultat plusieurs tentatives de défécation ; elle se demandait alors si elle allait avoir une selle ou vomir. Elle vomit, mais les selles ne sont pas venues, et c'est au moment où les douleurs coliques ont présenté l'intensité la plus grande que se sont déclarés les accidents qui ont fait penser, d'une façon du reste très compréhensible, à la perforation de l'estomac au niveau de l'ulcus.

Cette malade a été, elle aussi, très améliorée par la laparotomie; elle ne souffre pas depuis, de sorte que, là encore, nous n'avons eu nullement à regretter cette intervention.

Ce nouveau fait clinique montre lui aussi qu'il peut y avoir lieu, chez des malades atteints d'ulcus, de faire le diagnostic différentiel entre une crise grave de réaction côlique et la péritonite par perforation. La débâcle, si elle se produit, est un point de repère important ; mais elle peut manquer.

La troisième malade est morte ce matin. Je la connaissais depuis mars 1912. Elle avait fait à cette époque un premier séjour dans mon service avec le diagnostic d'ulcus gastrique. Indépendamment de crises douloureuses d'aspect caractéristique, elle avait présenté une série d'hématémèses et de melænas. Chose curieuse, en 1912, il y a deux ans, j'avais pensé déjà qu'il existait chez elle une poussée de périgastrite et l'avais traitée en conséquence.

Elle entre dans mon service il y a environ deux mois, contant que, depuis quelque temps, elle a souffert de nouveau de l'estomac et qu'elle a eu trois hématémèses dont une suivie de melæna. Elle a de la fièvre (39 degrés), elle est délirante et elle ressent au creux épigastrique une douleur intense à la palpation. Etant donné son passé, je conclus immédiatement qu'il y avait de nouveau de la périgastrite et probablement un abcès. Je la montre à M. G. Labey qui partage mon opinion. Toutefois cette douleur étant étalée, diffuse, nous la tenons en observation pendant une dizaine de jours, la fièvre oscillant aux environs de 39 degrés. La douleur tend à se localiser vers l'hypocondre gauche; la malade est toujours délirante ; sauf des signes de tuberculose ancienne à l'un des sommets, on ne trouve aucune lésion susceptible d'expliquer la fièvre.

Nous décidons de faire une laparotomie exploratrice, ayant la conviction que nous allons trouver un foyer purulent. Or, il n'y avait nulle part de foyer purulent; M. G. Labey a fait l'exploration avec le plus grand soin non seulement au niveau de l'endroit où existait le maximum de douleur, mais au-dessus et au-dessous de l'estomac, autour du duodénum, du côté de l'appendice. Nous avons constaté que le foie était augmenté de volume, jaunâtre, beurre frais, et qu'il y avait à sa surface une sorte de purpura hémorragique par taches diffuses. Cette malade, après une amélioration momentanée, est retombée dans le même état de fièvre; elle s'est affaiblie de plus en plus, a eu des escarres. Elle est morte avec des signes de pneumonie. A l'autopsie, on a du reste constaté une pneumonie caséeuse; aucun signe d'ulcus récent ou ancien!

Conclusion. — Les faits que nous venons de passer en revue montrent que, si nous ne devons pas perdre en partie le bénéfice de tout ce qui a été fait de nouveau au point de vue de la connaissance et du diagnostic de l'ulcus dans ces dernières années, nous devons toujours conserver la qualité essentielle des cliniciens, la prudence.

Par le fait même de l'accroissement du champ de nos connaissances et de la variété de nos moyens d'investigation, les causes d'erreur de diagnostic tendent, elles aussi, à sortir des formules jusqu'ici classiques; c'est la rançon du progrès!

ACTUALITÉS

LES NÉOPLASIES MALIGNES CAUSÉES PAR LES RAYONS X

Le cancer röntgénien est entré dans le domaine de la pathologie il y a une douzaine d'années. On est en droit d'espérer que, d'ici peu, il y subsistera seulement à titre de souvenir ou du moins comme une de ces formes morbides dont les exemples sont devenus absolument exceptionnels.

Il offre encore malheureusement l'intérêt de l'actualité, ainsi que le prouvent quelques observations récentes parmi lesquelles se détache celle, particulièrement attristante, du radiologue genevois Henri Simon, mort de cette maladie le 6 décembre dernier. Mais en compensation, si l'on peut dire, du lourd tribut qu'il a fallu lui payer, ce cancer, qui se développe et évolue sur l'homme dans les conditions presque d'une expérience, a fourni d'intéressantes données à l'étude anatomo-pathogénique du cancer en général, en même temps qu'il a fait naître l'idée d'une nouvelle méthode de recherches sur l'animal. Il ne semble donc pas inutile d'en fixer ici les traits essentiels.

Lloyd aux Etats-Unis et Sick en Allemagne eurent les premiers, paraît-il, en 1902, l'occasion d'observer et de traiter chirurgicalement une telle complication des radiodermites. Si l'on connaît la lente évolution des accidents cutanés qui précèdent nécessairement le cancer en pareil cas, on ne peut s'étonner du temps écoulé entre l'origine des manipulations radiologiques et le moment auquel fit son apparition le plus redoutable des dangers qu'elles comportent.

En 1904, Gaucher rapporta le premier cas français au Congrès de Berlin. Et dès lors le nombre des observations grossit chaque année. Il était de 29 en 1908 dans une publication de Lindeborn (1). Cænen (2) l'année suivante porta ce chiffre à 34, Hesse (3) en 1911 à 94 et S. Feygin (4), en 1914, arrive à réunir 104 cas auquel on peut en ajouter un autre présenté en décembre 1912 à la *New-York dermatological Society* par Mac Kee pour Fordyce (5).

Les auteurs qui ont publié les plus importants travaux sur la question sont : en Allemagne, Lindeborn, Cænen, Rosenbach, Hesse; en Amérique, Kassabian (6), Porter (7), Wolbach (8); en Angleterre, Rowntree (9); en France, Ménétrier (10), P. Marie (11), Clunet (12). La thèse de Mlle Feygin, qui date de quelques jours, est une étude très consciencieuse et très complète du cancer radiologique. Elle m'a fourni d'utiles renseignements.

La néoplasie se développe dans des conditions diverses que nous préciserons tout à l'heure mais jamais comme un effet rapide de l'action des rayons X. La période de latence, si on la fait commencer aux premiers contacts avec l'agent nocif oscille entre quatre et quatorze ans et, si on la fait partir seulement du début de la radiodermite, entre un et onze ans. La moyenne est relativement élevée : neuf ans dans un cas, sept ans dans l'autre.

(1) LINDEBORN. *Beitr. z. klin. Chir.*, Bd. LXXXIX, H. 2, 1908.
(2) CÆNEN. *Berl. klin. Wochens.*, n° 7, 1909.
(3) HESSE. *Symptomatologie, Pathogenese und Therapie der Röntgenkarzinoms*, Leipzig, t. von A. Barth, 1911.
(4) FEYGIN. Th. de Paris, 28 mai 1914.
(5) FORDYCE. *The journ. of cutan. diseases*, juin 1914, p. 448.
(6) KASSABIAN. *Americ. Röntgen. Ray. Soc.*, 24 sept. 1909.
(7) PORTER. *Journal of medic. Research*, t. XXI, 3 oct. 1909.
(8) WOLBACH. *Bost. medic. a. surg. Journ.*, oct. 1909.
(9) ROWNTREE. *Lancet*, 20 mars 1909; — *Brit. medic. Journ.*, 25 sept. 1909.
(10) MÉNÉTRIER, LEGROS et MALLET. *Bul. assoc. franç. pour l'étude du cancer*, t. II, 1909. — MENÉTRIER et CLUNET. *1er Congr. internat. de pathol. comparée*, Paris, oct. 1912. — MÉNÉTRIER et MONTHUS. *Bull. assoc. franç. pour l'étude du cancer*, mai 1913.
(11) P. MARIE, CLUNET et RAULOT-LAPOINTE. *Bull. assoc. franç. pour l'étude du cancer*, t. III, 1910, p. 404.
(12) CLUNET. Th. de Paris, 1910.

Les sujets le plus fréquemment atteints sont les médecins radiologues; après eux viennent les professionnels de l'industrie des ampoules; les malades, c'est-à-dire les individus dont le cancer a pour origine une irradiation thérapeutique, forment la catégorie la moins importante.

Le siège de la lésion est naturellement très variable chez ces derniers. Dans les autres cas le cancer de Röntgen né de la radiodermite s'attaque comme celle-ci aux parties exposées qui sont surtout les mains et le visage, quelquefois le thorax chez certains opérateurs faisant de la démonstration.

Le siège habituel est la face dorsale des mains et des doigts. Les deux mains peuvent être prises simultanément. Mais les lésions sont presque toujours prédominantes à gauche chez les médecins, à droite chez les professionnels, cette différence étant due évidemment à celle des gestes et des attitudes de métier.

Les malades sont relativement jeunes en général, contrairement à ce qui se passe dans les formes habituelles du cancer. Dans le relevé de Feygin 18 avaient trente-sept ans, 8 avaient moins que cet âge.

Il semble que les tares organiques comme le diabète et la syphilis aient quelque fâcheuse influence sur l'évolution de la maladie.

Enfin ce cancer est souvent multiple, il n'est pas rare d'observer cinq ou six foyers néoplasiques et même plus évoluant en même temps.

Les rayons X n'entraînent le développement du cancer qu'en irritant la peau. La phase préparatoire de radiodermite ne manque donc jamais. La filiation entre les troubles purement irritatifs et le cancer proprement dit comporte cliniquement deux variétés principales, comme l'a fort bien exposé Mlle Feygin.

Dans l'une, la succession des accidents se fait sans interruption, la radiodermite chronique s'aggrave progressivement jusqu'à subir en quelqu'un de ses points la transformation maligne.

Dans l'autre, le cancer apparaît tardivement dans la cicatrice d'une radiodermite en apparence définitivement guérie.

La première variété est de beaucoup la plus fréquente, c'est le cancer des radiologues type.

Les troubles cutanés prémonitoires ont d'emblée une allure chronique. La peau devient sèche, s'épaissit et desquame par places, puis se fissure; parfois on la voit prendre cet aspect mince et lisse qu'elle a dans certaines névrites. Les glandes et les follicules pileux s'atrophient. Des taches pigmentaires ou sanguines apparaissent. La main et les doigts se déforment, deviennent raides, inhabiles et douloureux. Les ongles dépolis et friables sont souvent entourés de petits abcès. Des ulcérations et des formations papillomateuses se développent sur le dos des doigts et de la main.

L'évolution est très lente mais progressive. Les lésions se réparent partiellement puis s'aggravent et la thérapeutique usuelle se montre tout à fait impuissante. Le cancer pousse insidieusement un jour sur le terrain ainsi préparé. Il a pour point de départ tantôt une ulcération, tantôt un papillome qui d'ailleurs ne tarde pas lui-même à s'ulcérer.

L'ulcération cancéreuse a des bords épais, tranchants, durs parfois comme du cartilage, parfois couverts de végétations, un fond mamelonné ou bourgeonnant, sanieux et saignant et une base fortement adhérente aux plans sous-jacents.

La douleur est un phénomène à peu près constant, mais de forme et d'intensité différentes suivant les cas. Assez souvent elle est légère, quoique accrue par les mouvements et par toutes sortes d'influences extérieures. D'autres fois elle est très vive, ayant un caractère névralgique avec des exacerbations en éclair et peut atteindre une acuité extrême, supprimant le sommeil et troublant gravement l'état général. Elle est superficielle ou profonde, localisée à la région malade ou diffuse et irradiée à tout le membre.

Mlle Feygin remarque que le cancer des radiologues ne se développe presque jamais — elle n'a relevé qu'une seule exception à cette règle — dans les radiodermites caractérisées par l'atrophie et l'aspect mince et lisse de la peau. Ce sont toujours les lésions cutanées ulcéro-papillomateuses qui subissent la dégénérescence maligne.

La seconde variété des cancers röntgeniens, beaucoup plus rare, se rencontre surtout chez les individus soumis à la radiothérapie. Ici l'irradiation a été moins longue souvent, mais presque toujours plus intense. Les premières atteintes de la radiodermite ont une forme plus aiguë, un caractère inflammatoire plus net. La peau d'abord rougit, se pigmente, est le siège d'un prurit très pénible. Bientôt, sous l'effet répété des rayons X, des phlyctènes se forment et s'ouvrent, laissant des ulcérations plus ou moins longues à guérir. Puis plusieurs années après, quatorze ans dans un cas, sans cause bien appréciable, la cicatrice s'érode et rapidement la lésion prend tous les caractères des ulcérations cancéreuses précédemment décrites.

Les néoplasies de Röntgen sont des cancers extrêmement graves. Ils évoluent habituellement avec une certaine lenteur, mais d'une façon toujours progressive et ils ont causé la mort toutes les fois que le traitement n'a pas été assez précoce et assez radical.

La maladie est, pendant une phase plus ou moins longue, purement locale, puis tandis que le processus cancéreux envahit toute la région, dissèque et détruit les plans profonds, muscles et tendons, vaisseaux, nerfs, os, les lymphatiques et les ganglions se prennent à distance, la généralisation se prépare et est bientôt un fait accompli. Très souvent, quand les premières limites sont franchies, ce cancer, d'abord assez torpide, marche avec une rapidité extraordinaire.

Les radiodermites chroniques doivent donc être examinées et suivies avec beaucoup d'attention. Il faut dépister la transformation maligne à son début pour agir sans retard et, dans le cas où cliniquement quelques points de la lésion deviennent suspects, s'aider, pour préciser le diagnostic, d'une biopsie.

On a proposé de traiter les cancers de Röntgen par la méthode même qui les avait fait naître. Mac Kee, tout récemment encore, conseille — après ablation chirurgicale toutefois — de soumettre la région malade à l'action des rayons X. Mais il semble que l'exérèse large soit le seul traitement auquel il faille se fier. Trop souvent encore elle est insuffisante et la récidive se produit. Combien de fois n'a-t-on pas vu, dans des cas de ce genre, les opérations successives et de plus en plus importantes se trouver chaque fois en retard sur l'envahissement cancéreux. On comprend que certains auteurs, à l'opinion desquels se range Mlle Feygin, préfèrent, dès que le diagnostic est établi, l'amputation à une excision trop souvent inefficace. Cependant il faut savoir que l'opération restreinte et conservatrice, seule possible d'ailleurs dans certaines parties du corps, a donné d'excellents résultats et même dans quelques cas de cancers multiples. Mais ceci montre principalement l'utilité de l'opération précoce.

Il est certain, comme je le disais au début de cet article, que le cancer röntgénien ne tardera pas à disparaître. Déjà les radiodermites sont devenues plus rares. Elles seront à peu près inconnues sans doute quand, d'une part, se seront généralisés dans les cabinets et dans les laboratoires de radiologie les mesures et les appareils de protection contre les rayons X et quand, d'autre part, les règles de la radiothérapie seront plus exactement déterminées pour chaque cas et convenablement appliquées.

Le traitement de ce cancer doit donc être surtout prophylactique.

Je voudrais, avant de terminer, dire quelques mots de la forme anatomique que revêtent les lésions et des hypothèses qu'on a faites sur leur mécanisme pathogénique.

Le cancer röntgénien est une néoplasie cutanée et, comme on pouvait s'y attendre, cette néoplasie est dans la majorité des cas un épithélioma pavimenteux à globes cornés. Cependant Ménétrier a observé un cas d'épithélioma d'origine pilaire se rapprochant de l'épithélioma tubulé de Cornil et Ranvier « et dans une certaine mesure également de l'épithélioma dit à cellules basales ».

Il est difficile, en général, de voir histologiquement les structures intermédiaires à la radiodermite chronique et à l'épithélioma. Cependant certains auteurs, soit sur des pièces humaines, comme de Beurmann, Gougerot et Dominici, soit sur des pièces expérimentales, comme Ménétrier, Legros et Mallet, ont pu saisir les premières phases de la transformation maligne d'une radiodermite et Clunet, dans une observation de sa thèse, a noté les divers aspects que lui ont offert les préparations sériées d'un cancroïde du doigt depuis la zone de peau saine jusqu'à la zone néoplasique. On y voit l'épiderme s'épaissir d'abord, surtout dans sa couche granuleuse, puis pousser des prolongements interpapillaires dans le derme et enfin former des végétations atypiques, diffuses, qui subissent une maturation anormale donnant lieu aux globes épidermiques.

A côté des épithéliomas, il convient probablement de faire une place aux sarcomes röntgéniens. La tumeur était de ce type dans quelques-uns des cas qui ont été publiés surtout dans celui dont Unna a donné la description histologique. D'ailleurs, c'est uniquement sous la forme du sarcome que Pierre Marie, Raulot-Lapointe et Clunet ont vu apparaître le cancer radiologique dans leurs expériences sur le rat.

Comment les rayons X peuvent-ils provoquer le développement d'une néoplasie maligne? On comprend qu'il ait paru d'abord très surprenant que le même agent physique pût engendrer ici la maladie qu'il guérissait là. L'action destructive des radiations était alors seule admise et on connaissait mal leur pouvoir excito-proliférateur. Quand l'existence des cancers röntgéniens a été nettement démontrée, d'assez nombreuses théories pathogéniques ont vu le jour.

On a dit que les rayons X favorisaient la pullulation de l'agent microbien ou mycosique du cancer. D'autres, comme Wyss, ont fait intervenir les lésions vasculaires de la radiodermite, grâce auxquelles les cellules privées de leurs moyens de nutrition deviendraient, pour vivre, parasites. Avec le professeur Gaucher, de nombreux auteurs comme Oudin, Destot, Codmann, Dieffenbach ont incriminé les altérations nerveuses et les troubles trophiques qui en sont la conséquence. La théorie irritative qui ne représente qu'un début d'explication est cependant la plus satisfaisante jusqu'à présent. Le cancer radiologique par certaines de ses formes prend place dans la catégorie des cancers professionnels dus à une irritation chronique comme ceux des ramoneurs, goudronneurs, paraffineurs ou bien se rapproche dans quelques cas des cancers qui ont pour origine une cicatrice ancienne.

Les expériences de Ménétrier, de Rowntree, de P. Marie et de Clunet sont en faveur de cette conception. Les résultats un peu différents qu'elles ont donnés suivant les auteurs, formations épithéliomateuses ou sarcomes nets, tiennent vraisemblablement surtout au mode d'application des rayons X. De nouvelles expériences de même ordre permettront peut-être de pénétrer plus avant dans le mécanisme par lequel l'irritation aboutit au cancer.

P. CHASTENET DE GÉRY.

NOTE DE THÉRAPEUTIQUE

GASTRO-ENTÉRITE INFANTILE

Quelle que soit la gravité de l'affection, que l'on mette l'enfant à la diète hydrique, au régime lacté réduit ou au bouillon de légumes, etc., on prescrira à chaque repas une demi ou une cuillerée à café de sirop de Trouette-Perret à la papaïne, ce remède étant en général capable à lui seul de rétablir les fonctions digestives et d'arrêter la diarrhée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 12 JUIN 1914)

Un cas de syphilis à forme de syndrome de Banti. — MM. G. Caussade et Georges Lévi-Franckel décrivent, sous ce titre, le cas d'un syphilitique qui présenta pendant cinq ans au moins une splénomégalie qui était devenue considérable dans les derniers mois. Elle occupait l'hypocondre gauche, repoussait fortement le diaphragme, descendait jusque dans le flanc gauche et empiétait sur la région hypogastrique. Ces régions étaient légèrement douloureuses à cause de la périsplénite trouvée à l'autopsie. Une anémie marquée apparut environ deux ou trois ans après le début de l'hypertrophie de la rate. Elle fut progressive. Le nombre des globules rouges tomba dans les six derniers mois de 3 500000 à 2600000. En même temps les globules blancs diminuaient de 4500 à 1800. La leucopénie était donc extrême. Puis, dans la dernière phase de la maladie qui dura un semestre environ survint de la glycosurie. Ce ne fut que dans les deux derniers mois que l'on constata de l'ascite. La mort fut déterminée par l'ictère grave. Ainsi par la succession de tous ces phénomènes, on voit les différentes étapes de l'affection qui est d'abord splénique, puis pancréatique, puis hépatique. Les auteurs insistent sur l'absence d'ictère pendant la plus grande partie de la durée de la maladie et sur l'absence de fragilité globulaire; au contraire, il y avait une augmentation de résistance (32-24). D'ailleurs on n'a trouvé à l'autopsie aucun pigment ferrique ni aucune trace d'hémolyse.

Tous ces caractères précisent le type morbide établi par Banti en 1894, notamment la leucopénie qui n'a jamais été constatée aussi basse, à part un cas d'Ascoli où elle fut de 900. La syphilis fut prouvée par la réaction de Wassermann qui fut trouvée positive et par l'autopsie. Cette dernière montra une aortite spécifique très nette, une périsplénite marquée, une sclérose intense de la rate (poids, 1600 grammes) faite de travées fibreuses épaisses rayonnant à partir des artères qui toutes étaient atteintes d'endopériartérite. Tous les centres germinatifs et les corpuscules étaient détruits. Même sclérose périartérielle du pancréas. Quant au foie il présentait surtout des lésions nécrotiques consécutives très certainement aux produits toxiques élaborés par la rate et le pancréas altérés. On saisissait ainsi la succession et la filiation de tous les phénomènes observés pendant la vie, filiation prouvée encore par les lésions macroscopiques de la veine splénique. Mais si les lésions de la rate et du pancréas étaient spécifiques, celles du foie (nécrotiques) étaient provoquées seulement par les modifications biologiques survenues dans les premiers organes qui se firent sentir aussi dans les reins atteints de néphrite épithéliale. Les auteurs insistent sur ces particularités non encore signalées dans la maladie de Banti, et ils ne considèrent pas cette affection comme une maladie mais comme un syndrome que d'autres facteurs que la syphilis peuvent provoquer. Le traitement spécifique intensif ne donna aucun résultat chez le malade présenté par les auteurs. Cet échec s'explique par l'époque tardive (six mois avant la mort) à laquelle le mercure fut administré (cyanure de Hg, biiodure de Hg, suppositoires de Sabouraud), par des lésions fibreuses intenses de la rate et des altérations nécrotiques du foie. Les auteurs se demandent, en terminant, si, dans les cas rebelles au traitement spécifique, la splénectomie, même quand la syphilis est en cause, ne pourrait être pratiquée avec quelques chances de succès, mais il faut préalablement s'assurer du bon fonctionnement du foie et essayer avant d'intervenir le traitement spécifique, et insister pendant trop longtemps.

A propos de l'utilisation thérapeutique des chocs anaphylactiques. — MM. F. Widal, P. Abrami et Et. Brissaud, à propos de l'observation rapportée récemment par MM. Dufour et Crow, et dans laquelle des injections répétées de sérum antidiphtérique faites à une purpurique provoquaient, en même temps que de l'urticaire, de l'hypercoagulabilité sanguine et l'arrêt des hémorragies, examinent les conditions dans lesquelles le choc anaphylactique peut être utilisé efficacement dans la pratique.

Parmi les phénomènes du choc anaphylactique, les uns tels que les symptômes fébriles, le collapsus, l'urticaire, non seulement ne sont pas utiles à provoquer, mais doivent être au contraire évités. Seules les modifications humorales, dont l'hypercoagulabilité sanguine fait partie, peuvent être exploités utilement. Or ces modifications humorales ne sont pas spéciales à l'anaphylaxie. Elles font partie d'un syndrome auquel les auteurs ont donné le nom de crise hémoclasique et qui peut être déterminée en dehors de l'anaphylaxie proprement dite, comme ils l'ont montré, par des procédés très divers : injections intraveineuses rapides de solutions cristalloïdes, telles que le bicarbonate de soude, le chlorure de sodium à l'isotonie, injections de salvarsan et de néo-salvarsan, injections premières de substances colloïdales. Ces modifications humorales s'observent également à la suite de l'inoculation faite au sujet de son propre sérum; celle-ci n'est suivie d'aucune réaction nuisible, en particulier d'urticaire, lorsque le sérum provient d'une prise de sang qui s'est coagulé, depuis peu, à la température du laboratoire.

Cette autosérothérapie fait donc bénéficier les sujets des effets humoraux favorables observés dans le choc anaphylactique, tout en les mettant à l'abri des accidents souvent redoutables de ce choc. Les auteurs rappellent que, par cette méthode, ils sont parvenus à guérir trois malades atteints d'hémoglobinurie paroxystique a frigore, que dans un cas d'hémophilie, où les troubles de la coagulation sanguine sont beaucoup plus marqués que dans les purpuras, ils ont obtenu, pendant plusieurs mois, la disparition de tous les phénomènes hémorragiques dont le malade souffrait depuis plusieurs années.

L'épreuve des extraits hypophysaires dans les syndromes basedowiens. — MM. Henri Claude, A. Baudoin et R. Porak. Le rôle des glandes à sécrétion interne, dans les divers états pathologiques qui sont sous la dépendance d'une altération de celles-ci, ne pourra être éclairé que lorsque les auteurs seront en possession de tests biologiques permettant de caractériser l'activité fonctionnelle de ces organes. C'est dans ce but qu'ils ont étudié les réactions des sujets atteints de maladie de Basedow, à forme grave ou à forme atténuée, et en comparant celles-ci aux réactions de sujets sains ou pathologiques. Le produit hypophysaire qu'ils ont employé déterminait chez les individus normaux de la glycosurie, une accélération du cœur, un abaissement minime de la pression artérielle, de la pâleur et des contractions des muscles lisses.

Dans le cas de maladie de Basedow typique, on observe la même pâleur, les contractions des muscles lisses de l'intestin et de l'utérus; mais la glycosurie est plus accusée et surtout le pouls, loin de s'accélérer, se ralentit très rapidement et dans des proportions parfois considérables, et il reste au-dessous de ce qu'il était antérieurement, parfois pendant plusieurs heures. Enfin, la pression subit d'abord une augmentation de 1 ou 2 centimètres de Hg. Elle atteint son maximum quand le cœur est le plus ralenti et diminue dès qu'il s'accélère de nouveau. Ces réactions n'ont jamais fait défaut dans la maladie de Basedow confirmée. Elles peuvent être plus ou moins marquées et varier d'intensité comme les autres symptômes suivant les périodes de l'affection. Les auteurs ne les ont pas observées chez des sujets n'ayant aucun des caractères de l'état basedowien, mais ils ne prétendent pas qu'on ne puisse le trouver en dehors de la maladie de Basedow. En tout cas le ralentissement du pouls après l'injection d'extraits hypophysaires est ici un phénomène au moins aussi constant que l'exophtalmie et le tremblement.

Dans les états basedowoïdes, dans lesquels les réactions nerveuses anormales, la tachycardie et les troubles vasomoteurs sont d'une interprétation délicate en clinique, l'épreuve est tantôt négative, tantôt positive. Les auteurs sont tentés de penser que dans les cas positifs on peut avancer que le syndrome est sous la dépendance d'une dysfonction plus ou moins persistante de l'appareil thyroïdien provoquant des modifications du système nerveux végétatif; chez d'autres malades, l'instabilité de ce système nerveux pourrait au con-

traire être sous la dépendance d'une autre dysfonction glandulaire. Dans un cas de tachycardie paroxystique essentielle, on n'observa pas de ralentissement des bruits du cœur.

Leurs constatations montrent, en dernier lieu, que le traitement des basedowiens par les extraits hypophysaires est justifié, et qu'on peut en attendre, comme ils l'ont observé, l'atténuation de certains symptômes.

Séro-diagnostic de la tuberculose avec l'antigène de Besredka. — MM. Küss et Rubinstein rapportent les résultats qu'ils ont obtenu avec l'antigène de Besredka dans 100 cas de tuberculose où ils ont pratiqué la réaction de fixation. L'antigène de Besredka, qui est une culture de bacilles de Koch sur milieu spécial, contient quelques bacilles de la tuberculose et une autre substance de nature encore inconnue.

Cette séro-réaction s'est montrée positive dans 75 p. 100 des cas. Dans 10 cas de tuberculose au début, ouverte ou latente, la réaction s'est montrée 10 fois positive; dans des tuberculoses avérées et, sur 30 malades, 27 ont réagi positivement. Enfin chez des tuberculeux immobilisés ou guéris, la séro-réaction est encore positive dans 50 p. 100 des cas; une précaution à prendre c'est de doser l'antigène, un fait à retenir c'est que l'antigène de Besredka donne aussi souvent des déviations du complément avec la syphilis.

Il semble, donc, en résumé, y avoir une nouvelle méthode de séro-diagnostic de la tuberculose au moins intéressante à suivre.

ANALYSES

MÉDECINE

Diagnostic des cancers du gros intestin. (Quénu. *Bul. méd.*, 25 mars 1914.) — Le symptôme que l'on retrouve le plus souvent au début des cancers du côlon, ceux du cæcum étant mis à part à cause de leur symptomatologie un peu spéciale, c'est la constipation, avec douleurs vagues, mal localisées, affectant souvent la forme de coliques, sans relations obligées avec les repas; en même temps il existe des troubles dyspeptiques, de l'inappétence, un ballonnement habituel du ventre. Les coliques apparaissent sous forme de crises, durant un quart d'heure ou plus; elles peuvent se terminer par des vomissements et par une débâcle diarrhéique. Il est des cas non exceptionnels où cette diarrhée est le phénomène prédominant et précoce. L'hémorragie intestinale n'est pas un symptôme du début; le sang est noir, fétide, quelquefois cependant il peut être déposé à la surface des matières, comme lorsqu'il s'agit d'hémorroïdes, parfois il s'agit seulement d'hémorragies occultes que la réaction de Weber peut seule déceler; assez exceptionnellement on trouvera dans les selles un petit fragment de la tumeur.

Le toucher rectal, aidé d'une forte pression abdominale, peut permettre d'atteindre des tumeurs qui siègent jusqu'à 18 centimètres de l'orifice anal; le palper abdominal fournira d'utiles renseignements en cas de néoplasmes accessibles du cæcum, du transverse, des côlons ascendant et descendant. Parfois les cancers des angles peuvent s'abaisser au point d'être aisément explorables. La rectoscopie est très utile, même pour des localisations sigmoïdiennes, mais elle ne lève pas les doutes dans tous les cas. Les examens radiographiques enfin, s'ils sont le plus souvent très utiles, ne peuvent permettre une affirmation absolue en raison de l'existence de spasmes des côlons plus ou moins durables. Reste la laparotomie exploratrice qui ne sera justifiée que s'il existe de fortes présomptions symptomatiques et qui se changera, s'il y a lieu, séance tenante, en opération curative.

J. MILHIT.

Fièvre paratyphoïde A chez un nourrisson de huit mois. (Lagane. *La Pédiatrie pratique*, 5 mars 1914.) — Il s'agit, en l'espèce, d'un nourrisson de huit mois qui fut contaminé incontestablement par sa mère, atteinte elle aussi, comme le démontrèrent bien les hémocultures et le séro-diagnostic, d'une fièvre paratyphoïde A. Chez l'enfant la phase d'incubation fut de quinze jours; le début de la maladie s'est fait brusquement (ce mode de début brusque n'est pas rare d'ailleurs dans la fièvre typhoïde du nourrisson). La maladie s'est caractérisée par une température continue, persistant pendant vingt-trois jours, formant un plateau assez régulier, puis descendant en lysis, avec concordance du pouls et de la température, stupeur extrême, taches rosées très nombreuses, diarrhée modérée, évolution favorable, sans complication, sans rechute. Cette observation montre que, même chez un nourrisson, le bacille paratyphique A détermine surtout des infections à forme typhoïde qui simulent le tableau de la fièvre typhoïde commune, s'en distinguant en général seulement par la fréquence des complications pulmonaires et des rechutes. Il faut encore signaler l'absence d'hyperleucocytose, d'albuminurie, de météorisme abdominal, d'hypertrophie de la rate. Pendant sa maladie cet enfant a été nourri au sein par sa mère convalescente elle-même de fièvre paratyphoïde et cela sans fatigue pour la mère. Ces infections paratyphoïdes du nourrisson ne doivent pas être exceptionnelles chez le nourrisson, mais le plus souvent elles passent inaperçues faute d'être systématiquement recherchées et l'on est en droit de se demander si les bacilles paratyphiques n'interviennent pas très souvent dans la pathogénie des infections gastro-intestinales de la première enfance.

J. MILHIT.

SYPHILIGRAPHIE

Réinfection et allergie de la syphilis. (André Philibert. *Progrès méd.*, 21 mars 1914, n° 12.) — La syphilis est une maladie dans laquelle il y a peu ou pas d'immunité : une réinoculation est presque toujours possible et aboutit à une superinfection. Pendant toute la durée de l'incubation du premier chancre, il est possible de produire un accident syphilitique, *un autre chancre*, en inoculant du virus actif. Pendant la période secondaire, la réinoculation est difficile à réussir. On y parvient parfois, mais la lésion obtenue n'est pas un chancre, c'est une minime *maculo-papule*. En d'autres termes, la lésion d'inoculation prend l'aspect de la période de la maladie à laquelle celle-ci se trouve modifiée cela va sans dire par l'organisme du malade. Lorsque les essais de réinoculation sont faits à la période tertiaire, la lésion apparaît après quinze à vingt jours d'incubation et sous la forme d'une *gomme*: lorsque cette gomme s'est ulcérée, elle ne renferme plus les tréponèmes inoculés, tout comme s'il s'agissait d'une gomme spontanée : toutes ces lésions de réinoculation sont donc ALLERGIQUES, c'est-à-dire qu'elles ont un autre aspect que la lésion d'inoculation première; mais elles ont le même aspect que les lésions que le malade ferait à la période de la maladie où il se trouve. Il faut donc conclure que la superinfection est toujours possible et que le malade syphilitique confirmé est simplement en état d'allergie vis-à-vis d'une contamination nouvelle. La seule preuve de guérison est l'apparition d'un chancre véritable après une inoculation ou une contamination : des exemples en ont été cités depuis l'emploi du salvarsan.

J. MILHIT.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.


ALIMENT
PHYSIOLOGIQUE
COMPLET

N° 69. — JEUDI 18 JUIN 1914. 87e ANNÉE. JEUDI 18 JUIN 1914. — N° 69.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **10** francs par an.
Étudiants étrangers, **15** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE... 3 mois : **5** fr. **50**. — 6 mois : **11** fr. — 1 an : **20** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 30 août, la seconde du 1er août au 30 septembre. ***Ces abonnements étant en nombre limité, toutes les demandes doivent nous parvenir : pour la première série avant le 20 juin, et pour la deuxième série avant le 15 juillet.***

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve orale.* — Séance du 16 juin. — Question donnée : « Hémorragies dans les affections du foie. »

MM. Fiessinger, 17; Faure-Beaulieu, 18; Foix et Laroche, 16.

Prochaine et dernière séance orale, jeudi 18 juin, à seize heures quarante-cinq, 49, rue des Saints-Pères.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours du prosectorat. — *Epreuve de dissection.* — Question donnée : « Nerf maxillaire inférieur. »

MM. Leveuf, 29; Virenque, 27; Métivet, Mornard, Wolfromm et Brocq, 25; Lorin, 23.

A la suite du concours sont nommés : MM. Métivet et Leveuf.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — Le concours d'internat annuel sera ouvert à l'hôpital, 7, rue Pierre-Larousse, Paris (XIVe), le 29 juin 1914, pour la nomination de huit internes titulaires dont un pour les spécialités (maladies des oreilles, du larynx et du nez) et de plusieurs internes provisoires.

Les internes titulaires sont nommés pour deux ans, les provisoires pour un an.

Pièces à fournir : La feuille d'inscriptions (quinze inscriptions). L'indication des hôpitaux ou services où le candidat a passé. Références personnelles.

Les internes nommés à ce concours entreront en fonctions le 1er octobre.

En cas de nécessité, ils pourront être appelés à prendre le service pendant les vacances qui suivront leur nomination.

Pour les inscriptions et tous renseignements écrire, avant le 25 juin, à M. l'administrateur délégué à l'hôpital, 7, rue Pierre-Larousse.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Louis Renon (de Paris).

Au grade de chevalier. — M. le docteur Surmont, professeur à la Faculté de médecine de Lille.

M. Fillassier, chef des travaux statistiques de la ville de Paris.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — Une médaille d'honneur en or des épidémies sera frappée au nom du médecin-major de deuxième classe Chevrant, du Maroc oriental, mort du typhus, au cours d'une grave épidémie qu'il avait combattue avec le plus grand dévouement.

Cette médaille sera remise à sa famille.

GUERRE. — Par décision ministérielle du 9 juin 1914, M. le médecin-major de première classe Beaussenat, de la 7e direction du ministère de la guerre, détaché au sous-secrétariat d'Etat, est affecté à l'hôpital militaire Villemin à Paris. Remplira par avance les fonctions de médecin principal de deuxième classe.

CONGRÈS MÉDICAL ESPÉRANTISTE. — Le Xe Congrès international d'espéranto se tiendra à Paris, du 2 au 12 août 1914. A cette occasion, l'Association médicale espérantiste universelle, qui compte parmi ses membres d'honneur les professeurs Bouchard, Richet, Gariel, Broca, le médecin-inspecteur Toussaint, etc., enverra à Paris de nombreux délégués, appartenant à différentes nations et tous fervents adeptes de la langue auxiliaire. Des réunions seront organisées dans un des amphithéâtres de la Faculté de médecine. Des questions techniques ou d'intérêt professionnel y seront discutées publiquement en espéranto. Nous ferons connaître ultérieurement la date et l'heure des séances où tous nos confrères de Paris sont cordialement invités. Ils ne pourront qu'être intéressés par ce congrès véritablement international, qui se dis-

tinguera des réunions similaires, en ce que tous les assistants s'y comprendront sans peine.

Grâce au concours dévoué de quelques-uns de nos confrères parisiens, éminents espérantistes, et, en particulier de MM. Vaucaire, Iselin, Destouches, Pamart, Dolbeau, Artigues, etc., rien n'a été négligé pour assurer le succès de cette tentative intéressante.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'Office central espérantiste, 51, rue de Clichy, Paris.

LE MUSÉE MÉDICAL HISTORIQUE WELLCOME. — Le musée médical historique, fondé par M. Henry S. Wellcome en connexion avec le XVIIe Congrès international de médecine, a été rouvert le 28 mai comme institution permanente à Londres. Il porte maintenant le nom de « musée médical historique Wellcome » et est ouvert tous les jours de dix heures du matin à six heures du soir, avec fermeture le samedi à une heure de l'après-midi ; entrée au 54a Wigmore street, Cavendish square, Londres W. Depuis la fermeture en octobre dernier, les collections du musée ont considérablement augmenté.

Les membres du corps médical sont admis sur production de leur carte de visite.

HOTEL-DIEU. — SALLES DES MALADES AGITÉS ET DÉLIRANTS. (Service du professeur CHANTEMESSE.) — Le docteur Pierre Kahn commencera le vendredi matin, 26 juin, à onze heures (salle Sainte-Anne) et continuera les mardis, jeudis et vendredis suivants une série de dix conférences de psychiatrie d'urgence avec présentation de malades et rédaction de certificats.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — — *Guide P.-L.-M. des Alpes.* — La nouvelle édition du *Guide P.-L.-M. des Alpes* vient de paraître. Elle contient, outre de nombreuses illustrations en simili-gravure, dix belles cartes en couleurs.

Le *Guide P.-L.-M. des Alpes* est en vente dans les bibliothèques des gares, bureaux de renseignements et bureaux-succursales du réseau P.-L.-M. ; il est également adressé franco à toute personne qui en fait la demande, accompagnée de 0 fr. 50 en timbres-poste, au Service central de l'exploitation P.-L.-M. (publicité), 20, boulevard Diderot, à Paris.

NOTE DE PRATIQUE

DYSPNÉE TOXI-ALIMENTAIRE

Régime lacté exclusif (trois litres à trois litres et demi de lait par jour jusqu'à la disparition de la dyspnée).

Alterner ensuite :

1° Pendant huit jours, régime lacté absolu et médication iodurée.

2° Pendant huit autres jours, régime lacté mitigé (2 litres de lait, légumes, quelques œufs, fruits, pas ou peu de viande) et deux cachets pro die de 0g50 de Théosalvose pure ou phosphatée.

Et ainsi de suite pendant quelques mois jusqu'à ce que la dyspnée ait été définitivement vaincue.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Anatomischer Anzeiger. — (25 mai 1914.) H. TRIEPEL. Détermination de l'âge des embryons humains. — E. DAVIDA : Contribution à l'étude de la persistance des sutures transitoires. — J. FIRKET : Recherches sur l'organogenèse des glandes sexuelles des oiseaux.

Bibliographie anatomique. — (25 avril 1914.) ARON. De l'indépendance qui existe entre le développement du placenta et celui de l'embryon. (A propos d'un cas de grossesse ovarienne.) — Ivar THULIN : Note sur une méthode microphotographique pour l'étude des structures moindre que 0,2 μ. — A. GUILLEMIN : Contribution à l'étude du muscle mylo-glosse. — G. GÉRARD : Duplicité apparente de la veine cave inférieure. Persistance de la veine cardinale gauche. — A. WEBER : Inclusion mixte à la gélatine et à la paraffine. — E. LEBLANC : Le plin suspenseur péritonéal génito-mésentérique chez la nouveau-née. (Plica genito-enterica.) Son rôle dans les positions paramédianes de l'utérus.

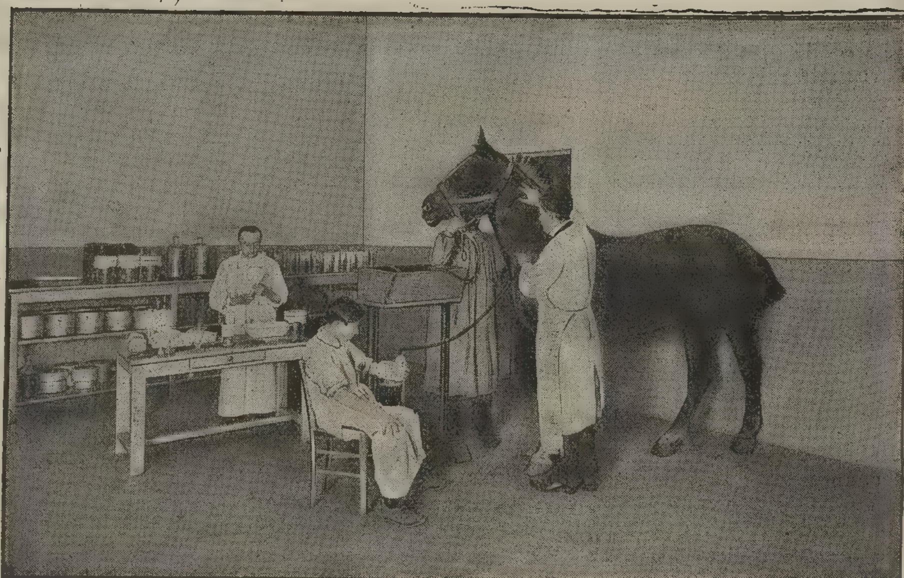
Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 18, 3 mai 1914.) CHAINE : Les tentatives de réforme du langage anatomique. — (N° 19, 10 mai.) H.-L. ROCHER : A propos de trois cas de kyste hydatique du foie chez l'enfant (2 fig.). — (N° 20, 17 mai.) VILLAR : Tumeur maligne de la région sus-claviculaire gauche. Branchiome. (Leçon clinique.)

Journal of Anatomie and Physiology. — (Avril 1914.) Francis DIXON : Deux cas d'ossicules supra-sternaux. — Peter THOMPSON : Développement du lobe carré du foie. — F. G. PARSONS : Caractéristique du fémur chez les Anglais. — Frederic Wood JONES : L'extrémité inférieure des canaux de Wolff chez un embryon femelle de porc. — Davidson BLACK : Deux cas de malformation cardiaque, plus spécialement de la région infundibulaire. — Ralph. THOMPSON : Cas particuliers d'anomalies congénitales des voies urinaires supérieures et quelques points d'anatomie chirurgicale des reins, uretère et vessie. — Harold RISCHBIETH : Anomalie de la veine cave inférieure. — J. T. WILSON : Description d'embrions humains.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 16, 21 avril 1914.) NEUBAUER : Emploi de la créatinine pour l'examen des fonctions rénales. — WILMS : La résection du pilier ou le plombage dans la tuberculose pulmonaire. — ABDERHALDEN : La recherche des ferments de défense au moyen de substances colorées. — ABDERHALDEN et WILDERMUTH : Emploi de la dialyse prémonitoire dans la recherche des ferments de défense. — ROSENTHAL et BIBERSTEIN : Recherches expérimentales sur la spécificité des ferments protéolytiques du sérum. — ABELIN et PERELSTEIN : Sur les parties constitutives volatiles du café. — BASCHE, AUEL et DAVID : Action de l'air respiré sur les échanges en albumine et en hydrates de carbone. — DECKER : Besoin d'albumine et taxation de la viande. — LINABOM : Expériences sur la sennative. — FUCHS : Epilepsie et luminal. — LEHNERT : Traitement des anomalies sanguines par la source Max de Dürckhein. — MANN : Un nouveau symptôme dans l'abcès du cervelet. — BECK : Deux cas d'intoxication par la noix muscade. — GERBIS : Quelques cas de narcose après travail avec le chlorure de méthyle. — HEINEMANN : Diagnostic des calculs salivaires. — MAYER : Emploi thérapeutique du désinfectant le « grotan ».

Therapie der Gegenwart. — (Mai 1914.) BENTHIN : L'ovaire et sa sécrétion interne. — A. FRAENKEL : Traitement de l'insomnie dans l'insuffisance cardiaque. — ENGEL : Sur le dosage des médicaments chez les enfants. — HEINEMANN : La guérison des abcès multiples du foie et leur diagnostic. — FEILER : Les anesthésies dans les opérations dans la cavité buccale.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 17, 23 avril 1914.) FAVARGER : Contribution expérimentale et clinique à l'intoxication par le tabac. — ENGEL et HOLITSCH : Sur la symptomatologie du goitre rétrosternal. — NEUGEBAUER : Syphilis héréditaire et altérations de l'aorte. — LORENZ : Un cas d'hygroma de l'épaule. — PRIESEL : Formation de varices dans le canal thoracique. — ADLER : Psychologie de l'enfant et examen des névroses.



QUELLE EST LA FORME CLINIQUE DE LA SYPHILIS

QUI ABOUTIT LE PLUS SOUVENT A LA PARALYSIE GÉNÉRALE?

Par le docteur André COLLIN,
Chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris,
Ancien interne des hôpitaux.

Il faut admettre actuellement que toutes les paralysies générales sont de nature syphilitique et, si quelques doutes subsistent sur la possibilité qu'auraient d'autres maladies de créer le syndrome « paralysie générale », nous laissons de côté l'étude de ces états morbides rares pour aborder aussitôt la question pratique que nous avons posée : la forme clinique de la syphilis depuis la période de contagion jusqu'à l'apparition des symptômes mentaux et physiques de la paralysie générale a-t-elle des caractères spéciaux permettant de prévoir cette issue fatale?

Les nouveaux traitements de la syphilis des centres nerveux actuellement usités nous permettent d'escompter quelques succès dans les cas heureux; mais la période tardive de la maladie à laquelle on les applique est probablement une cause de leur échec partiel. Il importe donc de chercher si, parmi les moyens d'observation que nous avons à notre disposition, étude des lésions cutanées, muqueuses et viscérales, étude de la contagion du conjoint, de la contamination de la descendance, investigations biochimiques, on peut arriver à trouver à l'allure clinique de la syphilis qui fera de la paralysie générale un caractère constant. Celui-ci étant dégagé fera tenir pour suspecte telle ou telle syphilis avant, bien avant que ne puissent être posés le psycho et le somato-diagnostic et il autorisera le clinicien justement alarmé à mettre précocement en œuvre les récents traitements préconisés contre la maladie mentale confirmée; l'étude de la période de latence permettra au médecin de gagner du temps et d'assister, avant qu'il ne soit trop tard, les centres nerveux dans la lutte qu'ils soutiennent.

Il est logique de traiter une maladie à son début et non à sa période terminale; les recherches que nous avons entreprises sur le développement neurologique de l'enfant montrent que les signes évolutifs des premières années permettent d'acquérir de précoces et utiles notions sur l'avenir, qui est réservé à leurs fonctions neuro-psychiques; c'est dans le même sens d'étude préventive que nous abordons l'observation des rapports de telle ou telle syphilis avec la paralysie générale. En remontant aussi loin que possible dans le passé syphilitique des paralytiques généraux héréditaires et acquis, nous avons groupé les signes qut permettent de tenir en suspicion une forme plutôt qu'une autre.

On lit dans les traités de médecine mentale que les syphilis bénignes aboutissent fréquemment à la méningo-encéphalite; cependant, ce caractère de la maladie causale n'occupe point, à notre avis, la place qu'il mérite. Le professeur Fournier a dit : « Une syphilis qui commence bien n'en est pas moins exposée à mal finir. » Il reconnaît que, parmi les faits déjà réunis, ce sont les syphilis moyennes ou bénignes qui fournissent le plus fort contingent aux accidents cérébraux. Broadbent a les mêmes conclusions et, à notre connaissance, Grémy (d'Alger) est le premier qui ait parlé de la « nature de la graine ».

Nous allons essayer de montrer que l'importance de cette notion est capitale, qu'elle éclipse la valeur de toutes les causes occcasionnelles et que, dans ces cas qui finissent tragiquement, il s'agit d'une forme de l'infection qui semble bénigne, alors qu'elle est seulement différente des autres formes; *elle a frappé d'emblée au bon endroit par neurotropisme microbien ou par fragilité du terrain.*

L'atteinte du système nerveux est précoce; on peut se rendre compte, dans ces conditions, du bon marché que l'on doit faire de toutes les causes dites occasionnelles.

Le traumatisme cérébral mérite seul une mention spéciale; il est relaté dans la plupart des cas où la maladie causale semble déroger à la règle de bénignité apparente.

L'étude de deux cas extrêmes a orienté nos recherches.

Il y a neuf ans, un de nos malheureux amis fait appel à nos connaissances d'étudiant pour diagnostiquer une ulcération; il s'agissait d'un chancre du frein. Les maîtres confirmèrent notre diagnostic et émirent des craintes sur la gravité possible de l'affection dont l'accident initial s'étendait outre mesure. Un traitement approprié fut suivi quelque temps. Les années suivantes s'écoulèrent heureusement, aucun accident cutané, muqueux ou viscéral, ne vint nécessiter une nouvelle cure. Trois ans après la contagion, un enfant naquit bien constitué, qui ne présenta aucun signe de syphilis héréditaire, on nota seulement par la suite un retard dans l'établissement de ses grandes fonctions nerveuses (marche et parole) et tout le monde se félicitait que l'infection paternelle eût été si bénigne à la fois pour le père, porteur cependant d'une néphrite chronique, pour son enfant et pour sa femme que des réactions de Wassermann récemment pratiquées montrèrent indemnes de contamination. Son médecin se félicitait également que ce grand fumeur n'eût aucune lésion spécifique de la bouche.

Il est mort, voici un an, de paralysie générale à marche rapide fatale en dix-huit mois.

L'autre cas est celui d'un commerçant parisien, âgé de cinquante-sept ans. Contaminé à vingt ans, il ne suivit aucun traitement rationnel, il ne prit du mercure que de temps en temps pour atténuer la rigueur de manifestations spécifiques cutanées, muqueuses et viscérales, dont il souffre d'une façon à peu près continue. Sa femme, contaminée, eut cinq fausses couches en six ans. Trois enfants vinrent au monde bien constitués; l'un d'eux n'est porteur d'aucune tare, sa naissance a coïncidé avec une période de traitement du père et de la mère; le second est atteint d'amaurose spécifique presque totale; le troisième, après avoir eu une première enfance précoce

et brillante exceptionnellement, vient de mourir il y a six mois, de méningo-encéphalite à onze ans, après trois ans de maladie.

Le père a été interné il y a quatre ans, pendant trois mois, pour accidents mentaux de l'alcoolisme; il boit moins maintenant, il exerce avec succès son métier difficile de commerçant à la tête d'affaires importantes et compliquées dans lequel il réalise de gros bénéfices.

Le contraste entre ces deux observations veut que l'on cherche à quelle cause rapporter l'issue fatale rapide dans un cas, la conservation des facultés mentales dans l'autre où l'absence de traitement, l'intoxication alcoolique, le surmenage intellectuel, la gravité de la maladie transmise aux descendants permettraient de s'alarmer. La première forme nous montre la bénignité apparente avec issue fatale; la seconde nous montre la gravité de l'affection compatible avec une longue existence qui est encore remarquablement active.

Nous avons demandé à l'étude de 49 cas de nous montrer quels peuvent être les signes que l'on retrouve d'une façon constante chez les syphilitiques, dont la maladie doit se terminer par une destruction des centres nerveux.

Pour dégager les caractères essentiels de la période de latence, comprise entre l'apparition du chancre et l'éclosion des symptômes physiques et mentaux de la paralysie générale, nous avons fait de nos malades un examen somatique destiné à relever les traces de syphilis muqueuses, cutanées, viscérales, un examen clinique et biochimique de leur descendance; nous avons pu, d'autre part, grâce à leurs conjoints ou à leurs ascendants reconstituer l'aspect de la maladie causale avant l'apparition de la maladie actuelle.

Sur un seul de ces 49 malades paralytiques généraux, hommes et femmes, nous avons trouvé réunies des cicatrices de gommes, de la leucoplasie buccale et une mutilation du maxillaire supérieur.

Nos souvenirs portent à 180 environ le nombre des paralytiques généraux que nous avons eu l'occasion d'observer dans les services de nos maîtres Chaslin, Séglas et Dupré; la proportion a été sensiblement la même. Les cicatrices pigmentées et étoilées de syphilides pigmentaires sont aussi rares.

La littérature médicale, si profuse il y a quelque vingt ans sur l'étiologie de la paralysie générale, ne nous laisse, outre son intérêt historique, que la conviction de la rareté des accidents syphilitiques chez les paralytiques généraux et des cliniciens avisés ont pu aller jusqu'à nier faute de preuves l'étiologie syphilitique de la paralysie générale. Berbez, dans sa thèse de 1892, n'admet pas le rôle étiologique de la syphilis; tout au moins pouvons-nous en retenir que l'infection causale avait été bénigne dans ses premières manifestations.

Parallèlement à cette première enquête, nous avons cherché à reconstituer par l'interrogatoire du conjoint ou des parents l'allure clinique de la période de latence comprise entre la date d'apparition du chancre et l'éclosion de la paralysie générale. Les résultats des deux enquêtes sont superposables.

Dans l'une, nous voyons que la maladie n'a pas laissé de traces cutanées et muqueuses, l'autre nous apprend que cette infection n'a nullement entravé la vie sociale et familiale de l'intéressé.

Des confrères plus âgés ont bien voulu nous adresser les observations de malades qu'ils ont suivis et soignés depuis quinze ou vingt ans.

Des cas relatés par le docteur Regnier, que nous tenons à remercier, nous montrent deux paralytiques généraux de sa clientèle qu'il suivait attentivement n'ayant jamais présenté d'accidents syphilitiques pendant la période de latence durant laquelle ils se soignaient régulièrement par précaution. De notre enquête personnelle il résulte que 10 de nos malades ont été contaminés alors qu'ils étaient mariés; leurs femmes déclarent que la maladie avait été très peu de chose, « un bouton sans suite », et que leurs maris au bout de quelques semaines reprirent leur vie conjugale.

Pour d'autres, la contamination eut lieu peu de temps avant le mariage, quelques-uns avaient demandé pour cela l'autorisation de médecins qui, particulièrement optimistes, la leur avaient accordée quelques mois après le chancre.

Dans 12 autres cas, la date de début de la syphilis était ignorée du conjoint aussi bien d'ailleurs que l'existence de la maladie elle-même. L'interrogatoire le plus minutieux n'a pu retrouver un accident syphilitique quelconque entre l'apparition du chancre et celle de la paralysie générale.

Chez 4 malades, la période de latence fut troublée par des signes d'infection nerveuse. Deux d'entre eux eurent à souffrir de céphalée tenace grave, deux ans et trois ans après le chancre; cette douleur avait tous les caractères de la céphalée syphilitique et elle céda rapidement au traitement après l'échec de nombreux essais de thérapeutique banale.

Passenaud (1), dans sa thèse, cite de nombreux cas analogues (obs. III et VI).

Dans un autre cas, un ptosis survint sans raisons apparentes trois ans après la contagion et dura quelques semaines, puis guérit spontanément. La paralysie générale se déclara dix ans plus tard.

Enfin, une éruption zostérienne scapulaire survint chez un malade actuellement décédé de paralysie générale, elle précéda de quatre ans l'apparition de tout signe somatique ou psychique de méningo-encéphalite. Des faits analogues ont été notés par d'autres auteurs et l'infection prévue des centres nerveux chez les futurs paralytiques généraux a été vue par Marie (2), qui a observé dans un cas un strabisme léger corrigible par l'effort, dû à de la parésie simple et qui précéda la maladie terminale de plusieurs années.

Duplan (3) vit dans un cas une éruption zostérienne faciale précéder de trois ans dans un cas, de

(1) PASSENAUD. *Paralysie générale et tabes précoce*, Th. de Paris, Jouve, 1910.
(2) MARIE. Th. de Paris, Jouve, 1890.
(3) DUPLAN. *Zona facial*, Th. de Paris, Jouve, 1898.

cinq ans dans un autre cas le début clinique de la méningo-encéphalite.

Des signes d'excitation psychique avec suractivité intellectuelle sont d'une observation courante tout à fait au début de la paralysie générale. Paran (1) a vu ces mêmes signes précéder de plusieurs années le début de la maladie.

La paralysie générale et le tabes par hérédo-syphilis peuvent fournir aussi ces petits signes nerveux précoces. Fournier (2) note, à trente-cinq ans, l'apparition d'un tabes chez un malade qui avait présenté à la naissance une chorio-rétinite et une atrophie grise des papilles optiques.

L'anatomie pathologique semble bien montrer de grandes différences d'âge entre les lésions cortico-méningées : certaines lésions de sclérose ancienne apparaissent à côté de foyers récents.

Ainsi la période de latence nous apparaît dans la majorité des cas comme tout à fait silencieuse ou, dans quelques cas, troublée par des symptômes d'infection nerveuse.

Dans trois cas nous avons noté une période intermédiaire d'allure tout à fait différente. Chez l'un des malades la syphilis avait été grave et active, meurtrière pour la descendance. Rien dans l'interrogatoire n'a pu nous montrer la cause de dérogation à la règle de bénignité apparente; pourtant, chez ce malade, on pouvait noter une suite ininterrompue d'accidents syphilitiques nerveux permettant de supposer qu'il s'agissait d'une de ces formes intermédiaires entre la syphilis cérébrale et la paralysie générale dont parlent Claude et Lévy-Valensi (3).

Dans les deux autres cas où la syphilis avait été tout aussi grave un violent traumatisme cérébral avait précédé l'apparition de la méningo-encéphalite.

C'est une loi de pathologie générale qu'un organe traumatisé soit la proie plus facile de l'infection et que les éléments microbiens contre lesquels il aurait pu se défendre en état de bonne résistance arrivent, avec l'aide du traumatisme local, à créer de redoutables lésions.

Les traumatismes qui précédèrent dans ces deux cas la paralysie générale furent respectivement une chute d'échafaudage debout de la hauteur du troisième étage et une chute à la renverse du haut d'une échelle de 4 mètres. L'intensité du choc traumatique, l'espace de temps qui s'écoula entre l'accident et l'éclosion de la paralysie générale répondent aux conditions énoncées par Thoinot et Ribierre, acceptées par Régis et Verger (4) pour admettre l'existence d'un rapport de cause à effet. Il s'agit bien d'une paralysie générale et non d'une démence de Koppen (5).

---

(1) Paran. Suractivité au début de la paralysie générale, *Soc. méd.-psych.*, 1887.

(2) Fournier. *Syphilis héréditaire de l'âge adulte*, obs. CLVIII, p, 260.

(3) Claude et Lévy-Valensi. Sur un cas d'amnésie à prédominance antérétrograde au cours d'une syphilis cérébro-spinale fruste, *Encéphale*, 10 mars 1911.

(4) Régis et Verger. *Paralysie générale traumatique*, Actualités méd., Baillière.

(5) Koppen. Les maladies du cerveau à la suite du traumatisme, *Arch. f. Pschy.*, 1900, XXXIII, 52.

Ces deux cas de paralysie générale survenant après une syphilis grave n'infirment pas à notre avis la loi de bénignité apparente, puisque nous avons trouvé un facteur étiologique indiscutable : le traumatisme cérébral. Cette exception ne fait que confirmer la règle.

L'absence de reliquats cicatriciels cutanés, muqueux et viscéraux, et l'étude de la période de latence nous ont montré déjà que la syphilis avait été bénigne. L'étude de la descendance des paralytiques généraux, hommes et femmes, nous fournira un troisième argument pour étayer cette notion de bénignité apparente dont doivent découler d'importantes déductions prophylactiques et pathogéniques.

Les opinions les plus diverses ont trouvé des défenseurs dans l'appréciation de la valeur de la descendance des paralytiques généraux. L'infection que nous avons vu avoir été bénigne en apparence pour le futur paralytique général lui-même sera-t-elle aussi bénigne pour sa descendance?

Plusieurs cas sont à envisager.

Lorsque l'enfant a été conçu dans la période active et contagieuse de la maladie son avenir est aussi sombre que celui des enfants de tout syphilitique, futur paralytique général ou non, mais il est démontré que la phrase de Matzenauer est exacte et qu'il n'y a point de syphilis de l'enfant sans syphilis de la mère. Or, nous avons vu que l'infection restait moins de temps contagieuse, que les plaques muqueuses et les syphilides étaient très rares chez les futurs paralytiques généraux, diminuant ainsi les chances de contamination. Leur descendance, de ce fait, est bien meilleure que celle des autres syphilitiques, la mère étant plus souvent saine. Ce n'est point à dire que, si la polyléthalité et la polyabortivité sont dans leur famille moins fortes que dans celle d'autres infectés, la valeur de la descendance ne soit pas amoindrie du fait de la tare paternelle. Non seulement le système nerveux, premier dérivé de l'ectoderme, a plus à souffrir, mais tous les autres systèmes sont aussi intéressés, plus ou moins lourdement atteints.

Parmi nos 49 observations (43 hommes et 6 femmes), 34 malades ont des enfants; 7 femmes mariées à des paralytiques généraux ont actuellement une réaction de Wassermann positive. Au début de leur mariage 4 d'entre celles-ci ont fait une fausse couche, 3 ont fait deux fausses couches. Quelques enfants sont nés de ces unions vérifiant les règles de la descendance des syphilitiques, meilleure à mesure que l'affection s'éteint. Les 2 femmes dont les maris firent de la paralysie générale consécutive à une syphilis grave et à un traumatisme perdirent l'une 3 enfants sur 4 de méningite (?) à trois mois, l'autre 4 enfants sur 4 prématurés et morts de convulsions.

Pour les 27 autres ménages, nous n'avons pas connaissance qu'il y ait eu de fausses couches ni d'enfants mort-nés.

Nous avons eu l'occasion d'examiner beaucoup de ces enfants venant rendre visite à leurs pères; quelques-uns sont intelligents et ont une très bonne scolarité; la réaction de Wassermann est négative chez eux. D'autres, encore que ne présentant aucun

signe clinique ou biochimique d'infection syphilitique active, sont atteints dans leur développement nerveux et général : chez les uns, nous avons trouvé de la débilité mentale et de la débilité motrice constituées ; d'autres nous ont offert à considérer tous les signes de retard évolutif : ils ont parlé tard, marché tard, mis tard leur première dent. Ils ont uriné longtemps au lit.

D'autres enfin, dans la toute première enfance, ont été étonnants par leur précocité, leur vivacité intellectuelle, qui, aujourd'hui, n'ont point tenu leurs promesses et semblent s'être arrêtés dans leur développement. Il y a, parmi ces enfants, des chétifs, des infantiles porteurs de hernies congénitales, de rétrécissements mitraux, etc.

Ainsi, la proportion d'hérédo-syphilis active est moindre que pour les autres syphilitiques, à précautions thérapeutiques égales, de la part des parents appartenant à la même classe ouvrière.

Seule l'hérédo-syphilis, démarquée pourrait-on dire, fournit un contingent important de chétifs, malingres et débiles.

Lucien Wahl (1) arrive à des conclusions analogues.

La syphilis qui donne naissance à la paralysie générale est donc habituellement une syphilis bénigne. Nous croyons avoir apporté des arguments pour mettre en valeur cette notion ordinairement acceptée. Ce fait est-il contingent ou capital, c'est-à-dire : la paralysie générale survient-elle accidentellement de préférence après les syphilis bénignes, conditionnée par l'une quelconque des causes dites occasionnelles, ou bien dépend-elle d'une colonisation précoce du parasite dans les centres nerveux et faut-il dire *syphilis spéciale* au lieu de *syphilis bénigne ?*

Les centres nerveux sont-ils incapables de résister à l'infection ; le microbe neurotrope a-t-il une affinité nerveuse à peu près exclusive et, respectueux des autres tissus, se fixe-t-il d'emblée sur l'axe cérébro-spinal ? Telles sont à notre avis les deux hypothèses qui paraissent devoir rendre compte de cette variété de l'infection.

Les affinités du microbe et de la cellule nerveuse sont démontrées par la colonisation microbienne précoce ; l'intégrité longtemps conservée de la vie psychique n'est pas un obstacle à admettre la dissémination discrète du parasite dans les centres nerveux. D'autre part, des arguments montrent bien que la fixation du microbe a été précoce. Les futurs paralytiques généraux se recrutent parmi les individus qui ont eu de la lymphocytose céphalo-rachidienne secondaire. La destruction des centres nerveux s'accomplit par étapes successives dans un laps de temps sensiblement le même (douze à quinze ans). Fournier (2) montre que ce temps est à peu près le même dans l'hérédo-syphilis qui fait éclore la paralysie générale dans l'enfance et dans l'adolescence. Les cas d'apparition précoce et d'apparition tardive sont exceptionnels (3). Dans la majorité des cas, il s'agit d'une évolution cyclique.

(1) Lucien Whal. Th. de Paris, 1898.

(2) Fournier. *Syphilis héréditaire de l'âge adulte*, p. 268.

(3) Passenaud. *Paralysie générale et tabes précoces*, Th. de Paris, Jouve, 1910.

Les accidents nerveux que nous avons signalés dans la période de latence, habituellement silencieuse, trouvent leur consécration dans les constatations anatomiques de Vincent, Tinel, Sézary.

L'alliance funeste est donc bientôt conclue ; que penser alors du rôle que l'on a voulu faire jouer aux causes occasionnelles autres que le traumatisme cérébral capable de créer, à lui seul, le syndrome paralysie générale ?

Trop de paralytiques généraux ont été sobres, un trop grand nombre d'entre eux ne s'est livré à aucun travail intellectuel pour que les statistiques permettent d'attribuer une part prépondérante à ces facteurs étiologiques très subjectifs d'ailleurs. La question se trouve donc résumée à l'appréciation respective de la *valeur du terrain* et de la *nature de la graine*.

Lorsqu'en pathologie nerveuse et mentale on aborde la question du terrain, il semble que la cause soit gagnée d'avance et une tendance peut-être exagérée donne à la constitution de l'individu une part un peu mystérieuse et considérable dans la genèse de tous les accidents et incidents mentaux.

Dans le cas présent, la notion du terrain a donné lieu à de légitimes discussions. Le professeur Gilbert Ballet a fait remarquer que ce n'est point davantage chez les névropathes syphilisés que se rencontre la paralysie générale.

Combien nombreux sont les névropathes infectés pour lesquels les médecins craignent l'issue fatale de la maladie et qui échappent à la méningo-encéphalite !

Nous soignons dans le service du professeur Gilbert Ballet un obsédé phobique, syphilitique depuis vingt et un ans. Il est le frère d'un malade interné pour paralysie générale, survenue quatorze ans après sa contamination. Le contraste entre les deux frères était frappant ; le malade interné était traité par sa femme et son frère de « père tranquille ». Il était, nous dit sa femme, le contraire d'un homme nerveux, régulier dans son travail et très sobre. Son frère, au contraire, depuis sa première enfance se plaint de troubles nerveux de toute nature ; les obsessions de ce malade durent depuis longtemps ; actuellement il est syphiliphobe depuis quatre ou cinq ans, date des premiers accidents de la maladie de son frère. Il ne présente aucun signe de localisation nerveuse de la syphilis, la ponction lombaire est négative ; quant à présent il semble tout à fait à l'abri de la paralysie générale.

De nombreux exemples analogues forcent à reconnaître que la prédisposition et le terrain ne se traduisent pas aux yeux des cliniciens par les signes habituels qui permettent de discerner les psychonévropathes.

On connaît des observations de paralysie générale survenant chez des imbéciles (1) ou frappant en brûlant les étapes des individus issus de souche lourdement tarée (2).

(1) Cullerre. *Ann. méd.-psy.*, 1899, p. 224.

(2) Passenaud. Loc. cit., p. 38.

Il nous semble cependant que, dans les cas où toute prédisposition nerveuse ne paraît pas décelable, il y a lieu d'envisager la question d'une autre façon et de ne pas demander à la clinique seule une réponse qu'elle ne semble pas vouloir donner.

« Le système nerveux constitue dans l'organisme un territoire très spécial en dehors des règles de l'immunité générale naturelle ou acquise, active ou passive (1). »

Roux et Borrel ont montré que le cerveau d'animaux immunisés contre certaines toxines reste sensible à leur action intracérébrale (2).

Ils prouvent que le rat, réfractaire à l'intoxication diphtérique par voie sous-cutanée est facilement intoxiqué par voie intracérébrale et que des lapins et des cobayes immunisés par une injection générale étaient intoxiqués par injection intracérébrale comme des animaux neufs. Vincent montra la même chose pour les cobayes contre la toxine typhique (3). Physalix (4) prouve que l'organisme de la couleuvre et des batraciens est protégé par une antitoxine circulant dans le sang; mais que leur mucus porté à travers la membrane occipito-alloïdienne les paralyse néanmoins à très faible dose.

A fortiori, lorsque pour telle ou telle raison l'immunité générale est faible, que les anticorps sont peu nombreux, l'immunité nerveuse, qui suit de si loin l'immunité générale, sera-t-elle plus faible encore.

Si telle est la manière d'être habituelle du système nerveux dans l'économie, il faut savoir par contre qu'il y a des moyens de défense spéciaux. Guillain, Laroche, Gougerot et Troisier montrent la véritable solubilisation du bacille de Koch dans la substance cérébrale : mais cela n'est pas sans danger pour le tissu qui opérera cette solubilisation, car il y a fixation immédiate des toxines et sensibilisation vis-à-vis de nouvelles décharges microbiennes.

D'autre part, et ceci est particulièrement à retenir, certains cerveaux sont très actifs, d'autres le sont peu pour ce travail de bactériolyse, ces propriétés ne sont point révélées par nos investigations cliniques, puisqu'elles ne sont point traduites par des signes neuropathiques.

Et en relisant le compte rendu des admirables expériences de Renaud, on comprend mieux comment la colonisation microbienne intracérébrale fixe et arrête pour un temps l'envahissement microbien, car les animaux auxquels il avait injecté de si fortes doses microbiennes ont fini par devenir tuberculeux ; mais ils ont fait une tuberculose discrète latente, nullement comparable à celle dont meurent les animaux témoins inoculés par voie intrapleurale et c'est ainsi que peuvent s'expliquer des observations analogues à celle que rapporte Fournier (5), où les parents contaminés et débilités sans présenter eux-mêmes aucune localisation nerveuse de leur infection donnent le jour à 3 enfants : l'un est tabétique à dix-sept ans, les 2 autres n'ont point de réflexes rotuliens.

S'il est des terrains spécialement marqués pour faire de l'infection nerveuse, il semble bien pour des raisons qu'il appartient aux bactériologistes d'établir qu'il est des variétés microbiennes spécialement neurotropes.

Les faits que nous avons groupés montrent à quel point, chez les futurs paralytiques généraux, les tissus autres que le système nerveux sont épargnés pendant la phase de latence.

On a signalé que des syphilis prises à la même source évoluaient respectivement chez chauun des conjoints vers le tabes ou la paralysie générale. Bonneau dans sa thèse (1) relève 35 cas d'hérédité similaire dans la paralysie générale. Dans le service du professeur Ballet nous avons pu observer les maris de 2 malades paralytiques générales ; l'un présente un tabes très fruste, abolition des réflexes rotuliens, semi-rigidité pupillaire ; l'autre est tout à fait au début de la paralysie générale : euphorie, idées absurdes de satisfaction, exaltation des réflexes tendineux. Fournier (2) a réuni un certain nombre d'observations analogues, observation de Souques (père paralytique, mère tabétique, 2 filles tabétiques, un fils mélancolique), observations de Babinski, Bertolotti, Bloch, Dydinski, Kuttner, et si ces cas ne sont pas plus fréquents cela tient vraisemblablement comme nous l'avons fait remarquer plus haut à ce que la syphilis qui fera de la paralysie générale reste peu de temps contagieuse.

Les partisans du rôle considérable joué par la civilisation dans l'éclosion de la paralysie générale tirent un argument de la rareté de la maladie cérébrale chez les Arabes et chez les Jaunes où la méningo-encéphalite croît au fur et à mesure que progresse la civilisation.

Nous ne croyons pas qu'il y ait relation directe de cause à effet entre ce progrès de la civilisation, le surmenage, l'intensité de vie urbaine, etc., et l'accroissement de la paralysie générale. Il faut, à notre avis, en chercher la cause dans la transmission d'un microbe de virulence différente. Ces mutations microbiennes suivant les latitudes ne sont pas un fait nouveau qui doive surprendre, il a été souvent noté dans la science et le vaccin de Vincent qui donne de si beaux résultats à Paris est inefficace au Maroc.

D'autre part, le professeur Régis dans une leçon faite à Sainte-Anne, le 13 mars 1914, note que chez les Orientaux la paralysie générale augmente comme on l'a dit avec la civilisation, mais c'est surtout chez les indigènes des ports, chez ceux qui ont pris la maladie à des sources non autochtones que la paralysie générale sévit.

Cette tendance au neurotropisme se traduit donc cliniquement par la bénignité apparente de la maladie causale, l'absence d'accidents graves muqueux

(1) Guy Laroche. *Fixation des poisons sur le système nerveux*, Th., Rousset, 1911, p. 200.
(2) Roux-Borrel. Tétanos cérébral. Immunité contre le tétanos, *Ann. Inst. Pasteur*, avril 1898, n° 4, p. 225-239.
(3) Vincent. *Soc. de biol.*, 24 oct. 1903.
(4) Physalix. *Journ. de physiol. et pathol. génér.*, 15 mai 1910, p. 340.
(5) Fournier. Loc. cit., p. 260.

(1) Bonneau. *L'Hérédité similaire dans la paralysie générale*, Th. de Paris, 1909.
(2) Fournier. Loc. cit.

et cutanés, l'absence relative de contagion, la meilleure descendance en dehors de tout traitement, puisque la maladie est souvent ignorée.

Audry et Lavau (1) ont rapporté un cas remarquable en faveur du neurotropisme. Ils ont constaté, à la période du chancre, une réaction de Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien avant que celle-ci n'ait apparu dans le sang.

Les constatations de tous les auteurs, Widal et Ravaut, Jeanselme et Chevalier, jointes à ses constatations personnelles permettent à Marcel Bloch de se demander si, étant donné l'exclusivisme des lésions, l'infection dès la période secondaire ne faisait un choix entre les localisations muqueuses cutanées, viscérales ou les localisations méningées sans pouvoir faire à la fois l'un et l'autre (2).

L'observation suivante d'un malade de la consultation du professeur Ballet est un gros argument en faveur des raisons qui déterminent l'infection à causer tel ou tel méfait; il semblait avoir toutes les raisons de faire de la paralysie générale. Il a été contaminé à vingt-deux ans, il est actuellement âgé de soixante-cinq ans. C'est un névropathe inquiet agité, ancien tiqueur, contrôleur de travaux de maçonnerie; quatorze ans après son infection il a fait une chute sur la tête d'une hauteur de 6 mètres: fracture du rocher à gauche, surdité gauche complète consécutive; six ans après, chute d'un échafaudage debout, fracture des deux chevilles, choc nerveux considérable. Et cependant, malgré la violence de ces traumatismes cérébraux, malgré ce terrain spécial de névropathe on ne trouve actuellement chez lui aucun signe de syphilis nerveuse et, renseigné des craintes qu'avaient eues les médecins pour lui, le malade ajoute: « J'ai cependant fait une syphilis remarquablement grave, pendant trois ans j'ai été atteint de syphilides en placard du périnée rebelles à tous traitements. » Ne pouvons-nous pas dire que ce qu'il considère comme un facteur de gravité est bien plutôt l'explication du non-neurotropisme de sa syphilis « occupée ailleurs »?

Le vieil adage médical, concluant à la bénignité des maladies « bien fleuries », semble ici encore devoir trouver son application et il faut ajouter que, si la syphilis elle-même n'a point su amener de réactions cutanées et viscérales, les malades, dans leur période de latence, n'ont eu à « bénéficier » d'aucune autre infection mettant en activité leurs moyens de défense organique dont le spirochète aurait eu à souffrir.

Pilcz [de Vienne] est formel sur ce point. Nos observations personnelles confirment ses dires, la vieille notion de l'érysipèle curateur trouve ici sa confirmation dans des expériences plus nouvelles. En attendant que la thérapeutique rationnelle de la syphilis soit trouvée par la sérothérapie il est facile de comprendre que des réactions empruntées puissent enrayer la marche d'une infection quelconque. Les vétérinaires, expérimentalement, avant la découverte du vaccin spécifique de la maladie des jeunes chiens employaient, en désespoir de cause, le vaccin de Jenner; ils obtenaient des résultats satisfaisants. Tout dernièrement Roux a communiqué à l'Académie des sciences (6 avril 1914) une note de Fortineau sur l'action curatrice de l'injection de 10 centimètres cubes d'une culture stérilisée de pyocyanique au voisinage de la pustule maligne.

Tels sont les arguments qui ont permis à Wagner d'établir son traitement de la paralysie générale, pour lequel il dit avoir quelques succès. Notre étude de la période de latence si caractéristique a pour but de montrer que, quel que soit le traitement auquel on jugera bon de s'adresser (Sicard, Bériel, Wagner, Swift et Ellis), il ne faut point attendre que le psycho et somato-diagnostic soit affirmé. Il faut agir tout de suite contre toute syphilis suspecte par son apparente bénignité; nous croyons avoir démontré que, dans la majorité des cas, *il ne s'agit point d'une syphilis bénigne mais d'une syphilis spéciale fixée.*

Un dernier point mérite que nous nous arrêtions quelques instants pour répondre à une question que tous les arguments que nous venons de réunir doivent fatalement poser. Puisque nous savons que la méningo-encéphalite n'est pas une maladie parasyphilitique, mais bien une maladie syphilitique, on peut se demander comment la fragilité cérébrale, d'une part, le neurotropisme microbien, d'autre part, ne réalisent pas plus fréquemment des atteintes de syphilis cérébrale dans la période de latence entre le chancre et la paralysie générale et comment s'explique la rareté des phénomènes d'infection nerveuse dont nous avons cependant rapporté quelques exemples dans cette période; phénomènes isolés et peu nombreux en regard du nombre de cas où la période intercalaire est absolument muette.

Le professeur Fournier dans ses magistrales leçons a décrit 6 formes de la syphilis du cerveau: céphalalgique, congestive, convulsive, aphatique, mentale et paralytique. Le professeur Ball (1) dit: « Nous pensons avec le professeur Fournier que la syphilis cérébrale peut simuler la plupart des signes de la paralysie générale et que les lésions anatomiques qui caractérisent cette maladie sont absolument différentes. »

En effet, la maladie qui donne la paralysie générale et la syphilis cérébrale ne semblent pas avoir le même génie.

Dans un cas, les annexes artérielles, méningées, de l'encéphale semblent être frappées plus directement. L'artérite cérébrale aiguë obéit au traitement, les méningites aiguës obéissent au traitement; il semble bien qu'il n'y ait là qu'un épisode banal au cours d'une septicémie, que la symptomatologie nerveuse n'emprunte son existence qu'aux lésions de voisinage. Nombreux sont les malades qui, ayant fait de la syphilis cérébrale aiguë ont été guéris et jamais ultérieurement n'ont fait de paralysie générale.

Cependant, les constatations cliniques ne sont jamais exclusives et, à côté de la forme habituelle de

(1) Audry et Lavau. *Ann. de dermatol. et de syphil.*, 1914, n° 1.

(2) Marcel Bloch. *L'Hôpital*, juin 1914, n° 7.

(1) Ball. *Leçons sur les maladies mentales*, 1880 à 1883, p. 764.

la syphilis sur laquelle nous avons insisté (absence d'accidents cutanés et muqueux, minimum de contamination, bonne descendance, mutisme de la phase de latence), il existe des paralysies générales survenant après des atteintes diffuses du cerveau et de ses annexes. Elles semblent être un aboutissant de poussées encéphaliques successives, leurs caractères évolutifs sont parfois différents; un temps plus long sépare le début de la maladie terminale de l'apparition du chancre; un temps plus court parfois. Insensiblement s'installent les symptômes de la méningo-encéphalite après une phase de méningite aiguë, d'artérite aiguë, après une gomme du cerveau.

C'est ainsi que, comme il arrive souvent dans l'enfance, les formes de paralysie générale ne sont point aussi nettes que celles des adultes ; le professeur Raymond, Chaslin, et nous-même avons rapporté des cas analogues. Laignel-Lavastine et Arnaud citent un cas de paralysie générale évoluant depuis trente ans. C'est à ces cas que s'appliquent les constatations de formes de passage de Claude et Lévy-Valensi, Guillain et Thanon.

Aboutissant de lésions encéphaliques de syphilis bénigne, d'une part, localisation d'emblée, précoce, silencieuse de syphilis spéciale, d'autre part, où la réaction de Wassermann peut être négative dans le sang, alors qu'elle est positive dans le liquide céphalo-rachidien, il nous semble qu'il y a là deux voies empruntées pour l'éclosion de la paralysie générale, l'une constante, l'autre exceptionnelle.

Nous résumerons les données de ce travail, en disant que par syphilis bénigne, aboutissant à la paralysie générale, il faut entendre syphilis spéciale dont les manifestations à peu près exclusives sont le chancre et la paralysie générale.

Cette forme clinique doit son allure spéciale au neurotropisme microbien et au terrain sur lequel la graine est tombée. Cette notion, en excluant la bénignité, permet d'agir précocement sur telle syphilis dont on jugera l'évolution suspecte, parce que la ponction lombaire est précocement positive, aucun viscère antérieurement lésé n'est le siège de complications infectieuses syphilitiques. On sera en droit d'instituer très tôt le traitement que l'on jugera opportun.

D'autre part, lorsque la syphilis grave se termine par la paralysie générale, ce n'est point la règle ; des facteurs occasionnels très importants sont intervenus (traumatisme cérébral) ou bien la paralysie générale est le terme ultime d'atteintes successives graves des artères cérébrales, des méninges.

Levaditi nous avait parlé des recherches qu'il entreprenait parallèlement aux nôtres. Nous lisons, en terminant ce travail, la communication qu'il vient de faire avec Marie (1) à l'Académie des sciences ; il pousse loin le parallèle des lésions données par le spirochète neurotrope et le virus de Truffi : affinité du virus de la paralysie générale pour les épidermes, affinité du virus de Truffi pour les artères des autres tissus. Nous sommes heureux de voir que les conclusions du laboratoire concordent aussi pleinement avec celles de la clinique un peu plus exigeante et capricieuse cependant.

(1) LEVADITI et MARIE. *Acad. des sciences*, séance du 2 juin 1914. V. *Gaz. des hôp.*, 1914, n° 66, p. 1080.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 16 JUIN 1914)

La loi Roussel. — M. GAUCHER répond à M. Guéniot. Il est partisan de l'application rigoureuse de la loi. Mais il faut pour cela prêter assistance aux mères pendant le temps où elles ne peuvent se placer comme nourrices. M. Gaucher propose que, pour couvrir cette dépense, on impose les célibataires et les familles ayant moins de trois enfants. Quant à la cessation de l'allaitement maternel après quatre mois, M. Gaucher adresse à M. Guéniot un argument *ad hominem* : consentiriez-vous, lui dit-il, à ce qu'un de vos petits enfants soit privé du lait de sa mère après quatre mois ? Et, rappelant une parole du catéchisme, il estime que vous ne devez pas faire à autrui ce que vous ne voudriez pas qu'on vous fît.

M. VIDAL (d'Hyères) fournit un certain nombre de documents qui prouvent les bons résultats, obtenus dans le département du Var, par une bonne application de la loi Roussel.

M. PINARD répond aux trois discours prononcés dans la dernière séance par MM. Guéniot, Bar et Hutinel. M. Guéniot, dit-il, nous a prêté une opinion qui n'est pas la nôtre. Il nous a accusés de vouloir la disparition des nourrices. C'est la disparition des nourrices mercenaires que nous voudrions puisque nous voulons, avant tout, l'allaitement maternel. Nous considérons les nourrices mercenaires qui abandonnent leur enfant pour en nourrir un autre comme des mères coupables. M. Pinard ne va pas jusqu'à considérer un enfant mis au biberon après quatre mois d'allaitement maternel comme étant en danger, mais, reprenant l'argument de M. Gaucher, il demande à M. Guéniot s'il consentirait à ce que ses petits enfants fussent privés du lait de leur mère après quatre mois. Il rappelle que, au moment où est venu le lait stérilisé, Budin lui-même avait cru qu'il pouvait, dans une certaine mesure, remplacer l'allaitement maternel. Il n'a pas tardé à revenir sur cette opinion. Au reste, M. Hutinel a répondu à M. Guéniot quand il a dit que l'allaitement artificiel a fait des progrès, qu'il est devenu moins dangereux, mais que, malgré tout, la mortalité des enfants élevés au biberon restait toujours plus élevée que celle des enfants nourris au sein.

M. GUÉNIOT demande à faire observer que toute l'argumentation de M. Pinard est vraie pour l'allaitement artificiel dès le début de la naissance, mais qu'il n'en est plus ainsi pour des enfants ayant eu le lait de leur mère pendant quatre mois.

M. PINARD n'admet pas que, même après quatre mois, on prive l'enfant du lait de sa mère et qu'on le prive en même temps de la protection maternelle. C'est pourquoi il reste fidèle à la loi telle que son auteur l'a formulée.

M. GUÉNIOT dit à M. Pinard que ses observations ne s'adressent qu'aux enfants des nourrices et qu'il oublie les autres.

M. PINARD répond à cela que l'article 8 de la loi, actuellement en discussion, ne concerne précisément que les enfants des nourrices sur lieu.

Répondant ensuite au discours de M. Bar, il regrette que, étant données sa haute compétence et son autorité, M. Bar ait parlé des défaillances de la loi Roussel et ait porté sur elle de terribles accusations. M. Bar a dit, en effet, que la loi Roussel n'a pas donné les résultats qu'on en attendait. Il a parlé de la mortalité encore élevée des enfants protégés ;

M. Pinard, qui continue à défendre énergiquement cette loi tutélaire, s'applique à démontrer que la mortalité des enfants protégés va, au contraire, toujours en diminuant. Partout où la loi a été appliquée comme elle doit l'être, les résultats ont été favorables. Il cite les statistiques fournies par Renault, Jonnart, Vidal et beaucoup d'autres. Il ne faut donc pas parler de la défaillance de la loi Roussel.

M. Pinard répond, enfin, à M. Hutinel. Il repousse l'accusation de provoquer des abandons par l'application de la loi. Les statistiques prouvent, au contraire, que le nombre des enfants abandonnés va chaque année diminuant. M. Pinard repousse également l'accusation d'avoir diminué la natalité dans certains pays qui fournissaient des nourrices. « En voulant protéger l'enfant vous l'empêchez de naître », a dit M. Hutinel. M. Pinard, s'appuyant sur des constatations de M. Monod, de M. le maire de Montceau, prouve que la natalité, dans ce pays, est restée la même qu'il y a vingt ans. Reproduisant certaines parties du discours de M. Hutinel, M. Pinard est heureux de constater qu'ils sont d'accord sur des points essentiels. M. Hutinel, en effet, n'a-t-il pas dit comme M. Pinard : « L'enfant a droit au lait de sa mère; la mère doit allaiter son enfant le plus longtemps possible. »

Cherchant à tirer la morale de ce débat, M. Pinard rappelle les différentes phases par lesquelles est passé l'examen de la loi Roussel à l'Académie. Après le rapport de M. Lagneau en 1885, une commission a été nommée qui a été atteinte de la maladie du sommeil pendant vingt-deux ans et qui a été fort heureusement réveillée par M. Guéniot. Depuis ce réveil, ajoute M. Pinard, nos adversaires tendent de plus en plus à se rapprocher de nous et nous avons le ferme espoir de les voir soutenir avec nous l'application rigoureuse de la loi Roussel.

La mortalité des médecins militaires au Maroc. — M. R. Blanchard, en présentant un travail de M. Aubert, constate la mortalité relativement élevée de nos confrères de l'armée dans la campagne du Maroc. Il croit être l'interprète de l'Académie en rendant hommage à ces nobles victimes du devoir professionnel. (Applaudissements.)

M. Vaillard, au nom de ses camarades de l'armée, remercie M. Blanchard et l'Académie.

Accidents du travail. — M. Schwartz fait un rapport sur un important travail de M. Imbert (de Marseille), relatif à certaines conséquences de la loi sur les accidents du travail. Il insiste sur les difficultés, dans certains cas, du pronostic social à porter et sur la nécessité qu'il y aurait parfois à joindre l'expérience d'un médecin technique à celle du médecin traitant.

M. Reclus fait ressortir toutes les difficultés qui résulteraient, dans la pratique, de l'adjonction de ce médecin technique, à cause des retards qui en résulteraient dans le secours à porter à l'accidenté.

Sténose pylorique à forme gastralgique. — M. Henriquez lit une note sur ce sujet.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 13 JUIN 1914)

Réaction acide du pus des pleurésies à pneumocoques. Présence de l'acide formique. — MM. Netter et Bougault, à maintes reprises, depuis 1886, ont insisté sur la bénignité relative de déterminations extrapulmonaires du pneumocoque et rapproché cette bénignité de la courte durée habituelle de la pneumonie anssi bien que de la mort rapide du pneumocoque dans les cultures.

Parmi les facteurs qui peuvent hâter la mort du pneumocoque, ils ont signalé la réaction acide des milieux de culture, acidité que Patella a retrouvée dans le bloc pneumonique. Cette acidité est due à la production d'acide formique (Würtz et Mosny).

Les auteurs ont recherché systématiquement l'acidité du pus de toutes les pleurésies à pneumocoques qu'ils ont observées depuis janvier dernier. Ils ont ainsi constaté la présence d'acide formique et l'absence d'acide acétique dans tous les cas. L'acidité, titrée à la phénolphtaléine, a donné, pour 12 échantillons, des chiffres variant de 0,276 à 4,890 rapportés à l'acide formique par litre.

Chondriome des plasmazellen. — MM. Dubreuil et Faivre. Le chondriome des plasmazellen, chez l'homme, est plus ou moins développé suivant la taille des cellules. Petites, elles possèdent un chondriome analogue à celui des lymphocytes et réduit à quelques grains juxtanucléaires. Moyennes, elles renferment un chondriome bien développé, mais inégalement réparti dans le protoplasme. De forte taille, elles contiennent des grains très volumineux.

Nouvelle espèce de paraméningocoque. — MM. Darré et J. Dumas décrivent une nouvelle variété de paraméningocoque, qui se rapproche du méningocoque par ce fait qu'il est agglutiné par le sérum antiméningococcique et du paraméningocoque par ses réactions agglutinantes et bactériolytiques. Pour différencier ces diverses espèces, il est indispensable de recourir à la saturation des agglutinines.

Action du curare sur l'appareil terminal nerveux des muscles striés. — M. Mislawski. Les expériences, faites en enregistrant les courants d'actions biphasées, dérivés des muscles gastrocnémiens de chat et de grenouille, avec un galvanomètre à corde, m'ont démontré que la durée de l'excitation de la plaque terminale est considérablement augmentée par le curare, avant que la paralysie soit complète.

Contribution à l'étude des muscles bronchiques. — M. Saloz. On sait que les muscles bronchiques sont pourvus de fibres broncho-constrictives, dépendant du vague, et de fibres broncho-dilatatrices dépendant du sympathique. Les auteurs ont étudié l'action broncho-dilatatrice chez le chat et chez le chien en employant la méthode de l'oncomètre. Ils ont vu ainsi : 1° qu'il n'y a pas entrecroisement des fibres dans les nerfs vago-sympathiques; 2° que la pilocarpine, l'ergot de seigle, l'utéramine produisent une augmentation de tonus bronchique; 3° que l'atropine, au contraire, produit une dilatation passive et permanente.

La systole sinusale chez la vipère. — MM. Billard, A. Mougeot et E. Merle. La systole sinusale chez la vipère et la couleuvre se présente sous forme d'une contraction coordonnée, massive et rythmique des veines caves, très facile à observer de visu, et (pensent les auteurs) non encore signalée. Elle précède la systole auriculaire d'environ un quart de seconde, temps qui marque la durée de conduction sino-auriculaire. Cette dernière est donc facile à étudier sur ces animaux et les auteurs ont provoqué du block sino-auriculaire par application in situ de macération de tabac.

Les parois des veines caves à ce niveau sont constituées par des fibres striées du type myocardique.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'APEPSIE

Chez les apeptiques, le képhir rend les plus grands services en excitant d'une façon très active la sécrétion gastrique.

On donne un verre de « Képhir Salières », toutes les deux heures, dans les embarras gastriques longs à guérir et chez les cancéreux devenus très anorexiques.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de cystoscopie et d'urétroscopie (1), par Georges Luys.

On ne peut qu'éprouver de la sympathie pour la persévérance méthodique avec laquelle Luys publie ses importantes monographies. Après la *Séparation de l'urine des deux reins*, après l'*Exploration de l'appareil urinaire*, après ce précieux *Traité de la blennorragie et de ses complications* que j'ai eu le plaisir d'analyser ici même, voici un *Traité de cystoscopie et d'urétroscopie*.

Quelque opinion que l'on ait sur l'urétroscopie et les services que l'on peut en tirer, on ne saurait contester que l'instrument de Luys ne soit à l'heure actuelle le meilleur moyen d'exploration visuelle de l'urètre et que ses publications répétées n'aient attiré tout spécialement sur ce point l'attention des spécialistes. Le nouveau livre de Luys, étant un *Traité*, n'a pas la prétention de nous fournir des données originales; le lecteur trouvera cependant un intérêt tout particulier à la lecture du chapitre consacré au cathétérisme des canaux éjaculateurs; à le lire et à voir les belles figures qui accompagnent sa description, il semble que cette exploration soit particulièrement facile; elle n'est pas difficile ordinairement, dit Luys qui l'a pratiquée chez soixante malades. Il est permis aussi de se demander si l'épididymite n'est pas un accident fréquent de ce cathétérisme si spécial. Il note du reste en passant que la sonde, poussée dans les canaux éjaculateurs, pénètre dans la vésicule séminale et non point dans le déférent.

L'étude de la cystoscopie et du cathétérisme uretéral est soigneusement faite. Ici encore Luys a largement contribué, par son instrumentation et par son exemple, à faire connaître la cystoscopie à vision directe qui, si elle est bien loin d'avoir fait oublier la méthode à prisme, a fourni cependant nombre de résultats intéressants. Son étude du cathétérisme de l'uretère renferme des indications précieuses. Il insiste d'une façon spéciale sur les difficultés, les accidents et les erreurs de la méthode. « Même quand l'oiseau marche, on sent qu'il a des ailes », a dit le poète; même quand Luys parle cystoscopie, on sent qu'il a inventé le séparateur des urines. Il voudra bien me pardonner cette légère critique; la valeur de son beau livre n'en est pas diminuée. LÉON IMBERT.

La Radiumthérapie en médecine infantile (2), par Velasco Pajares.

Dans une communication faite au premier Congrès espagnol de pédiatrie, tenu à Mayorque en avril dernier, le docteur Velasco Pajares, professeur de dermatologie et de syphiligraphie à l'hôpital de l'Enfant-Jésus de Madrid, a insisté sur l'importance de l'emploi du radium ou des substances radio-actives en médecine infantile et la nécessité qu'il y aurait à doter les grands hôpitaux espagnols d'enfants de ce puissant moyen d'action.

Le docteur Velasco Pajares demande avec raison que dans les observations publiées sur ce sujet l'exposition de la méthode suivie soit faite de façon très détaillée. Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi à l'heure actuelle, ce qui fait que les observations perdent une partie de leur valeur et prêtent à confusion vu les résultats différents obtenus par divers cliniciens.

Aussi l'auteur propose-t-il que chaque histoire clinique soit accompagnée des détails suivants :

1° Poids et degré de pureté du sel employé;
2° Superficie radiante de l'appareil;
3° Grosseur et nature des filtres;
4° Ecrans protecteurs;
5° Nombre et durée des séances.

Le docteur Velasco Pajares donne ensuite lui-même l'exemple en publiant plusieurs observations intéressantes avec tous les détails nécessaires.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) In-8 de 450 pages. — Paris, O. Doin.
(2) Madrid, imprimerie Hernando.

Traitement hydrominéral des dyspepsies (1), par le docteur Chabannes, médecin consultant à Vals.

Dans des publications antérieures, l'auteur a déjà appelé l'attention des médecins sur les heureux effets des eaux de Vals. Ce nouvel opuscule est destiné aux différentes formes de dyspepsies, nervo-motrice, hyper et hyposthénique, ainsi qu'aux gastrites chroniques, à la dilatation de l'estomac, à la gastroptose et à la dyspepsie des anémiques. Le docteur Chabannes, s'appuyant sur les documents fournis par une longue expérience, y montre comment toutes ces formes sont justiciables du traitement hydrominéral par les eaux de Vals, à condition de savoir s'en servir, car ces eaux, bicarbonatées sodiques froides, ont une teneur en bicarbonates alcalins qui varie de 1 à 9 grammes par litre et il importe de pouvoir choisir sciemment, entre les diverses sources, celle qui convient à chaque cas déterminé. A. GAULLIEUR L'HARDY.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'ASTHME CARDIAQUE ET LA DYSPNÉE

(Liés aux cardiopathies organiques.) — Un ou deux granules à 1/4 de milligramme de digitaline Nativelle ou XII à XXV gouttes de la solution au millième, pendant 2 à 3 jours, ou plutôt, à très faibles doses de 1/10 de milligramme, 10 jours de suite. Associer la digitaline à la théobromine.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 22 AU 27 JUIN 1914

THÈSES

Jeudi 25 juin, à une heure. — M. Rolland. Etude sur le phénomène de Koch et la réinfection tuberculeuse. (MM. Debove, président; Chantemesse, Achard et Rathery.) — M. Murga. Suzette Labrousse. Etude d'un cas de psychose systématisée progressive pendant la Révolution française. (MM. Chantemesse, président; Debove, Achard et Rathery.) — M. Pernet. Contribution à l'étude du tabes féminin. Etude comparée du tabes à Bicêtre et à la Salpêtrière. (MM. Achard, président; Debove, Chantemesse et Rathery.) — M. Philippon. La diarrhée des féculents. (MM. Hutinel, président; Chauffard, Castaigne et Nobécourt.) — M. Blindmann. Contribution à l'étude de différentes formes de fimatose symétrique. (MM. Chauffard, président; Hutinel, Castaigne et Nobécourt.) — M. Fleurot. Relations entre le diabète et l'hypophyse. (MM. Gilbert, président; Lejars, Anselme Schwartz et Lereboullet.) — M. Casabianca. Le paludisme en Corse. Essai d'étude médico-sociale). (MM. Gilbert, président; Lejars, Anselme Schwartz et Lereboullet.) — M. Madrange. La synostose radio-cubitale congénitale. (MM. Lejars, président; Gilbert, Anselme Schwartz et Lereboullet.)

(1) Valence, imprimerie J. Céas.

NOTES POUR L'INTERNAT

DILATATION DES BRONCHES

DÉFINITION. — La dilatation des bronches a été décrite pour la première fois par Laënnec (1818); à l'histoire de cette affection se rattachent les noms d'Andral et Cruveilhier pour l'anatomie pathologique, de Barth et Gombault pour la pathogénie. Hutinel (1905) a montré la fréquence de la bronchectasie chez l'enfant; Grancher, Tripier, Bériel, Claisse, Thiroloix ont tour à tour précisé les conditions de réalisation de cette curieuse affection.

Contrairement à l'opinion classique, la dilatation des bronches est assez commune chez l'enfant, elle s'observe à tous les âges de l'enfance : il peut s'agir de dilatations *bronchiques congénitales* incompatibles avec la vie, ou de petites dilatations kystiques en rapport avec la syphilis héréditaire; il est également fréquent d'observer chez l'enfant des *dilatations acquises*, dont nous étudierons plus loin la pathogénie; chez l'adulte, sans être très fréquente, la dilatation des bronches s'observe néanmoins assez souvent.

ÉTIOLOGIE. — *a.* **Enfants.** — *Les dilatations bronchiques congénitales* sont presque toujours en rapport avec la syphilis héréditaire (Balzer et Grandhomme), qu'il s'agisse de curiosités anatomiques incompatibles avec la vie ou de petites cavités kystiques pulmonaires très caractéristiques, trouvées à l'autopsie des nourrissons syphilitiques. Les dilatations bronchiques acquises de l'enfant peuvent être consécutives à la présence de corps étrangers dans les voies aériennes (Claisse, Comby); mais la cause de beaucoup la plus fréquente est la broncho-pneumonie, spécialement la broncho-pneumonie subaiguë à lente évolution, survenant au cours de la rougeole, de la typhoïde, de la scarlatine, de la coqueluche, etc.; marche subaiguë des altérations broncho-pulmonaires, persistance du catarrhe, toux quinteuse, voilà les éléments qui, dans la plupart des cas, se retrouvent à l'origine des bronchectasies : il faut ajouter que les dilatations bronchiques acquises de l'enfant s'observent avec une plus grande fréquence chez les hérédo-syphilitiques, ainsi que l'ont bien établi les recherches de Hutinel, Bériel, Milhit; la syphilis peut réaliser pour son propre compte chez l'enfant, comme d'ailleurs chez l'adulte, des dilatations bronchiques du type le plus banal, mais elle agit surtout en préparant le terrain, en facilitant les altérations du squelette bronchique sous l'influence de causes banales qui, sans elle, eussent été impuissantes à les réaliser. La syphilis peut aussi s'associer à la tuberculose pour créer des dilatations bronchiques; la tuberculose se rencontre en effet à l'origine des bronchectasies de l'enfant, mais le fait est moins constant que chez l'adulte, ce qui s'explique facilement si l'on se rappelle que chez l'enfant la tuberculose fibreuse est exceptionnelle et que l'on observe plus volontiers chez lui la granulie ou la tuberculose caséeuse infiltrée qui ne s'accompagnent pas de dilatations bronchiques.

b. **Adultes et vieillards.** — La dilatation des bronches apparaît en général au cours de la bronchite chronique simple ou à la suite d'une maladie infectieuse à détermination broncho-pulmonaire. Grancher a insisté le premier sur les rapports de cette affection avec *la tuberculose :* la dilatation bronchique peut apparaître au cours d'une phtisie fibreuse, ou comme séquelle d'une tuberculose éteinte; dans d'autres cas la tuberculose se greffe secondairement sur une paroi bronchique dilatée : ainsi pour Grancher presque toutes les dilatations bronchiques de l'adulte et du vieillard seraient tuberculeuses, associées le plus souvent à la phtisie fibreuse. Tripier et Bériel revendiquent pour la syphilis une place importante dans la pathogénie des dilatations bronchiques de l'adulte. Pour ces auteurs les bronchectasies à caractères angiomateux, kystiques ou caverneux, qui forment d'ailleurs la majorité des cas de l'adulte seraient de nature syphilitique; ajoutons que, chez l'adulte comme chez l'enfant, il faut envisager les *hybrides syphilis et tuberculose* (Sergent), l'association de ces deux infections chroniques aboutissant le plus souvent à la sclérose pulmonaire qui favorise l'apparition des dilatations des bronches. Signalons encore le rôle joué par les oospora pulmonalis (Garnier), et par certains parasites, en particulier un distome observé en Orient (Nattan-Larrier).

PATHOGÉNIE. — La conception classique de la pathogénie des bronchectasies peut se résumer brièvement ainsi : grâce aux attaques répétées et tenaces de l'infection bronchique descendante, il se produit d'abord une lésion bronchique destructive; puis sous l'influence de la pression de l'air pendant l'expiration et les efforts de toux, la bronche sans résistance cède et se laisse dilater; si dans la majorité des cas les phénomènes paraissent bien se succéder ainsi, il s'en faut néanmoins que cette pathogénie convienne à tous les cas : les *dilatations bronchiques congénitales* sont causées par une perturbation dans le développement des différents éléments du poumon : il en résulte parfois de véritables tumeurs à type d'adéno-sarcome ou de chondro-adéno-lipome; les dilatations kystiques observées chez les nourrissons relèvent de l'hérédo-syphilis ainsi que l'atteste la présence de nombreux tréponèmes au niveau des cavités ampullaires et du parenchyme scléreux qui les entoure (Levaditi).

Claisse a précisé le mécanisme des dilatations succédant à des corps étrangers des voies aériennes : en arrière de l'obstacle les mucosités bronchiques s'accumulent et, cette stase favorisant l'infection des parois bronchiques, il en résulte une suppuration chronique des bronches qui en diminue la résistance, détruit le squelette fibro-élastique, ce qui va permettre facilement plus tard la dilatation des bronches ainsi altérées. On a signalé chez l'enfant les corps étrangers les plus variés (noyaux de cerise, pierre, bouton, etc.); la compression bronchique exercée par un ganglion peut parfois aussi provoquer la dilatation bronchique.

Certains auteurs ont également invoqué une origine *extrabronchique* à bronchectasie; les parois des bronches attirées en différents sens par des cordages fibreux d'origine pulmonaire ou pleurale finiraient par se laisser distendre : la *sclérose pulmonaire* (Corrigan), la *sclérose pleurale* (Barth), seraient ainsi parfois la cause des ectasies bronchiques. Stokes admet que la phlegmasie bronchique paralyse les muscles de Reissessen, d'où la dilatation bronchique consécutive; pour Troyanowski la fibre musculaire n'est pas paralysée, mais atrophiée. On admet en général avec Marfan, Hanot et Gilbert la filiation suivante des accidents : infection chronique de la bronche qui dissocie l'armature élastique, le squelette de la bronche, puis distension à ce niveau par l'air expiré, spécialement sous l'influence de la toux.

En raison de la rareté de la dilatation bronchique contrastant au contraire avec la fréquence des bronchites chroniques, Thiroloix pense qu'il ne suffit pas, pour qu'une dilatation bronchique se réalise, du processus de suppuration intrabronchique qui est seul envisagé par les auteurs classiques : de recherches expérimentales poursuivies par cet auteur, il résulte la nécessité de faire intervenir un autre processus d'inflammation chronique, à savoir une PÉRIBRONCHITE CHRONIQUE EMBRYONNAIRE déterminant à la fois la *destruction* du squelette cartilagineux et membraneux de la bronche et une *hypergénèse épithéliale* caractéristique qui progresse au fur et à mesure que le tissu fibro-élastique est détruit et qui fait disparaître ainsi peu à peu les derniers éléments du parenchyme pulmonaire interposé entre les kystes : il ne s'agit donc plus d'*infection bronchique descendante*, mais de *péribronchite*, succédant à une *infection d'origine sanguine*, l'apport microbien par voie sanguine se faisant dans la zone conjonctivo-vasculaire péribronchique. Cette infection péribronchique ne peut être provoquée que par des agents parasitaires capables de créer des inflammations chroniques, ce qui expliquerait la rareté de la dilatation bronchique : parmi ces agents parasitaires, citons les tréponèmes, le bacille de Koch, l'hématozoaire, les oospores (Garnier et Bory), certaines variétés de staphylocoques blancs. En résumé, quelle que soit d'ailleurs la pathogénie invoquée, on voit l'importance capitale de la syphilis et de la tuberculose à l'origine de cette affection.

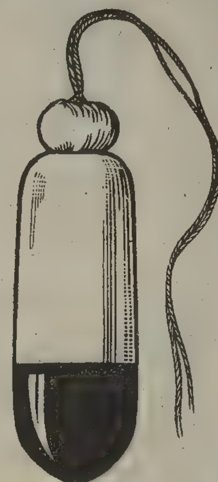
Il faut également invoquer sans doute l'existence d'une débilité bronchique très spéciale, bien décrite par Florand, François et Flurin consistant en l'existence d'un syndrome qui se caractérise par l'hyperesthésie de la muqueuse, l'instabilité circulatoire et l'hypersensibilité aux sécrétions provoquées.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.






MUSCULOSINE
BYLA
PRÉPARÉE
ET CONCENTRÉE
A FROID

N° 70. — SAMEDI 20 JUIN 1914. 87e ANNÉE. SAMEDI 20 JUIN 1914. — N° 70.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 10 francs par an,
Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 30 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Ces abonnements étant en nombre limité, toutes les demandes doivent nous parvenir : pour la première série avant le 20 juin, et pour la deuxième série avant le 15 juillet.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve orale.* — Séance du 18 juin. — Question donnée : « Diabète bronzé. »

MM. Harvier et Weill (M.-Pierre), 19; Tinel, 17; Beaufumé, 18; Paillard, 19.

Sont déclarés admissibles :

MM. Harvier, 62 points; Tixier, 61; Debré, 60; Ramond et Chabrol, 59; Faure-Beaulieu, Darré, Ameuille, Baudoin, Foix et Paillard, 58; Armand-Delille et Halbron, 57; Monier-Vinard, Weill (M.-Pierre) et Lévy-Valensi, 56; Renaud et Bénard (René), 55; Lévy (Fernand), Beaufumé et Tinel, 54.

Candidats ayant obtenu antérieurement deux admissibilités :

MM. Camus, Balthazard et Léri.

Prochaine séance, samedi 20 juin, à seize heures trente, à l'Hôtel-Dieu.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — TOULOUSE. — M. Martin, pharmacien de première classe, préparateur de matière médicale, est nommé chef des travaux de micrographie (emploi nouvellement créé).

GUERRE. — M. le médecin-major de première classe Teissier, médecin chef des salles militaires de l'hospice de Saint-Germain-en-Laye, est détaché au cabinet du ministre.

M. le médecin-major de première classe Bonnette, du 39e d'artillerie, est nommé médecin chef des salles militaires de l'hospice de Saint-Germain-en-Laye.

CONGRÈS NATIONAL DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE. — Ce Congrès se tiendra à Lyon du 27 au 29 juillet prochain.

Les rapports suivants seront présentés au Congrès :

1° Organisation de l'enseignement supérieur de l'éducation physique en France; recrutement et formation des professeurs (expérience de Janson de Sailly) : M. Henri Dausset (de Paris);

2° Organisation de l'éducation physique obligatoire dans l'enseignement primaire : M. Dufestel (de Paris); M. P. Vigne (de Lyon);

3° Examen critique des diverses méthodes de gymnastique : M. Wetterwald (de Paris);

4° L'éducation physique dans les Sociétés postscolaires et ses rapports avec la préparation militaire : MM. Gélibert et Douzans (de Lyon);

5° Critères de l'entraînement : M. Francis Heckel (de Paris);

6° Éducation physique chez la femme : Mlle Varlet, directrice de l'Ecole normale d'institutrices du département du Rhône; M. le professeur agrégé Piéry (de Lyon);

7° Pratique rationnelle et résultats utiles des grands sports : alpinisme, M. le professeur agrégé Siraud (de Lyon; automobilisme, M. le professeur agrégé Tavernier (de Lyon), M. Carle (de Lyon); sports nautiques, MM. Jambon, Coste-Labaume et Puy (de Lyon); lutte, poids et haltères, M. Maspoli (de Lyon); escrime, M. Trombert;

8° La culture physique comme moyen de lutte contre l'alcoolisme et la tuberculose : MM. Guyot et Rochaix (de Lyon);

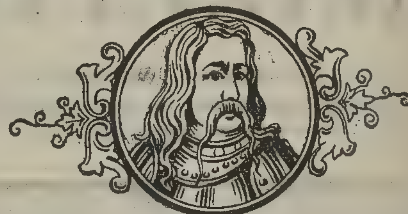
9° Gymnastique respiratoire chez l'enfant : M. Arthur Rivière (de Lyon);

10° Contre-indications à la culture physique et aux sports : MM. Bidon (de Lyon) et Michot (de Saint-Etienne);

11° Rapports de l'éducation physique avec l'éducation intellectuelle et morale : M. Julien Ray.

Conférences et présentations. — « La gymnastique naturelle ». Conférence par M. le lieutenant de vaisseau Hébert, avec projections cinématographiques et présentation d'un groupe de jeunes filles entraînées par cette méthode.

« L'avenir de l'éducation physique en France ». Conférence par M. Rozet, secrétaire des cours et conférences à la Ligue nationale des collèges d'athlètes et des stades municipaux, avec projections fixes et cinématographiques. (Cette



conférence aura lieu dans une des salles des fêtes de la ville. L'entrée est gratuite pour les membres du Congrès.)

La cinématographie dans les sports. — Méthode nouvelle de M. Nogués, de l'Institut Marey. — Présentation de films cinématographiques, par M. Henri Dausset.

« Les principaux types morphologiques et leur adaptation aux différentes armes ». Conférence de M. Thooris, avec présentation de sujets par M. Douzans.

Présentation de Sociétés féminines de culture physique, par Mme Ludin. — Causerie par M. A. Rivière.

Démonstration des différentes méthodes de nage, avec le concours des Ondines lyonnaises et du Cercle des nageurs de Lyon. — Causerie de M. Bidon.

Pelotons scolaires de robusticité (expériences du bureau d'hygiène de Lyon et d'un groupe scolaire municipal). — Présentation par MM. Clause et Minet. Causeries de MM. Vigne et Bidon.

Présentation de boys-scouts, par M. Mossas, président de la section lyonnaise.

Le dimanche 2 août, visite à l'Ecole municipale de plein air, du Vernay, accompagnée par M. P. Vigne, médecin de l'Ecole.

Le Comité d'organisation étudie une série d'excursions collectives à prix réduits, notamment : excursions dans le Vercors, à la Grande-Chartreuse, descente du Rhône en bateau, etc. Des renseignements détaillés seront fournis ultérieurement à ce sujet.

Adresser toutes les demandes de renseignements et la correspondance à M. Paul Vigne, secrétaire général pour Lyon.

CHRONIQUE

LA MÉTHODE DE MILNE. TRAITEMENT ET PROPHYLAXIE DE LA SCARLATINE ET DE LA ROUGEOLE SANS ISOLEMENT.

Je crois avoir été le premier à signaler en France la méthode que le docteur Robert Milne, médecin des « Dr Barnado's Homes », près d'Aberdeen, emploie depuis plus de trente ans pour la guérison et la prophylaxie de la scarlatine et de la rougeole. J'ai, en effet, exposé en détails cette méthode dans la *Gazette des hôpitaux* du 24 juin 1911, et le titre du présent article n'est que la répétition de celui que j'écrivis alors. Il fut d'ailleurs reproduit dans de nombreux journaux, mais, malgré cela, je ne sache pas que la méthode ait fait beaucoup d'adeptes dans notre pays.

Je reproduis sommairement, pour mémoire, les principes posés par Milne et décrits par lui dans le *Lancet* du 22 avril 1911.

Dès que le diagnostic de scarlatine est posé ou soupçonné, car c'est à la scarlatine que le procédé a tout d'abord été appliqué, le malade est doucement frictionné, du sommet de la tête à la plante des pieds, avec de l'huile d'eucalyptus, Cette friction est répétée matin et soir pendant quatre jours, puis, à partir du cinquième jour jusqu'au dixième, la friction n'est plus pratiquée qu'une fois par jour.

En même temps on badigeonne les amygdales et le pharynx, en allant aussi haut et aussi bas que possible, avec un tampon d'ouate, monté sur pince de préférence, et imbibé complètement d'huile phéniquée au dixième. Ces badigeonnages sont répétés toutes les deux heures pendant le premier nycthémère, et beaucoup plus rarement par la suite. Le tampon doit avoir, pour chaque enfant, les dimensions de la dernière phalange de son pouce.

Quand il s'agit de rougeole, il est bon de prendre quelques mesures complémentaires. C'est ainsi que, dès l'apparition de l'exanthème, et si possible dès que se manifeste le coryza ou que sont visibles les taches de Köplik, on procède au traitement ci-dessus décrit; mais en outre, l'enfant étant couché, on place au-dessus de sa tête et de sa poitrine une large armature recouverte d'une lame de gaze sur laquelle on pulvérise de temps en temps de l'essence d'eucalyptus. On arrête et on détruit ainsi les germes pathogènes que la toux pourrait projeter à une grande distance.

Les avantages de ce traitement seraient d'éviter les infections secondaires et surtout d'éviter toute précaution d'isolement et de désinfection, les malades pouvant frayer et cohabiter en toute sécurité avec des individus sains et promener leur desquamation dans le monde, s'il s'agit de scarlatine.

Ce qui me fait revenir sur cette question, c'est que Mme Nageotte-Wilbouchewitch lui consacre à son tour un intéressant travail dans la *Presse médicale* (13 juin 1914). Elle y expose la méthode, et passe en revue les principaux faits exposés par M. Robert Milne à l'appui de ses assertions. Ces faits sont vraiment impressionnants, et, la place me faisant défaut pour les citer à nouveau, je me permets de renvoyer le lecteur à mon article de 1911 et à celui tout récent de Mme Nageotte-Wilbouchewitch. J'ai vu avec plaisir dans ce dernier travail que depuis 1911 l'idée a fait du chemin en Angleterre, puisque le professeur Seaton de l'Université de Londres s'exprimait dernièrement ainsi dans une leçon sur les affections contagieuses déclarables : « J'ai vu l'œuvre de M. Milne. Le temps est venu d'autoriser les médecins inspecteurs d'hygiène à appliquer la méthode de Milne. Il faut que le gouvernement local leur donne les pouvoirs nécessaires, et, si la loi s'y oppose, il faut faire voter par le parlement un bill à cet effet. »

Mme Nageotte-Wilbouchewitch est aussi enthousiaste que le professeur Seaton et préconise l'emploi systématique de la méthode de Robert Milne soit dans les familles, soit à l'hôpital. « Dans les salles de coquelucheux, dit-elle, il faudra prendre une mesure radicale, puisque la rougeole est la plaie de ces services; il faudra traiter tous les entrants par la méthode de Milne, jusqu'à ce que soit passée la période d'incubation possible; les coquelucheux se trouvent fort bien de l'usage des substances aromatiques, et l'on verra certainement la fin de la désolante situation actuelle. »

Il serait à souhaiter, en effet, que des essais loyaux d'un procédé thérapeutique aussi simple fussent systématiquement entrepris, et si les résultats sont réellement aussi beaux que l'affirme notre vénérable confrère le docteur Milne, il aura droit à la reconnaissance non seulement des malades et de leurs familles, mais encore des malheureux praticiens, à qui les deux affections considérées, la scarlatine surtout, suscitent quotidiennement tant de difficultés.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Journal scientifique et médical de Poitiers. — (N° 4, avril 1914.) FAIVRE : Ce qu'il ne faut pas faire en cas de blennorragie chronique.

Medizinische Blätter. (N° 8, 18 avril 1914.) — LEREDDE : Technique de la stérilisation de la syphilis à la période initiale par le salvarsan. — (N° 9, 2 mai.) ARMBRUSTER : L'endocarde et ses maladies. — (N° 10, 16 mai.) H. GOUGEROT : Le salvarsan et ses indications.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 18, 30 avril 1914.) STERNBERG : Recherches sur la réaction de Wassermann. — MAYER : Sur une méthode pour percevoir distinctement les bruits du cœur par l'intermédiaire des voies aériennes. — HUETER : Sur la technique de la tonsillectomie avec remarques sur l'anatomie précise de la région tonsillaire. — DECKER : Complication postopératoire rare de la gastro-entérostomie. — HOFSTÄTTER : Sexus anceps. — VON ALDOR : Le chimisme gastrique dans la lithiase biliaire et son importance pour le traitement.

REVUE GÉNÉRALE

LES TUMEURS DE LA GLANDE PINÉALE

Par A. SÉZARY,
Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris.

Nos connaissances sur la glande pinéale (encore appelée conarium ou épiphyse) sont fort rudimentaires. L'hypothèse toute spéculative de Descartes, l'opinion plus objective de Magendie, n'ont aucune base scientifique. Il n'est point prouvé que cet organe soit le rudiment de l'œil pinéal des sélaciens. Les histologistes discutent sur sa structure, qui serait celle d'une glande pour les uns, d'un noyau nerveux pour les autres. Les physiologistes ont rapporté des données contradictoires sur ses fonctions.

Comme à propos des centres nerveux et des glandes à sécrétion interne, la méthode anatomo-clinique nous paraît appelée à diriger les recherches dans la voie exacte et à établir les notions fondamentales sur l'épiphyse : c'est pourquoi l'étude de ses tumeurs présente un intérêt tout particulier.

Celle-ci à la vérité est encore peu connue et n'a guère suscité que quelques travaux incomplets. Cependant, à l'heure actuelle, grâce aux observations qu'on possède et qui sont d'ailleurs de valeur très inégale, il est possible de poser le diagnostic d'une telle affection et, par conséquent, d'écrire un nouveau chapitre de pathologie. L'analyse des cas ultérieurs permettra sans doute d'éclairer la physiologie encore si obscure de la glande pinéale.

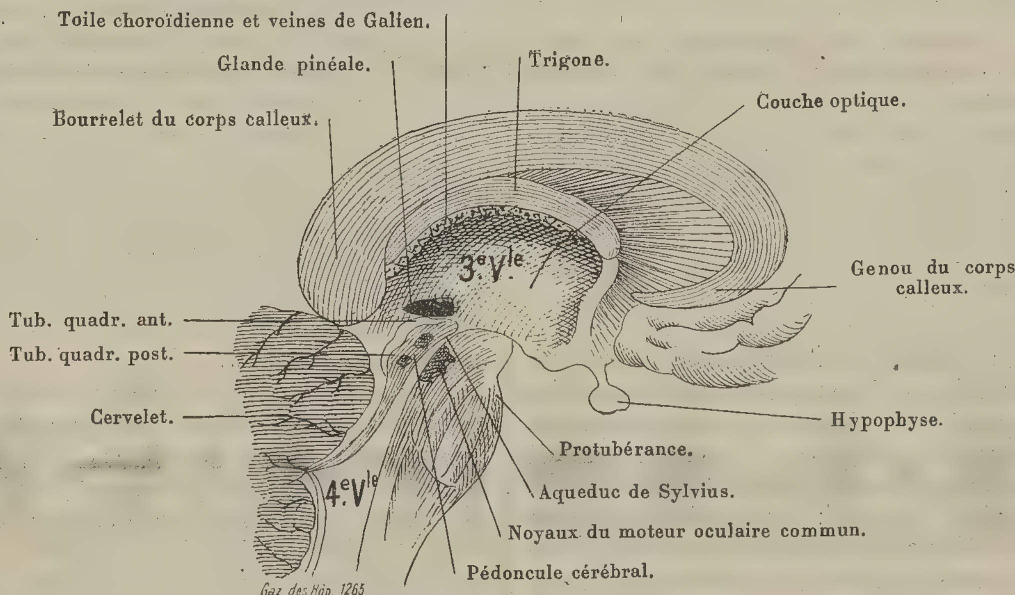
I

Anatomie médicale. — Avant d'aborder cette étude, il est indispensable de connaître la situation exacte de la glande pinéale, son évolution et sa structure.

Une coupe sagittale, exactement médiane, de l'encéphale (cerveau, cervelet, pédoncules cérébraux) sectionne l'épiphyse en deux moitiés égales et nous permet d'envisager ses rapports.

L'organe, long de 7 à 8 millimètres, haut et large de 4 à 6 millimètres, a la forme d'une petite amande. Il doit être cherché au-dessous et en avant du bourrelet (ou extrémité postérieure) du corps calleux, à l'angle postérieur de la cavité médiane qui sépare les deux couches optiques et qui constitue le *troisième ventricule.*

Au-dessous et en avant de la glande pinéale, on remarque l'abouchement dans le troisième ventricule de l'*aqueduc de Sylvius*, qui le fait communiquer avec le quatrième ventricule. Entre l'aqueduc et la glande se trouve la partie postéro-supérieure des pédoncules cérébraux. Celle-ci est surmontée des *tubercules quadrijumeaux* avec lesquels l'épiphyse présente des rapports intimes. La glande pinéale se trouve logée, en effet, dans le sillon sagittal qui sépare les tubercules antérieurs et qui forme soit une fossette, soit une petite saillie. Elle est fixée à la fois par la toile choroïdienne, qui passe au-dessus d'elle et la sépare des veines de Galien, et le feuillet réfléchi de la pie-mère cérébelleuse, qui est au-dessous : les tractus blancs, connus sous le nom de pédoncules, qui semblent s'échapper de la partie antérieure de l'organe, n'ont en réalité aucune connexion avec lui.



Rapports de la glande pinéale (schéma).

Ainsi donc, la glande pinéale se trouve en rapport avec des appareils nerveux fort importants.

Surplombant l'aqueduc de Sylvius, elle parvient aisément, lorsqu'elle s'hypertrophie, à effacer la lumière de ce canal, à empêcher toute communication du liquide céphalo-rachidien entre les troisième et quatrième ventricules : comme le troisième ventricule reçoit lui-même, par les trous de Monro, le liquide qui est contenu dans les deux grands ventricules cérébraux et qui ne peut s'écouler ailleurs, une tumeur pinéale amènera la rétention du liquide sécrété par les formations choroïdiennes dans le troisième ventricule et dans les deux ventricules latéraux : ceux-ci seront distendus et le tissu nerveux, en particulier les hémisphères, sera forte-

ment comprimé. Il est curieux de rapprocher ces faits de l'opinion émise avant Galien, reprise plus tard par Magendie, selon laquelle la glande pinéale, faisant office de portier comme le pylore pour l'estomac, réglerait, en ouvrant ou fermant l'aqueduc, la circulation de « l'esprit vital », selon les uns, du liquide céphalo-rachidien, selon Magendie.

Les hypertrophies de la glande pinéale ne troublent pas seulement la circulation céphalo-rachidienne, mais encore la circulation veineuse cérébrale. Au-dessus de l'épiphyse passent, en effet, d'abord juxtaposées, puis légèrement divergentes, les deux *veines de Galien*, qui ramènent vers le sinus droit le sang des noyaux centraux, des parois ventriculaires et d'une grande partie du centre ovale. Ces veines sont comprimées par la tumeur et dilatées en amont : l'œdème qui en résulte augmente encore la quantité du liquide retenu dans les ventricules et détermine aussi des lésions nerveuses.

Les *tubercules quadrijumeaux* sont rapidement comprimés, puis détruits par les tumeurs pinéales. Or, les fonctions de ces noyaux sont très importantes.

Les *tubercules quadrijumeaux antérieurs* constituent un relai de la voie optique (1). Les fibres visuelles, provenant des bandelettes optiques, se rendent, après décussation partielle, dans le pulvinar ou tubercule postérieur de la couche optique, dans le corps genouillé externe lui-même relié au tuberbule quadrijumeau antérieur, et enfin à ce dernier.

Celles qui se rendent au pulvinar et au corps genouillé externe en repartent pour gagner, sous la forme des radiations optiques, les circonvolutions occipitales internes : ces noyaux peuvent être lésés dans les tumeurs pinéales volumineuses, mais leur symptomatologie (qui, en cas de lésion unilatérale est l'hémianopsie bilatérale homonyme, en cas de lésion bilatérale est la cécité) n'est pas apparente, car les malades dans ces cas sont déjà aveugles, par suite de la stase papillaire et de l'atrophie optique de règle dans les tumeurs de l'encéphale.

Les fibres visuelles, qui se rendent aux tubercules quadrijumeaux antérieurs, interviennent dans la production du réflexe de la pupille à la lumière, grâce à des fibres d'association qui unissent ces noyaux à celui du moteur oculaire commun : leur lésion explique les troubles du réflexe lumineux des pupilles, lorsque ceux-ci ne sont pas dus à la cécité par stase papillaire.

Les *tubercules quadrijumeaux postérieurs* constituent un relai au faisceau acoustique, provenant du nerf cochléaire (2) : leur destruction par la tumeur produit des troubles de l'ouïe et, si elle est bilatérale et totale, la surdité.

Après avoir comprimé ou détruit les tubercules quadrijumeaux, les tumeurs pinéales agissent également sur la substance grise qui entoure l'aqueduc de Sylvius et qui constitue les *noyaux les plus élevés des nerfs craniens*, en particulier celui du moteur oculaire commun : c'est là le point le plus intéressant de l'anatomie médicale dans cette affection. Le *noyau d'origine du nerf moteur oculaire commun* se trouve situé de part et d'autre et en avant de l'aqueduc de Sylvius ; il est donc peu éloigné des tubercules quadrijumeaux. L'anatomie et la physiologie enseignent que ce noyau peut être dissocié en plusieurs noyaux secondaires présidant chacun à la motilité d'un des muscles innervés par le nerf. La lésion de chacun d'eux produira la paralysie du muscle correspondant : ainsi s'expliquent facilement les paralysies parcellaires, à la suite d'une lésion limitée du noyau ; elles s'observent en particulier dans les tumeurs de la glande pinéale, où l'on voit les troubles moteurs se localiser à un ou plusieurs de ces muscles, ou bien en atteindre successivement un nombre plus ou moins important. On peut aussi expliquer la paralysie de la pupille, c'est-à-dire la perte de son réflexe à la lumière et à l'accommodation, par une lésion du noyau ciliaire, impair et médian, lorsque le trouble n'est pas conditionné par la cécité.

Mais les tumeurs pinéales ne produisent pas seulement des paralysies isolées des muscles de l'œil, elles s'accompagnent souvent de la paralysie des mouvements associés, des nerfs directeurs du regard selon l'expression de Grasset (à droite, à gauche, en haut ou en bas) : or, on sait que de telles paralysies s'observent dans les lésions de la région de l'aqueduc de Sylvius et qu'elles sont dues très probablement à la destruction de fibres d'association unissant les noyaux de la troisième paire entre eux ou avec les noyaux des autres nerfs oculomoteurs. Spiller a montré que la paralysie verticale du regard était due à la lésion des tubercules quadrijumeaux antérieurs associée à celle des fibres aberrantes sous-thalamiques de la voie pédonculaire. Ces deux ordres de troubles oculo-moteurs révèlent donc une lésion qu'il est facile de topographier et sont d'une importance extrême pour reconnaître une tumeur pinéale.

Les tumeurs volumineuses peuvent léser directement ou indirectement certains autres noyaux protubérantiels, en particulier celui du pathétique, celui du facial et plus rarement celui du trijumeau. La paralysie du moteur oculaire externe, qu'on observe quelquefois, n'est peut-être pas due à une lésion nucléaire ; ce symptôme, en effet, s'observe fréquemment au cours des syndromes d'hypertension intracranienne et n'apporte, par lui-même, aucune précision à la localisation d'une tumeur de l'encéphale.

A distance le plus souvent, les *voies sensitives et motrices* peuvent être intéressées, mais à un degré ordinairement peu marqué : lorsque cela n'est pas dû à la distension ventriculaire, la voie pyramidale peut être comprimée dans le pied du pédoncule cérébral ; la voie sensitive, dans la calotte de ce pédoncule et surtout dans son plus important noyau de relai, dans la couche optique, dont la partie postérieure a été trouvée fréquemment lésée dans les autopsies.

(1) A. Sézary. Anatomie médicale des centres nerveux, in *Éléments d'anatomie et de physiologie médicales*, de Landouzy et Bernard, p. 605 et suivantes.

(2) *Ibidem*, p. 669 et suivantes.

Le *système cérébelleux* est atteint soit dans le vermis, soit au niveau des pédoncules cérébelleux supérieurs et particulièrement dans les noyaux rouges.

Le *bourrelet du corps calleux* peut être lui-même soulevé et comprimé par la néoplasie.

Les notions d'anatomie qui précèdent expliquent facilement certains des signes par lesquels se manifestent les tumeurs pinéales, et permettent la compréhension de leur anatomie pathologique.

La glande pinéale est formée par des cellules réparties d'une façon uniforme et le plus souvent polyédriques. Leur protoplasma renferme des granulations souvent condensées à la périphérie et quelquefois des vacuoles. Leur noyau, excentrique, clair ou foncé, contient des enclaves spéciales, sous forme de boules ou de gouttelettes, qu'on a considérées comme des produits de sécrétion. Les cellules sont séparées par des fibres, sur la nature desquelles on discute encore. L'organe contient de plus des cellules nerveuses typiques et des éléments névrogliques.

Il est important de noter qu'elle paraît surtout active depuis la naissance jusqu'à la septième année. A partir de sept ans, en effet, se montrent des signes d'involution ; le nombre des cellules diminue, la névroglie prolifère et forme de véritables noyaux dans lesquels apparaissent des kystes et des concrétions calcaires. Marburg a étudié les formations kystiques, dont quelques-unes s'observent déjà chez les jeunes enfants ; d'après lui, les unes, tapissées par un revêtement épendymaire, se développent aux dépens des prolongements que le recessus pinéal émet dans la glande ; les autres, dépourvues de membrane limitante, se creusent entre les mailles du tissu névroglique. La régression de la glande pinéale n'est jamais totale ; jusqu'à un âge avancé, il persiste des cellules parenchymateuses. On conçoit que ces modifications histologiques favorisent le développement des tumeurs.

II

Anatomie pathologique. — I. A l'autopsie, il est de règle de constater de l'*hydrocéphalie*, consécutive aux troubles de la circulation sanguine et céphalo-rachidienne. Dans le cas de Falkson, l'hydrocéphalie était à la fois interne et externe et dans celui d'Askanazy, où les ventricules étaient peu dilatés, il existait de l'œdème sous-arachnoïdien. Ordinairement, l'hydrocéphalie est interne et consiste dans la dilatation excessive du ventricule moyen et des ventricules latéraux. Dans le cas d'Askanazy, cependant, le ventricule moyen seul était distendu. Dans les autres observations, au contraire, les trous de Monro largement dilatés font communiquer entre eux les cavités intracérébrales. A la base du cerveau, on peut voir une sorte d'évagination qui se loge dans la selle turcique et y comprime l'hypophyse ; c'est le plancher du troisième ventricule qui a été distendu par la pression du liquide qu'il contient et qui fait hernie en ce point peu résistant (Raymond et Claude, Apert et Porak).

Selon l'importance de la rétention, on notera des déformations plus ou moins marquées de la surface des hémisphères : circonvolutions aplaties et exsangues, sillons élargis. La dure-mère est tendue et les os du crâne sont parfois très amincis, comme dans le cas de Heubner, Œstreich et Slawyk ; les sutures peuvent être désunies et même très écartées, surtout chez les jeunes enfants. Chez un nouveau-né, Joukowsky a constaté que le cerveau était transformé en une membrane de 1 à 1mm5 d'épaisseur, contenant 280 centimètres cubes de liquide.

Les tumeurs de l'épiphyse ont un volume qui varie généralement entre celui d'une noisette ou d'une cerise et celui d'une petite pomme ; le plus souvent, leurs dimensions ont été comparées à celles d'une noix. Elles se développent ordinairement vers la partie antérieure du cerveau et, par conséquent, à l'intérieur du troisième ventricule ; c'est, en effet, dans ce dernier qu'on les découvre habituellement, remplissant partiellement ou presque totalement sa cavité. Il est probable, comme l'a dit Hempel, que ce fait est dû à la présence, en arrière de l'épiphyse, de la tente du cervelet qui arrête de ce côté l'évolution de la tumeur. Si la néoplasie est molle, elle peut d'ailleurs s'insinuer entre la tente du cervelet et le cervelet lui-même, se développer par conséquent dans un sens postérieur. Elle peut encore pousser des prolongements hors du troisième ventricule, dans l'aqueduc de Sylvius (Duffin et Ferrier) et, par celui-ci, jusque dans le quatrième ventricule (Coats). Quoi qu'il en soit, ces tumeurs agissent bien plus par leur situation si spéciale que par leur volume.

Leur consistance est fort variable. Il semble qu'elle soit en rapport avec leur nature histologique. Les tératomes sont fermes et assez bien limités, tandis que les gliomes sont mous et se confondent insensiblement avec le tissu nerveux voisin. Les tératomes à structure complexe peuvent présenter une consistance et un aspect inégaux ; ils contiennent en effet du cartilage, de la graisse, des poils, du sébum, des concrétions calcaires, etc. Les autres tumeurs ont une constitution plus homogène, sauf lorsqu'elles sont le siège d'hémorragies ou simplement d'une riche néoformation vasculaire. Les autres caractères sont ceux des tumeurs banales de l'encéphale.

Les organes voisins sont plus ou moins altérés. Les veines de Galien sont dilatées et gorgées de sang. Les tubercules quadrijumeaux sont comprimés, quelquefois ramollis et détruits ; les lésions peuvent même être plus profondes, s'étendre jusqu'à l'aqueduc de Sylvius dont le toit est alors détruit, et jusqu'aux noyaux gris des pédoncules cérébraux. La partie postérieure des couches optiques peut être comprimée, déprimée ou ramollie. Le trigone et le bourrelet du corps calleux, le vermis et même les pédoncules cérébelleux supérieurs ont été intéressés dans des cas bien plus rares. Ces lésions sont souvent symétriques ; mais, dans plusieurs observations, leur prédominance d'un côté a été notée.

L'aqueduc de Sylvius présente des altérations

variables. Nous avons vu que la tumeur peut y pénétrer, soit par son orifice dans le troisième ventricule, soit par son toit qu'elle a préalablement détruit. Elle peut aussi le comprimer et obturer ainsi sa lumière. Dans certains cas, au contraire, celle-ci était nettement dilatée (Nothnagel). L'état de l'aqueduc n'est peut-être pas sans influence sur la symptomatologie.

Nous n'insistons pas sur les dégénérescences secondaires, les lésions des nerfs craniens et en particulier du nerf optique, qui ne présentent ici rien de spécial. On sait aussi combien sont rares les métastases des tumeurs cérébrales ; cependant Feilchenfeld en signale une dans le toit du quatrième ventricule ; Gauderer, une dans le chiasma.

II. L'histologie des tumeurs pinéales est insuffisamment connue. Si nous récapitulons les opinions émises dans les observations que nous avons lues, nous trouvons :

9 tératomes ;
6 gliomes ;
5 gliosarcomes ;
9 sarcomes ;
4 psammomes (dont un kystique) ;
3 carcinomes ;
1 adénome ;
1 chorio-épithéliome ;
8 tumeurs kystiques ;
1 lipome ;
1 cancer secondaire.

Cette nomenclature est certainement inexacte ; avec les méthodes modernes, nombre de ces diagnostics seraient modifiés. Mais, dans la plupart des cas, les détails manquent et, à part certaines exceptions, c'est seulement d'après les nouveaux cas qu'on pourra faire une étude définitive.

Cependant, les tératomes, ou tumeurs à tissus multiples, constituent un groupe de tumeurs assez spécial à la glande pinéale.

Marburg a décrit de plus une variété spéciale de *tumeur complexe*, formée de trois couches superposées constituées respectivement par des cellules épiphysaires, des cellules épendymaires et des cellules névrogliques : c'est le *neuroglioma ependymale* de Pappenheimer. A ce type, Marburg rattache maintes tumeurs dénommées gliomes, sarcomes et carcinomes.

Il y aurait d'ailleurs lieu de rechercher, si, à l'instar de certaines glandes à sécrétion interne, l'épiphyse ne produit pas des tumeurs dues à la prolifération typique ou métatypique de ses cellules nobles.

Raymond et Claude ont donné, en 1910, une bonne description histologique d'un gliome kystique de la glande pinéale : entre les fibrilles névrogliques mises en évidence par la méthode de Lhermitte, il existait de petits kystes et des cellules vraisemblablement épiphysaires.

Signalons enfin que les kystes sont d'observation banale dans l'épiphyse, puisque chez 17 sujets Barratt les a trouvés huit fois. Comme nous l'avons déjà dit, Marburg en a distingué deux variétés. Il faut compter aussi avec les formations kystiques qui s'observent dans certaines tumeurs (gliomes) et qui ne doivent pas être considérées comme des kystes simples.

Dans un cas, la tumeur semblait être de nature syphilitique (Lord) et coexistait avec d'autres gommes du cerveau.

En dehors de ces notions, l'étude histologique des tumeurs pinéales est encore à faire. Mentionnons la rareté des tumeurs métastatiques ou secondaires (cas de Förster).

Comme on a voulu assimiler l'épiphyse à une glande à sécrétion interne, il serait intéressant de connaître les modifications des glandes vasculaires sanguines chez les sujets porteurs d'une telle tumeur. Malheureusement, les documents que nous possédons, sauf celui de Raymond et Claude, manquent de précision. Dans deux cas, Neumann a noté la persistance du thymus : chez l'un des sujets, le corps thyroïde était augmenté de volume. Dans le cas de Marburg (1908), les glandes vasculaires sont dites normales, sauf le corps thyroïde qui est hypertrophié. Dans l'observation de Raymond et Claude, l'hypophyse était comprimée au fond de la selle turcique et, sauf en certains points où semblait se manifester une activité compensatrice, paraissait en hypofonctionnement. Dans les testicules, les tubes séminifères étaient normaux, la glande interstitielle paraissait remarquablement active. Les glandes surrénales, dont la corticale, comme l'épiphyse, participe à certains processus génitaux, présentaient les attributs classiques de l'hyperépinéphrie. Encore sur ce point, de nouvelles recherches sont désirables : on ne saurait actuellement donner d'indication certaine.

III

Etiologie. — Deux faits doivent être signalés : la fréquence bien plus grande des tumeurs pinéales dans le sexe masculin et à l'âge de sept à trente ans.

Dans les observations que nous avons pu étudier, nous trouvons les indications suivantes :

Nouveau-nés : 1 cas (fillette) ;
De 1 à 6 ans : 5 cas (3 garçons, 2 filles) ;
De 7 à 10 ans : 5 cas (4 garçons, 1 fille) ;
De 11 à 20 ans : 17 cas (16 hommes, 1 femme) ;
De 21 à 30 ans : 16 cas (13 hommes, 3 femmes) ;
De 31 à 40 ans : 7 cas (5 hommes, 2 femmes) ;
De 41 à 50 ans : 4 cas (3 hommes, 1 femme) ;
Après 51 ans : 2 cas (2 hommes).

On voit donc que ces tumeurs présentent leur maximum de fréquence, à dater du moment où l'épiphyse subit son involution. Elles sont 4 fois plus fréquentes chez l'homme que chez la femme, sans qu'on puisse déterminer la cause de cette prédilection pour le sexe masculin.

L'hérédité ne semble pas jouer ici de rôle plus important que pour les tumeurs de l'encéphale en général.

Dans deux observations (Hempel, Meyer), un

traumatisme cranien précéda les symptômes de l'affection : il en était de même dans un cas de Nothnagel rapporté comme tumeur des tubercules quadrijumeaux et qui est peut-être une tumeur épiphysaire.

La syphilis est incriminée dans le cas de Lord.

IV

Symptômes. — Les symptômes par lesquels se manifestent les tumeurs pinéales sont de divers ordres. Les uns sont ceux qui caractérisent habituellement une tumeur cérébrale : ils relèvent donc d'abord de l'hypertension intracranienne qui est si marquée dans la localisation que nous étudions, puis du siège même de la lésion et des organes voisins qu'elle comprime ou détruit; ce sont là essentiellement des symptômes neurologiques. Les autres sont plus curieux ; sans préjuger de leur pathogénie, nous les appelons symptômes somatiques ; ils consistent en l'accroissement rapide et précoce de la taille du sujet, des dimensions de ses organes génitaux externes et de son système pileux. On peut aussi observer de l'adiposité ou un diabète insipide caractérisé par la polyphagie, la polydipsie et la polyurie.

Le plus souvent l'affection débute par des symptômes d'hypertension encéphalique. Dans 24 cas (1), la céphalée a été le premier trouble noté. Dans 2 cas, le début a été marqué par des vomissements ; dans 3 cas, par des troubles de la vue ; dans 4 cas, par des troubles du caractère ou des troubles mentaux; dans 1 cas, par du vertige, et dans 3 cas, par de la titubation ; dans 1 cas, par de la somnolence ; dans 2 cas enfin, par de l'hydrocéphalie.

Exceptionnellement, quoi qu'en dise Pellizzi, ces symptômes ont été précédés par des troubles somatiques, comme dans le cas de Franckl-Hochwart où l'on vit un enfant de trois ans grandir si rapidement que, deux ans après, il paraissait en avoir sept. Dans deux observations, le diabète insipide a été le premier trouble (Massot, von Hösslin).

Nous décrirons successivement les troubles nerveux et les troubles somatiques.

I. Troubles nerveux. — Les symptômes qui traduisent l'hypertension intracranienne sont la céphalée, l'hydrocéphalie, l'exophtalmie qui est exceptionnelle, les vomissements, la torpeur et les troubles intellectuels, les vertiges, les convulsions, la cécité, le ralentissement du pouls. Ceux qui sont en rapport avec le siège de la tumeur sont les paralysies oculaires, associées quelquefois à une paralysie faciale, les troubles auditifs, les symptômes cérébelleux, et probablement les signes du diabète insipide.

La *céphalée* est un signe à peu près constant : elle a les caractères pénibles qu'on lui connaît dans toutes les tumeurs cérébrales. Son intensité croît progressivement et devient telle qu'elle peut conduire certains malades au suicide (Friedreich) ; c'est seulement quelques semaines ou quelques jours avant la mort que le malade en souffre moins. Il est rare qu'elle présente des rémissions, si ce n'est cependant à la suite de l'écoulement du liquide céphalo-rachidien par le nez, comme cela est noté dans l'observation de Meyer (et dans celle de Nothnagel qui est décrite comme une tumeur des tubercules quadrijumeaux). Le siège de cette céphalée est variable et peut même se modifier au cours de l'affection : elle est aussi fréquente dans la région frontale que dans la région occipitale et à la nuque. Quelquefois, elle occupe les zones temporales et pariétales : dans un cas, elle était unilatérale et irradiait aux dents et à la nuque.

L'*hydrocéphalie* peut se développer chez des sujets âgés de deux à dix ans et même s'accompagner, chez les grands enfants, de la disjonction des sutures. De plus, Schulz, Neumann ont observé de l'*exophtalmie*, qui dans un cas était prédominante d'un côté. Raymond et Claude signalent que, chez leur malade, la percussion donnait sur tout le crâne un bruit de pot fêlé des plus nets dès le début et qui s'accentua ultérieurement.

Les *vomissements* sont aussi fréquents que la céphalée : ils se font sans nausées, sans efforts, au moment des repas ou dans leur intervalle et particulièrement lorsque le patient change de position.

Souvent aussi les sujets sont obnubilés et présentent une *torpeur* dont on ne peut les tirer : la somnolence et la narcolepsie ont été signalées. Des troubles mentaux peuvent survenir à une période avancée de l'évolution. Le malade de Brunner et Rorschah était atteint de démence précoce paranoïde, sans qu'on puisse préciser les rapports entre ce syndrome et la tumeur qui fut révélée par des troubles visuels.

Le *ralentissement du pouls* a été assez fréquemment observé : cependant, pour Neumann, ce signe serait relativement plus rare que dans les autres tumeurs cérébrales, en raison de l'oblitération de l'aqueduc qui empêcherait l'hypertension de se transmettre au quatrième ventricule et aux noyaux du pneumogastrique.

Les symptômes précédents sont ceux qui caractérisent toutes les tumeurs cérébrales. En dehors de la cécité et des convulsions, ceux que nous allons maintenant décrire sont plus particuliers aux tumeurs pinéales.

Les *troubles oculaires* sont parmi les plus importants. Tout d'abord, la stase papillaire et l'atrophie optique sont de règle, comme dans tous les cas d'hypertension cranienne. A l'examen ophtalmoscopique, on voit d'abord la congestion et l'œdème de la papille, avec dilatation des veines, puis la stase proprement dite. Au bout d'un certain temps, l'acuité visuelle diminue, l'amblyopie apparaît progressivement et aboutit le plus souvent à la cécité complète : à ce moment, la papille est décolorée et atrophiée.

La vision est donc généralement conservée au moins en partie, pendant la première partie de l'évolution. Pendant cette période, on a pu constater

(1) Nous ne tenons compte dans cette Revue que des observations contrôlées par l'autopsie. Nous ne rangeons pas parmi les tumeurs épiphysaires le cas de Nothnagel rapporté comme néoplasme des tubercules quadrijumeaux (*Wien. med. Blätter*, 1888).

de l'hémianopsie due à une lésion des voies optiques au niveau du pulvinar et du corps genouillé externe (Franckl-Hochwart); le fait est exceptionnel. Il semble que l'atrophie papillaire soit presque toujours constituée avant que l'hémianopsie bitemporale ou la cécité par lésion des deux voies optiques aient pu se manifester. On a aussi signalé de la photophobie (Daly, Gutzeit), comme dans la méningite tuberculeuse.

Les paralysies oculaires sont souvent plus précoces et nombre de malades ont accusé de la diplopie. Il s'agit alors de paralysies d'un ou de plusieurs muscles moteurs du globe, atteignant ordinairement les deux yeux et déterminant diverses variétés de strabisme. Tantôt deux muscles symétriques sont intéressés, tantôt plusieurs muscles, différents à chaque œil, sont paralysés. C'est ainsi que nous notons, dans un cas, la paralysie du droit interne droit et celle du releveur de la paupière gauche; dans un autre cas, celle des deux droits supérieurs et du droit interne gauche, etc. La structure du noyau du moteur oculaire commun, que nous avons rappelée plus haut, explique bien le caractère parcellaire de ces paralysies. Comme nous l'avons dit, le pathétique et même le moteur oculaire externe peuvent être également atteints.

Outre ces paralysies musculaires proprement dites, on observe aussi fréquemment des paralysies des mouvements conjugués: perte des mouvements dirigeant le regard à droite, à gauche, en haut ou en bas. C'est ainsi que le malade de Neumann ne pouvait mouvoir ses yeux au-dessus d'un plan horizontal et à droite, alors qu'il pouvait porter son regard en bas et à gauche. Nous avons donné plus haut la raison anatomique de ces troubles conjugués, qui constituent un des meilleurs signes d'une lésion du pédoncule cérébral.

Enfin, les modifications de la pupille sont presque constantes. Les réactions du sphincter irien sont certainement troublées du fait de la diminution et de l'abolition de la vision; elles le sont aussi par d'autres causes. On sait, en effet, que par les tubercules quadrijumeaux antérieurs passent les fibres sensitives qui interviennent dans le réflexe lumineux, et que le nerf moteur oculaire commun préside aux mouvements de l'accommodation. Ces voies nerveuses étant atteintes, on s'explique aisément que le réflexe lumineux et le pouvoir accommodateur soient altérés dans les tumeurs pinéales. L'aspect des pupilles varie selon les observations; tantôt elles sont égales, le plus souvent en mydriase, quelquefois en myosis, tantôt elles sont inégales. Bailey et Jeyliffe ont noté leur irrégularité chez un enfant de douze ans. Dans tous les cas, à un stade plus ou moins tardif, les réactions lumineuses sont devenues paresseuses, puis nulles; le pouvoir accommodateur a disparu. On ne saurait donc assimiler ces troubles au signe d'Argyll-Robertson.

Souvent on a observé du nystagmus, soit spontané, soit marqué, dans les mouvements de latéralité des globes oculaires; c'est un symptôme qu'il faut rattacher aux signes cérébelleux que nous signalerons plus loin.

Les *troubles auditifs* sont presque aussi fréquents que les troubles oculaires. Au début, ils consistent en la perception de bruits anormaux (bourdonnements, sifflements, tintements). Puis l'ouïe diminue et assez souvent le malade devient sourd. Le plus souvent bilatéraux, ils peuvent cependant n'être pas égaux pour chaque oreille, comme dans le cas de Neumann où l'audition était nulle à droite, et seulement très diminuée à gauche. Les troubles auditifs ne sont pas rares dans le syndrome d'hypertension cranienne où ils paraissent relever d'une atteinte du nerf cochléaire (branche de l'acoustique); mais dans les tumeurs pinéales, ils sont plus fréquents et plus intenses, en raison de la lésion des tubercules quadrijumeaux postérieurs qui, comme nous l'avons rappelé, servent de relai à la voie auditive.

Un certain nombre de symptômes dénotent aussi l'*atteinte du système cérébelleux*. Tout d'abord, le vertige: il ne s'agit pas seulement du vertige ténébreux, simple obnubilation banale dans la plupart des cas d'hypertension intracranienne, mais d'une sensation bien plus caractéristique, s'accompagnant de troubles marqués de l'équilibration. La titubation est notée dans un très grand nombre d'observations: elle est ordinairement progressive et finit par rendre la marche impossible. Il existe fréquemment aussi une tendance à la chute en arrière, qui est peut-être due à la lésion du vermis. Ces symptômes traduisent indubitablement une lésion du système cérébelleux, bien que jusqu'ici le labyrinthe n'ait pas été exploré par les épreuves rotatoire, calorique et galvanique, bien que les signes cérébelleux n'aient généralement pas encore été recherchés. Cependant Marburg note de l'adiadokocinésie bilatérale, Bailey et Jelliffe l'asynergie. A ces signes cérébelleux qui sont bilatéraux, il faut ajouter le tremblement, qui s'observe aux globes oculaires sous forme de nystagmus et aussi aux membres, comme dans les cas de Bailey et Jelliffe, de Howell, de Pontoppidan, de Kny, de Falkson, etc. On sait que le tremblement existe dans les lésions du cervelet (sclérose en plaques) ou de la région pédonculaire (syndrome de Bénédikt).

Y a-t-il aussi de l'ataxie vraie? Cela paraît peu probable, car la sensibilité est généralement intacte et même, dans le cas de Bailey et Jelliffe, il n'y avait pas d'astéréognosie. Il semble donc que le terme d'ataxie, employé par les observateurs, se rapporte uniquement à l'asynergie cérébelleuse. Dans le cas de Marburg, celle-ci était si marquée que le malade ne pouvait manger seul.

D'*autres troubles moteurs* peuvent encore survenir. L'hémiplégie ou la diplégie vraie n'ont pas été observées; on a seulement signalé quelques cas de parésie unilatérale, ou plus ordinairement bilatérale. De plus, nombre d'auteurs font remarquer que les malades, quoique non paralysés, présentent une asthénie et même une impotence fonctionnelle dont ils ne s'expliquent pas la nature. Dans le cas de Raymond et Claude, Huet a observé une diminution de l'excitabilité faradique et galvanique des muscles, sans réaction de dégénérescence, plus ou moins marquée selon les groupes musculaires explorés.

Les *crises épileptiformes* apparaissent surtout à

une période avancée de l'évolution et ne présentent aucune valeur pour la localisation de la lésion. On a vu également des crises toniques, sans convulsions, ou des secousses musculaires (Feilchenfeld).

Les *contractures* sont plus fréquentes que les paralysies. Quelquefois, elles occupent les membres supérieurs (Bouchut, Hempel, Zenner). Le plus souvent, elles consistent en raideur de la nuque et en opisthotonos, qu'on a notés dans un assez grand nombre de cas : l'opisthotonos peut se produire par accès de courte durée (Verger). On a encore signalé le trismus (Schmidt), la difficulté de la déglutition (Zenner). Ces contractures peuvent rendre délicat le diagnostic avec les syndromes méningés : chez le malade d'Askanazy, il existait même le signe de Kernig et le signe de Lasègue.

Les *réflexes* tendineux présentent des modifications variables. Le plus souvent, malgré l'avis de Neumann, leur amplitude est exagérée, mais ils peuvent être aussi normaux et, plus rarement, abolis (peut-être en raison des lésions des ganglions rachidiens consécutives à l'hypertension cérébrale). Ogle, Raymond et Claude, après avoir noté leur existence, ont constaté leur disparition à une époque avancée de la maladie. Les réflexes cutanés sont soit normaux, soit diminués ou absents. Le signe de Babinski est fréquemment positif; il dénote l'atteinte de la voie pyramidale. Le clonus du pied a été souvent observé; ce qui, avec l'exagération des réflexes, indique bien un état de spasticité. Ces divers troubles sont ordinairement bilatéraux et symétriques, mais non toujours.

En dehors des paralysies craniennes que nous avons signalées, il en est une qui est assez fréquente, c'est la paralysie faciale; mais elle est en général légère et demande à être recherchée avec soin.

A une période avancée, il existe de l'incontinence des urines et des matières fécales; ces signes précèdent ordinairement de quelques jours la mort du malade.

Nous devons rapprocher des troubles nerveux certains symptômes réalisant un *diabète insipide*, dont la cause réside sans doute dans l'irritation ou la lésion du plancher du troisième ventricule, comme l'ont montré les expériences de Jean Camus et Roussy. Chez le malade de von Hösslin, les premiers symptômes furent une soif et une polyurie intenses (l'enfant, âgé de neuf ans, buvait de 20 à 24 litres d'eau par jour); ils ne s'atténuèrent que quelques semaines avant la mort. Un des malades de Howell était très altéré. Le jeune homme observé par Massot buvait de 25 à 28 litres d'eau par jour et urinait en conséquence. Nothnagel signale les mêmes troubles chez un sujet qu'il considère comme atteint d'une tumeur des tubercules quadrijumeaux. Dans d'autres cas (Daly, Gutzeit), une polyphagie excessive est notée; les malades mangent presque continuellement et prennent de l'embonpoint (celui de Daly a gagné 70 livres). Il est à remarquer que la polyurie et la polyphagie n'ont pas été observées simultanément : un même sujet était soit affamé, soit altéré, mais ne présentait pas en même temps l'exagération de l'appétit et de la soif. Il n'est pas prouvé que le diabète vrai, glycosurique, puisse être réalisé par une tumeur pinéale, car, chez le malade de Garrod, le seul glycosurique, le pancréas fut trouvé atrophié et scléreux.

La *ponction lombaire* n'a pas révélé de leucocytose dans le cas d'Askanazy. Mais Hart, Apert et Porak en ont constaté : on peut se demander si elle dépend alors réellement de la tumeur épiphysaire. Nous manquons de documents sur la pression du liquide et sur sa teneur en albumine.

La *radiographie* a fourni un résultat intéressant dans deux observations (Heubner, Œstreich et Slawyk, Bailey et Jelliffe); il existait en effet dans la région sus-hypophysaire une ombre distincte. Il est probable que celle-ci est due à la présence du cartilage ou de calcaire; ce qui nous permettrait de conclure que les tumeurs décelables par les rayons X sont des tératomes ou des psammomes. Dans tous les cas, la selle turcique n'est pas déformée, à l'encontre de ce qu'on observe dans les tumeurs de l'hypophyse. Une constatation analogue a été faite par van der Heide dans un cas clinique où le diagnostic paraît incontestable. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 8 JUIN 1914)

Sur la pathogénie du choléra. — M. H. VIOLLE. Le vibrion cholérique ne se développe primitivement que dans une zone déterminée de l'intestin, « zone sensible ».

Il ne se développe que si cette zone est indemne de tout suc biliaire.

De ces faits on peut induire que tout ce qui provoque un trouble intestinal avec retentissement hépatique, tout ce qui entravera le bon fonctionnement du foie ou neutralisera l'effet de la bile, facilitera le développement du vibrion.

Une des défenses naturelles de l'organisme humain contre le choléra résidera donc dans le jeu intégral des fonctions du foie.

Du pouvoir bactéricide considérable du biiodure de mercure. — MM. H. STASSANO et M. GOMPEL. Le pouvoir bactéricide du biiodure dépasse de beaucoup celui du bichlorure, du benzoate et du cyanure. Il est en particulier dix fois plus grand que celui du bichlorure qui est placé encore aujourd'hui au premier rang des antiseptiques.

Mécanisme de l'inactivation des sérums par dialyse. Conditions qui régissent la dissociation des savons dans le sérum. — M. J. TISSOT.

Décroissance de la radio-sensibilité des tumeurs malignes traitées par des doses successives et convenablement espacées des rayons X; auto-immunisation contre les rayons. — MM. Th. NOGIER et Cl. REGAUD.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 17 JUIN 1914)

Pachydermie porticella. — M. LENORMANT fait un rapport sur une observation de M. Malartic (de Toulon). Il s'agit d'une affection particulière du cuir chevelu caractérisée par

une sorte d'eczéma suintant, un épaississement considérable de la peau, avec infiltrations cellulaires du derme, pigmentation anormale, amas pigmentaires, affection congénitale que l'examen histologique a qualifiée de nævus géant du cuir chevelu et à laquelle on a donné le nom clinique de pachydermie porticella. M. Malartic et un de ses collègues de Toulon, dont le nom n'est pas parvenu jusqu'à nous, ont eu l'idée de traiter cette affection par une intervention chirurgicale consistant à enlever les parties du cuir chevelu malades et à les remplacer par des greffes. L'opération a donné un très bon résultat.

Stérilisation du catgut. — M. MAUCLAIRE présente, de la part de M. Barthélemy, un ingénieux appareil pour stériliser le catgut à froid par les vapeurs de formol.

Traitement de l'estomac biloculaire. — M. DUVAL rappelle les communications de Tuffier, de Hartmann, en 1911 et 1913, sur cette question et les cas isolés d'estomac biloculaire qui ont été publiés. Il a, lui-même, opéré 4 estomacs biloculaires par des procédés différents. Le premier cas concernait une jeune fille de vingt-quatre ans, depuis longtemps malade. La radioscopie montra un estomac biloculaire, avec sténose du pylore. M. Duval fit une gastro-gastrostomie large et une gastro-entérostomie, guérison. Le second cas est analogue. Le troisième cas se compliquait d'une sténose médiogastrique. M. Duval fit une résection médiogastrique et sutura entre elle les deux parties de l'estomac. Quatrième cas : sténose médiogastrique, gastro-entérostomie large, guérison. On ne peut nier l'utilité de l'intervention dans ces cas. La gastro-gastrostomie avec ou sans gastro-entérostomie, et, dans certains cas, la résection médiogastrique avec suture simple des deux parties de l'estomac sont, dans ces cas, de très bonnes opérations. MM. Tuffier et Hartmann avaient déjà préconisé la gastro-gastrostomie et la préféraient à la gastro-entérostomie.

La technique opératoire de la gastro-gastrostomie varie suivant les cas. Dans les cas de double sténose, sténose médiogastrique et sténose pylorique, la résection médiogastrique est l'opération de choix: Elle a donné à M. Duval de très bons résultats.

M. SOULIGOUX a observé 3 cas de sténose médiogastrique compliqués de sténose pylorique. La gastro-gastrostomie et la gastro-entérostomie lui ont donné de bons résultats dans ces trois cas et lui semblent moins dangereuses que les résections.

M. LAFOURCADE (de Bayonne) a, dans 3 cas, pratiqué la gastro-gastrostomie et la gastro-entérostomie avec de bons résultats. Dans un seul cas où il y avait aussi sténose pylorique, il a eu recours à la résection.

Fonctionnement des bouches anastomotiques. — M. HARTMANN fait, sur ce sujet, une très intéressante communication. On a dit que, quand le pylore restait perméable, la bouche anastomotique cessait de fonctionner. MM. Tuffier et Reynier ont même cité des faits où ces bouches se seraient fermées, le pylore restant perméable. On a même cité un cas d'oblitération de la bouche avec oblitération du pylore. Selon M. Hartmann, quand la bouche anastomotique fonctionne mal ou ne fonctionne pas, c'est parce qu'elle a été mal faite. La suture a été suivie d'une mauvaise cicatrisation avec production de granulations et même d'ulcères peptiques au niveau de la bouche. Le fait de l'oblitération de la bouche n'est donc pas en rapport avec la perméabilité ou non du pylore.

M. Hartmann aborde un second point. Quand le pylore est perméable, a-t-on dit, rien ne passe par la bouche anastomotique. Cela tient à ce que la bouche a été faite trop près du pylore. M. Hartmann rappelle les nombreuses expériences qu'il a faites, à ce point de vue, sur les chiens. Dans ces expériences, il a toujours pris la partie de l'estomac la plus éloignée du pylore pour y faire une bouche et il a constaté, par la radioscopie, que les différentes parties de l'estomac se contractent différemment, très peu du côté du cardia, très fortement du côté du pylore. Dans ces expériences sur des chiens, un an après l'établissement d'une bouche anastomotique, on abouchait à la peau les deux parties de l'estomac, la partie cardiaque et la partie pylorique et on constatait que rien ne passait par la partie pylorique bien que le pylore fût perméable. Il y a donc une grande importance à placer la bouche loin du pylore, et, dans ces conditions, on a une bouche qui fonctionne bien.

M. DUVAL est d'accord avec M. Hartmann sur l'importance de la position de la bouche, loin de la région pylorique. Mais il n'interprète pas de la même façon que lui l'influence des contractions de l'estomac sur le plus ou moins bon fonctionnement de la bouche ; pour lui ces contractions tendent plutôt à fermer la bouche et à s'opposer au passage, et non à le favoriser, comme le soutient M. Hartmann.

M. CUNÉO confirme cette manière de voir de M. Duval et il ajoute que dans l'établissement d'une bouche anastomotique il faut tenir compte, pour les incisions, de la direction des fibres stomacales.

M. RICARD partage l'avis de M. Hartmann. Une bouche bien faite, bien placée, fonctionne toujours bien. Pour obtenir ce bon fonctionnement de la bouche il faut remplir trois conditions essentielles. Il faut que la bouche soit large, déclive et près du pylore. Au début on constate que le passage du lait bismuthé est parfois trop rapide, mais cela s'arrange avec le temps.

M. TUFFIER place toujours la bouche près du pylore. Il est de l'avis de M. Cunéo sur ce fait que les contractions de l'estomac ferment la bouche. Il en est de même pour la gastro-entérostomie que pour la gastrostomie. Les bouches trop larges peuvent avoir l'inconvénient de permettre la hernie de l'intestin vers la bouche.

M. DUVAL, comme M. Ricard, fait la bouche large et, comme M. Tuffier, il pense que les contractions de l'estomac ferment la bouche.

M. HARTMANN fait observer que le fonctionnement de la bouche est très variable, selon les moments. Il a adopté la technique de M. Ricard : bouche large, déclive et prépylorique.

Invagination intestinale. — M. WALTHER présente un malade qui avait eu du melæna et qui portait une tumeur cæcale non diagnostiquée. Il s'agissait d'une invagination impossible à déplisser. Résection de la terminaison de l'intestin grêle et du cæcum, anastomose, guérison.

Néphrectomie. — M. CHEVASSU présente une malade chez laquelle il a fait une néphrectomie pour tuberculose rénale par l'incision oblique de Lucas-Championnière.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 11 JUIN 1914)

Migraine ophtalmoplégique et liquide céphalo-rachidien. — MM. SICARD et CAMBESSÉDÈS. A propos d'un cas de migraine ophtalmoplégique récidivante chez un jeune homme, les auteurs étudient le liquide céphalo-rachidien dans les trois syndromes migraineux de migraine simple, ophtalmique et ophtalmoplégique. Au cours des états migraineux simples, dits arthritiques, le liquide céphalo-rachidien garde sa composition normale, chimique et cytologique, tandis que l'hyperalbuminose et l'hypercytose rachidiennes sont les terrains d'une réaction méningo-corticale, prodromique de manifestations graves bacillaires, syphilitiques ou néoplasiques.

Virilisme épiphysaire. — MM. SICARD et HAGUENEAU présentent une jeune femme de trente ans, à aspect morphologique spécial, avec hypertrichose facio-corporelle, hypotrichose capillaire, musculature virile et suppression des règles. Ces troubles dystrophiques, qui ont évolué depuis quatre ans, sont en rapport avec une réaction intracranienne, comme en témoigne la dissociation albumino-cytologique très notable du liquide céphalo-rachidien. En l'absence de tout trouble oculaire, de tout signe acromégalique, la glande épiphysaire leur paraît responsable de ce virilisme.

Sur un cas de syringomyélie. — M. Henri FRANÇAIS présente une malade atteinte de syringomyélie, chez laquelle l'amyotrophie s'est installée en quelques semaines. L'absence de troubles de la sensibilité a tenu longtemps le diagnostic en suspens, et ces troubles n'ont apparu qu'au bout de six années. Il existe chez cette malade un phlegmon de la main avec nécrose des métacarpiens, évoluant depuis dix-huit mois. Le pus, contenant de nombreux polynucléaires, atteste sa nature infectieuse. Cet exemple est en faveur de la théorie d'après laquelle les panaris de la syringomyélie doivent être considérés non comme un trouble trophique, mais comme un accident infectieux.

Double monoplégie dissociée. — MM. REGNARD et MOUZON. Il s'agit d'une malade de vingt-six ans présentant, depuis six mois, des troubles parétiques limités, au membre supérieur droit, aux muscles extenseurs des doigts et aux interosseux, et, au membre inférieur du même côté, à l'extenseur des orteils et aux péroniers latéraux. Les réflexes sont vifs; il n'existe aucun trouble de la sensibilité; pas d'amyotrophie. Les antécédents de la malade, la réaction de Wassermann positive, l'heureux effet du traitement mercuriel font penser qn'il s'agit, dans ce cas, de placards de méningite spécifique dans la région motrice du cerveau.

Sur un syndrome cérébelleux avec astéréognosie par lésion de la calotte du pédoncule. — MM. Henri CLAUDE et QUERCY. Il s'agit d'une malade qui a présenté rapidement un syndrome caractérisé par une incoordination très accusée avec dysmétrie, asynergie et impossibilité de suturer dans la station debout, à laquelle s'ajoute une astéréognosie, sans troubles de la sensibilité superficielle et profonde, mais élargissement des cercles de Weber. On a observé d'une façon transitoire chez cette malade de l'inexcitabilité labyrinthique et enfin un trouble de la réception des impressions auditives sans surdité; pas de troubles de la force musculaire, ni des nerfs craniens, pas de modifications du liquide céphalo-rachidien. Ce syndrome ne peut être réalisé que par une lésion occupant la région médiane de la calotte du pédoncule, à la hauteur de la quatrième paire, au niveau de l'entrecroisement de Wernekink des pédoncules cérébelleux supérieurs, lésion intéressant la partie interne des deux côtés du ruban de Reil médian, dont les fibres les plus internes répondent à la perception gnosique et à la sensibilité profonde. Les troubles labyrinthiques passagers sont liés à des altérations circulatoires transitoires du noyau de Desters. La diminution apparente de l'ouïe est sous la dépendance d'une insuffisance de l'attention.

Tumeur de la moelle opérée. Guérison persistant depuis deux ans. — MM. BABINSKI, JARKOWSKI et LECÈNE présentent la malade opérée en janvier 1912 : c'est sur elle que fut fait le premier diagnostic de tumeur extramédullaire avec localisation précise basée sur la différence de niveau entre l'anesthésie et les réflexes cutanés de défense. Ceux-ci ne remontaient qu'à la neuvième dorsale, tandis que l'anesthésie complète pour tous les modes était surmontée d'une hypoesthésie relative remontant jusqu'à la quatrième dorsale. L'étendue de cette discordance permettait de supposer une tumeur longue, donc extradurale. Le diagnostic fut confirmé de point en point, il s'agissait d'un angio-lipome de 11 centimètres de long. Les premiers troubles étaient apparus en 1901, la paraplégie ne s'était réellement installée qu'en 1909. Fait digne de remarque, après l'opération, alors que la sensibilité s'améliorait rapidement, les troubles de la motilité volontaire ne se sont amendés qu'au bout de dix mois. La guérison peut aujourd'hui être regardée comme complète. — M. DE MARTEL cite un fait analogue après ablation d'une tumeur intramédullaire, la marche n'est redevenue bonne qu'au bout d'un an.

Anosognosie. — M. BABINSKI désigne sous ce nom l'état particulier de 2 hémiplégiques qui paraissent ignorer leur hémiplégie organique. — M. SOUQUES ajoute un cas analogue. L'interprétation est discutable. — M. THOMAS cite les malades qui ne se servent pas des membres anesthésiés malgré l'intégrité de la force musculaire. — M. CLAUDE parle de troubles de la représentation topographique du membre; M. MEIGE, d'abolition de la fonction. — M. BALLET rapproche ces faits du quiétisme de certains malades atteints de tumeur cérébrale. — M. MARIE voit cette indifférence vis-à-vis des parties malades étendues à toutes les affections viscérales.

Astéréognosie et troubles des sensibilités. — MM. JUMENTIÉ et CELLIER montrent une malade atteinte d'une lésion évidemment organique, présentant cette particularité que, malgré la perte des sensibilités superficielles et profondes, elle n'a pas d'astéréognosie. Seule la sensibilité à la pression est conservée, la forme des objets est reconnue grâce à elle. Le sens des attitudes n'est pas troublé.

Prognathisme et syringomyélie. — MM. MARIE et FOIX l'ont observé 3 fois sur 4 syringomyéliques. Il s'agit d'un véritable trouble trophique, vérifié par une autopsie, et qui ne dépend pas des lésions bulbaires ni de l'hypophyse.

Pseudo-tabes par filariose sanguine. — M. GAUTHIER. Douleurs fulgurantes, abolition des réflexes, signe de Romberg. L'absence des réactions de laboratoire de la syphilis fit rechercher ailleurs et trouver la véritable étiologie.

Lésion vertébrale, compression de la moelle. — M. CHATELIN. Les signes furent ceux d'une compression radiculaire puis médullaire, à évolution lente, la radiographie montre une lésion osseuse ne paraissant pas pottique.

Signe d'Argyll en dehors du tabes. — M. Clovis VINCENT. Ce fait rentre dans la catégorie des exceptions qui n'infirment en rien l'équation de MM. Babinski et Jarkowski : signe d'Argyll égale syphilis nerveuse.

Etat comparé des réactions électriques dans deux cas d'atrophie musculaire Charcot-Marie et dans un cas de névrite interstitielle hypertrophique. — MM. SOUQUES et DUHEM ont eu l'occasion d'examiner les réactions électriques des nerfs chez deux malades atteints d'atrophie musculaire Charcot-Marie et chez un malade atteint de névrite interstitielle hypertrophique. Ils ont constaté que, chez les premiers, les réactions électriques des nerfs étaient normales, contrastant avec les réactions affaiblies ou partiellement dégénérées des muscles. Dans la névrite hypertrophique, au contraire, ils ont noté l'abolition complète de toute excitabilité électrique sur les nerfs, aux courants faradique et galvanique, avec réaction de dégénérescence généralisée sur les muscles.

Ces différences de l'excitabilité électrique des nerfs dans ces deux affections paraissent de nature à fournir un argument de plus en faveur de la théorie qui les considère comme deux maladies distinctes.

Tabes et zona. — MM. SOUQUES, BAUDOUIN et LANTUÉJOUL montrent un malade atteint de tabes et de zona. Le zona

a frappé un membre supérieur qui n'avait jamais présenté jusque-là et qui n'a jamais présenté depuis de symptôme tabétique, il a évolué d'une manière classique.

A propos de cette observation, les auteurs discutent les rapports du tabes avec le zona vrai ou fièvre zoster, d'une part, et avec les éruptions zostériformes ou zostéroïdes, d'autre part.

Etant donné le siège radiculo-ganglionnaire des lésions initiales du tabes, on pourrait se demander si ces lésions constituant un lieu de moindre résistance ne seraient pas capables, en raison de leur topographie, d'attirer l'infection zostérienne sur le ganglion spinal. Mais le zona ne semble pas plus fréquent dans ce tabes que dans les autres maladies. Zona et tabes évoluent parallèlement, sans exercer d'influence l'un sur l'autre.

D'autre part, ces lésions radiculo-ganglionnaires ne sont-elles pas capables de provoquer une éruption zostériforme, symptomatique en quelque sorte du tabes? Malgré le siège de ces lésions et la fréquence des douleurs fulgurantes, les éruptions zostériformes ne paraissent pas plus communes dans le tabes que dans les autres affections chroniques de la moelle. Il ne semble donc pas que le tabes puisse déterminer l'apparition d'éruptions zostéroïdes.

Présence d'un gros tubercule cortical chez un sujet mort de méningite tuberculeuse. — M. CROUZON.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

CONVALESCENCE DES MALADIES INFECTIEUSES ET DES OPÉRÉS

Dès que le malade peut commencer à s'alimenter, faire succéder aux aliments liquides des prises de Poudre de viande de Trouette-Perret, délayée de préférence dans un liquide froid et sucré, avant de donner des aliments solides. La poudre de viande ne demande à l'estomac qu'un travail minimum, est remarquablement assimilable, et active le retour des forces et du poids.

LIVRES NOUVEAUX

L'Hystérie et son traitement (1), par P. SOLLIER.

Ce livre est la deuxième édition d'un ouvrage dont la première a paru en 1901. Il se compose de deux parties essentielles : l'une est l'exposé de la théorie physiologique de l'auteur sur la nature de l'hystérie; l'autre est celui du traitement pathogénique qui découle logiquement de la conception théorique et dont une longue expérience a montré la justesse et l'efficacité.

Cette seconde partie d'ailleurs se divise elle-même en deux grands chapitres : le premier comprend l'étude des méthodes générales de traitement du fond psychonévropathique; le second, les moyens thérapeutiques plus spécialement adaptés à chacun des groupes si nombreux de symptômes et d'accidents qui ont été décrits avec tant de complaisance chez les hystériques. On pourrait s'étonner d'y voir figurer encore aujourd'hui des troubles généraux comme la fièvre, ou des troubles locaux comme des hémorragies cutanées ou viscérales, du pemphigus, de la gangrène, des hémoptysies ou des hématémèses.

Les idées sur l'hystérie ont si singulièrement évolué depuis le début de ce siècle qu'une conception physiologique, aussi intéressante que celle de P. Sollier, édifiée en accord avec les principales données classiques il y a seulement une quinzaine d'années, risquerait fort, pour qui ne cherche que la nouveauté, de paraître actuellement surannée. Le démembrement d'une doctrine traditionnelle a été poussé si loin que c'est à peine s'il est parfois possible d'en retrouver des vestiges. Mais pour l'esprit critique qui, dégagé des théories du moment, veut considérer cette évolution des idées, il est intéressant de voir reparaître une édition nouvelle d'un ouvrage qui fit date et de suivre les remaniements que son auteur dut lui imposer en tenant compte des opinions nouvelles.

PAUL CAMUS.

(1) In-12 de 198 pages, 2e édition. — Paris, Alcan.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 29 JUIN AU 4 JUILLET 1914

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 29 juin, à une heure. — 1er fin d'année (oral, N. R.).
1er (sages-femmes).
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 30 juin, à une heure. — 1er fin d'année (oral, N. R.),
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).
2e (sages-femmes), *Beaujon* (à neuf heures du matin).

Mercredi 1er juillet, à une heure. — 1er fin d'année (oral, N. R.).
1er (sages-femmes).
5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

Jeudi 2 juillet, à une heure. — 1er fin d'année (oral, N. R.).
4e.
1er (sages-femmes).

Vendredi 3 juillet, à une heure. — 1er fin d'année (oral, N. R.).
4e.
2e (sages-femmes), *Clinique Baudelocque* (à neuf heures du matin).

Samedi 4 juillet, à une heure. — 1er fin d'année (oral, N. R.).
5e (2e partie), *Beaujon* (1re et 2e séries).
2e (sages-femmes), *Beaujon*.

THÈSES

Mercredi 1er juillet, à une heure. — Mme FUSS-ALTER. Contribution à l'étude analytique de la montée laiteuse. (MM. Pinard, président; Gaucher, Letulle et Gougerot.) — M. FLINIAUX. Tables des croissances comparées des nourrissons élevés suivant les différents modes d'allaitement durant la première année de la vie. (MM. Gaucher, président; Pinard, Letulle et Gougerot.) — M. TAPHANEL. Syphilis et eczéma. (MM. Letulle, président; Pinard, Gaucher et Gougerot.) — M. DUNAN. Du rôle de l'hypophyse dans la nutrition. (MM. Roger, président; Legueu, André Jousset et Desmarest.) — M. MOUCHEKATENBLITTE. Contribution à l'étude des paralysies immédiates du nerf radial dans les fractures de la diaphyse humérale. (MM. Legueu, président; Roger, André Jousset et Desmarest.)

Jeudi 2 juillet, à une heure. — M. FAYOLLE. Les pigmentations cutanées dans le syndrome de Basedow. (MM. Debove, président; Gilbert Ballet, Achard et Gougerot.) — M. LAUZE. La psychose hallucinatoire chronique. (MM. Gilbert Ballet, président; Debove, Achard et Gougerot.) — M. POIRAULT. Troubles de la sensibilité objective des muqueuses et de la peau dans le zona. (MM. Achard, président; Debove, Gilbert Ballet et Gougerot.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 71. — MARDI 23 JUIN 1914. 87e ANNÉE. MARDI 23 JUIN 1914. — N° 71.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 10 francs par an.
Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 20 juin. — MM. Camus, 20; Ameuille, 16; Foix, 18; Renaud, 16.

Séance du 21 juin. — MM. Halbron, 20; Balthazard, 19 1/2; Harvier, 19; Tixier, 20.

Prochaine séance, mardi 23 juin, à seize heures quarante-cinq, à Lariboisière.

— AUGMENTATION DU NOMBRE DES PLACES D'INTERNES A METTRE AU CONCOURS EN 1915. — Avec les nouvelles obligations militaires, le nombre des internes est devenu absolument insuffisant; c'est ainsi qu'au dernier classement 60 postes d'internes n'ont pu être pourvus de titulaires, à la suite des congés de deux ans accordés à 60 internes à l'effet d'accomplir leur service militaire.

On peut donc prévoir, écrit M. Bonnaire, dans son rapport au conseil de surveillance, qu'à l'avenir 50 ou 60 internes feront défaut chaque année.

Le conseil de surveillance de l'Assistance publique vient donc de décider que, l'*an prochain*, le nombre des places à attribuer serait fixé au quart du cadre total des internes en médecine (arrêté de 1909) augmenté du quart des internes présents sous les drapeaux à l'ouverture du concours.

Pour le prochain concours ce nombre sera donc de $269/4 + 60/4 = 82$.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — L'Ecole de Lyon a célébré la semaine dernière le vingt-cinquième anniversaire de sa fondation. Après une revue des élèves passée par le médecin inspecteur général Chavasse, représentant le ministre de la Guerre, des discours furent prononcés au grand amphithéâtre par MM. le médecin inspecteur Hassler, directeur de l'Ecole, M. le médecin inspecteur général Chavasse et M. le médecin inspecteur Viry qui fut le premier sous-directeur de l'Ecole. Les orateurs rendirent hommage au fondateur de l'Ecole, le regretté médecin inspecteur général Dujardin-Beaumetz, et à son premier directeur le médecin inspecteur Vallin qui rendirent l'École de Lyon digne de la glorieuse Ecole de Strasbourg.

L'ALCOOLISME ET LA MORTALITÉ INFANTILE. — MM. Juillerat et Filassier viennent de publier dans la *Revue philanthropique* une étude statistique qui montre le rôle effrayant joué par l'alcoolisme des parents dans la mortalité des enfants par « débilité congénitale ».

Voici quelques chiffres que les auteurs empruntent aux statistiques du docteur Lucien Jacquet et qui portent sur 396 malades ayant eu 879 enfants.

Consommation alcoolique.		Naissances.	Décès.	Pour 100.
Modérée. . . .	141	305	83	16,78
Forte.	108	248	115	26,01
Très forte. . .	147	326	244	55,47
Totaux. . .	396	879	442	

Sur les 442 enfants morts, 272 avaient succombé en bas âge.

POUR LES FAMILLES NOMBREUSES. — Le groupe pour la protection des familles nombreuses s'est reconstitué à la Chambre, sous la présidence de M. J.-L. Breton. Il a déjà recueilli 260 adhésions. Comme entrée en matière, il a adopté la motion suivante présentée par son président :

« Le groupe, constatant que les familles nombreuses ont toujours été écrasées par nos impôts directs et indirects, décide de combattre énergiquement toute disposition fiscale nouvelle ne comportant pas la pleine équité fiscale pour les familles nombreuses.

Il déclare, notamment, que dans tout impôt progressif ou dégressif sur le revenu, le revenu familial global doit être divisé par le nombre de personnes constituant la famille et considéré comme formant autant de revenus distincts et égaux séparément frappés.

Il affirme que l'application de cette mesure peut seule donner aux familles nombreuses non pas les avantages auxquels elles auraient pourtant un droit absolu, mais la simple justice fiscale. »

Sur la proposition de M. Landry, le groupe a chargé son bureau de faire une démarche auprès du gouvernement afin de connaître les intentions de celui-ci relativement à la commission de dépopulation instituée le 5 novembre 1912 et dont les travaux sont actuellement suspendus.

CHRONIQUE

Un livre du professeur Ramón y Cajal (1).

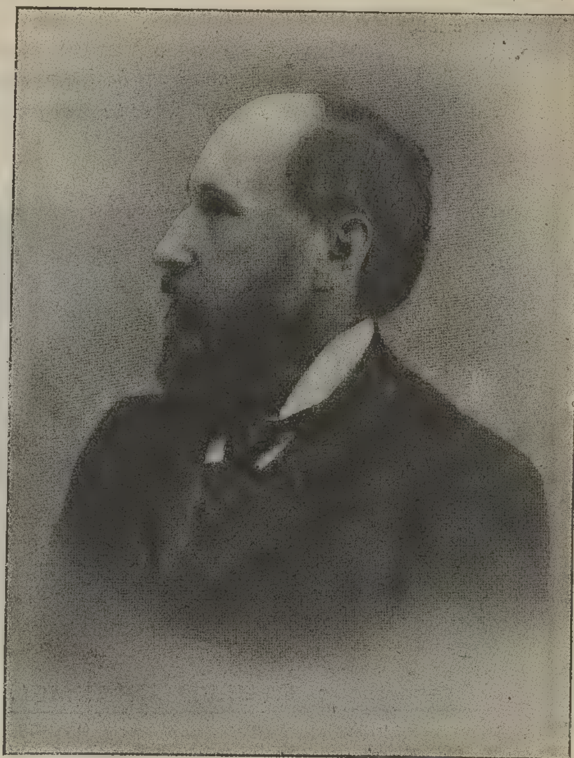
Règles et conseils en vue des recherches biologiques.

Mon excellent et très savant ami, le professeur Casares Gil, de l'Université de Madrid, dont on n'a certainement pas oublié l'article paru ici même sur le mouvement scientifique en Espagne (2), m'a fort aimablement envoyé un ouvrage, très peu connu en France, du professeur Ramón y Cajal.

C'est le discours prononcé par ce maître lors de sa réception à l'Académie des sciences de Madrid, en 1897. Publié d'abord en Espagne, il fut par la suite reproduit dans deux Revues scientifiques américaines et l'an passé l'auteur en donnait une nouvelle édition enrichie de chapitres nouveaux et de nombreuses notes qui la rendent sensiblement différente de la première (3).

J'ai tout lieu d'espérer qu'une traduction intégrale de cette œuvre de l'illustre savant espagnol sera, avant très longtemps, publiée en France, mais, en attendant, je voudrais en donner ici quelques extraits qui, sans déflorer l'ouvrage, en montreront l'esprit.

Après avoir étudié les préoccupations des débutants, montré quelles sont les qualités d'ordre moral que doit posséder celui qui s'adonne aux recherches biologiques et parlé de



LE PROFESSEUR RAMÓN Y CAJAL

l'instruction générale indispensable, M. Ramón y Cajal dit ceci : « Un entendement supérieur qui connaîtrait toutes les

(1) La photographie du professeur Ramón y Cajal que nous reproduisons ici nous a été obligeamment communiquée par *Æsculape*, ce dont nous remercions notre distingué confrère, le docteur B. Bord.

(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 63, p. 1031.

(3) Chez Nicolás Moya, Madrid.

relations mystérieuses engrenant les phénomènes de l'Univers, contemplerait non des sciences, mais une seule science. Pour un être semblable, les frontières qui semblent séparer nos connaissances, la charpente formaliste de nos classifications, l'émiettement analytique des choses si indispensable pour notre compréhension, que nous ne pouvons considérer la réalité que par visions successives et pour ainsi dire sous l'aspect de facettes successives, tout cela disparaîtrait comme par enchantement et la science globale se présenterait à ses yeux comme un arbre gigantesque dont les branches seraient représentées par les diverses sciences, et le tronc par le principe ou les principes sur qui elles se fondent. Le spécialiste travaille comme une larve, fixé sur une feuille et se forgeant l'illusion que son petit monde se balance isolé dans l'espace ; mais l'homme qui cultive la science générale, ayant son horizon plus rapproché du tronc, entrevoit la tige commune à plusieurs branches. Seul, l'homme de l'avenir jouira du bonheur et du pouvoir qui s'y attache de contempler l'arbre tout entier, ou pour mieux dire la science, multiple et infinie dans les phénomènes, une dans ses principes. »

Il suffirait de lignes pareilles pour démontrer la vérité de ce que le grand histologiste dit un peu plus loin lorsqu'il parle de la gloire que le savant a le droit de rechercher et de poursuivre. « A ceux qui te diront que la science éteint toute poésie en tarissant les sources du sentiment et de la soif de mystère qui se cache au fond de l'âme humaine, réponds qu'à la vaine poésie du vulgaire, basée sur une notion erronée de l'univers aussi mesquine que puérile, tu en substitues une autre bien plus grandiose et sublime, qui est la poésie de la vérité, l'incomparable beauté de l'œuvre de Dieu et des lois éternelles établies par lui. Dis-leur aussi que, si la science a dissipé des mystères, elle en découvre d'autres à chaque pas qu'elle fait, mille fois plus grandioses et plus solennels, dans l'espace et dans le temps, dans la matière et dans l'énergie, aussi bien dans l'éclair de l'idée que dans l'emportement de la passion. Ajoute, enfin, que le progrès scientifique, loin de rapetisser l'idéal humain, l'élève et augmente sa dignité en le rendant maître absolu des forces cosmiques, par la rédemption de l'ignorance, le perfectionnement physique et moral de l'espèce humaine, la suppression de la douleur, le retard et l'adoucissement de la mort naturelle. »

Et que l'on ne croie pas d'après cela que M. Ramón y Cajal est un rêveur à qui ses visions grandioses de domination scientifique de l'univers font perdre la notion des contingences de la vie réelle. Je n'en veux pour preuve que le passage qu'il consacre au patriotisme et que je tiens à reproduire ici.

« Parmi les sentiments qui doivent animer le savant, il convient, en effet, de mentionner tout particulièrement le patriotisme, qui revêt chez lui une forme exclusivement positive : le désir ardent d'accroître le prestige de sa patrie, sans dénigrer le crédit des autres. On a dit que la science n'a pas de patrie, et cela est certain, mais, comme répondait Pasteur dans une occasion solennelle : « Le savant, lui, en a une. » L'homme de science n'appartient pas seulement à l'humanité, mais encore à une race qui s'enorgueillit de ses talents, à une nation qui s'honore de ses triomphes, à une région qui le considère comme le fruit le plus choisi de son terrain.

La science et la philosophie représentant l'ordre le plus élevé de l'activité mentale et le dynamomètre de la hiérarchie intellectuelle de chaque race, il est aisé de comprendre le noble orgueil avec lequel les nations civilisées se prévalent de leurs philosophes, de leurs mathématiciens, de leurs physiciens et de leurs naturalistes, de tous leurs illustres fils enfin, qui ont rendu plus grand le nom de la patrie en la faisant participer de façon intime à l'œuvre commune du progrès humain... Quelques penseurs, Tolstoï entre autres, inspirés par

un sentiment humanitaire, aussi contraire à la réalité que déplacé en ces temps de cruelles compétitions internationales, déclarent que le patriotisme est un sentiment égoïste, inspirateur de guerres entre nations et destiné à disparaître pour céder la place à celui plus noble et plus altruiste de la fraternité universelle. Il est certain que la passion patriotique, exaltée jusqu'au chauvinisme, crée et entretient entre les peuples des rivalités et des haines grosses de périls ; mais réduite à ses justes limites et tempérée par la justice et le respect dû à la science et au courage de l'étranger, elle engendre une émulation internationale du meilleur aloi, éminemment profitable à la cause du progrès et en fin de compte à celle de l'humanité... De toutes façons, quels que soient les progrès du cosmopolitisme, le sentiment de la patrie conservera toujours son pouvoir dynamogène et continuera à être le grand excitateur des efforts en vue de conquêtes scientifiques et industrielles. La racine qui l'alimente est trop profondément implantée dans notre psychisme, pour que les flots du socialisme international qui viennent le battre, et les élucubrations de l'humanisme philosophique puissent l'éteindre. Des passions de cet ordre ne se discutent pas, et il faut au contraire en profiter, car elles constituent des sources inappréciables d'énergie virile et d'héroïsme grandiose. ... Même en admettant l'improbable hypothèse des Etats-Unis d'Europe ou du monde, l'homme aimera toujours avec prédilection l'ambiance matérielle et morale la plus voisine de lui, c'est-à-dire son clocher, sa région natale et sa race, et il ne consacrera qu'une tiède affection, voisine de l'indifférence, aux milieux éloignés. On sait bien, en effet, que l'attachement et l'affection de l'homme aux choses du monde, est en raison inverse de leur distance dans l'espace et dans le temps. Et nous disons le temps, car la patrie n'est pas seulement le foyer et le terroir, elle est aussi le passé et l'avenir, elle englobe nos ancêtres défunts et nos descendants éloignés. »

Si le professeur Ramón y Cajal ne croit pas à l'avènement de la République universelle, il n'a pas l'air de croire beaucoup non plus au triomphe d'une langue universelle. « A l'heure présente, dit-il, on publie des travaux scientifiques dans plus de six langues. A l'idée plausible de restaurer le latin ou d'utiliser l'espéranto comme langue scientifique universelle, les savants ont répondu en multipliant encore le nombre d'idiomes dans lesquels sont rédigés les travaux scientifiques. Pratiquement, le volapuck ou l'espéranto représentent une langue de plus à apprendre. » Et le savant maître ajoute ce qu'il nous est infiniment agréable de rapporter ici : « Si les jalousies internationales le permettaient, il serait beaucoup plus simple et pratique de considérer une langue vivante, le français, par exemple, comme langage scientifique. Aux enthousiastes de l'espéranto il conviendrait de demander : quand vous voyagez en France, vous résigneriez-vous à ne pas parler français ? »

S'il convient de lire beaucoup, il faut toujours en revenir à l'observation directe et le maître espagnol ne manque pas de conseiller la recherche de l'inspiration dans la nature. « L'observation fournit, en plus des données empiriques avec lesquelles nous bâtissons notre jugement, certains facteurs de l'ordre du sentiment, variables à un certain degré : la surprise, l'enthousiasme, l'émotion enfin, la grande promotrice d'idées. L'émotion enflamme la machine cérébrale qui acquiert, grâce à elle, la chaleur nécessaire pour concevoir d'heureuses intuitions et forger des hypothèses plausibles. » Et à ce propos, l'auteur raconte son émerveillement à contempler pour la première fois le phénomène de la circulation

LES TROUBLES DYSPEPTIQUES

DE

L'INSUFFISANCE CARDIAQUE [1]

Par MM. G. FAROY et C. LIAN,
Anciens internes des hôpitaux de Paris.

Dans maints articles sur les troubles gastriques dans les cardiopathies, il est classique d'opposer les manifestations gastriques chez les mitraux et chez les aortiques : les premiers ont des troubles de dyspepsie banale que nous étudierons plus loin; les seconds présentent au contraire des phénomènes parmi lesquels la douleur prédomine, souvent sous forme de crises d'intensité variable selon les cas. Cette description classique n'est complètement exacte en réalité qu'à un examen superficiel. Certes les accidents douloureux sont le propre des aortiques, encore faut-il se souvenir que certains mitraux pourront les présenter si les lésions mitrales, quoique non accompagnées d'altérations des valvules sigmoïdes aortiques, coexistent avec des lésions d'aortite chronique thoracique et abdominale. Par contre, le syndrome dyspeptique qu'on observe chez les mitraux peut se rencontrer chez d'autres cardiaques ; — ainsi nous avons vu un pareil syndrome apparaître chez des sujets atteints d'une maladie de Corrigan ou de Hodgson, d'une myocardite chronique, etc., et disparaître ensuite sous l'influence d'une médication toni-cardiaque.

Les troubles gastriques des cardiopathies rentrent donc en réalité dans les deux groupes suivants :

1° *Les uns sont l'expression symptomatique de l'insuffisance cardiaque et par suite de la stase sanguine stomacale.* Ils réalisent un syndrome dyspeptique. *Ils peuvent s'observer dans toutes les cardiopathies au stade de l'insuffisance cardiaque.*

2° *Les autres traduisent exclusivement la souffrance des plexus sympathiques abdominaux périaortiques ou peut-être la claudication intermittente de l'estomac.* Ils sont essentiellement caractérisés par des crises douloureuses épigastriques *et s'observent uniquement, ou presque dans l'aortite abdominale.* Peut-être la maladie de Corrigan est-elle susceptible de les causer, la pulsatilité anormale de l'aorte abdominale arrivant à tirailler les plexus nerveux sympathiques périaortiques.

Nous envisagerons exclusivement dans cet article les troubles gastriques, qui assez souvent accompagnent l'insuffisance cardiaque dans ses trois stades : *dyssystolie* (dyspnée d'effort sans signes physiques nets de congestion passive viscérale, ni œdème appréciables), *hyposystolie* (dyspnée d'effort avec congestions passives viscérales et peu ou pas d'œdème), *asystolie* (dyspnée d'effort très marquée avec congestions passives viscérales intenses et œdèmes notables).

Il nous a paru utile de revenir sur cette question pour plusieurs raisons. D'abord il nous semblait indiqué de modifier l'ancienne classification comme nous venons de le faire. D'autre part, ces troubles gastriques ne sont que très brièvement mentionnés dans les traités, encore ne le sont-ils que dans ceux des maladies du cœur, tandis que, dans la plupart des ouvrages sur les maladies de l'estomac, ils ne sont même pas signalés. Quant aux travaux spécialement consacrés à cette question, beaucoup d'entre eux méritent la critique faite par M. Carrière (de Lille) : « Ce qui manque à mon avis, dit-il, dans la plupart de ces travaux, c'est la notion, claire et précise, de l'origine cardiaque des troubles gastriques observés. » A ce point de vue nous apportons deux observations tout à fait démonstratives, où les troubles gastriques sont apparus avec l'insuffisance cardiaque chez des sujets n'ayant jamais eu auparavant de troubles dyspeptiques, puis ont disparu en quelques jours sous la seule influence d'une médication digitalique, ni le régime alimentaire, ni le genre de vie des sujets n'ayant été modifiés.

Il importait en outre d'insister tout spécialement sur les cas où les troubles gastriques tendent à accaparer toute l'attention du malade et du médecin, et réalisent une véritable *forme dyspeptique de l'insuffisance cardiaque.*

Enfin dans le traitement de ces troubles gastriques il fallait souligner l'importance de l'apparition d'extraits digitaliques totaux, solubles dans l'eau distillée et facilement injectables.

Symptomatologie. — Les troubles gastriques de l'insuffisance cardiaque sont à envisager dans trois séries de cas :

1° *Dans un premier groupe de faits*, et ce sont les plus nombreux, soit dans les trois quarts des cas, *les troubles gastriques sont tout à fait au dernier plan*, soit parce qu'ils sont légers, soit parce qu'ils sont masqués par les autres manifestations plus pénibles et plus caractéristiques de l'insuffisance cardiaque ; le malade ne se plaint pas de troubles dyspeptiques : ceux-ci doivent être recherchés avec soin pour être découverts.

Nous ne faisons que signaler ces cas où les troubles gastriques n'ont qu'une importance minime et secondaire. Ils présentent d'ailleurs les mêmes phénomènes morbides que les deux catégories suivantes.

2° *Dans une deuxième série de cas*, soit chez le quart des sujets atteints d'insuffisance cardiaque, *les troubles dyspeptiques sont assez marqués pour avoir attiré l'attention du malade. Il s'en plaint comme des autres manifestations importantes de l'insuffisance cardiaque* : dyspnée d'effort, palpitations, œdème, etc.

Ces troubles dyspeptiques sont les mêmes que dans la troisième catégorie de faits sur laquelle nous voulons surtout insister. Il y a lieu seulement

(1) Les principales études d'ensemble se rapportant à cette question sont : MULLER, *La dyspepsie des cardiaques*, Th. de Paris, 1886; — HAUTECŒUR, *Etudes sur les troubles et les lésions de l'estomac chez les cardiaques*, Th. de Paris, 1891 ; — CARRIÈRE, Les gastropathies d'origine cardiaque, revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 16 juin 1900, p. 685-694; — LŒPER, Les dyspepsies complexes des mitraux, *Progrès méd.*, 28 fév. 1914; — C. LIAN, Des troubles dyspeptiques de l'insuffisance cardiaque, *Congr. internat. de Londres*, août 1913, sect. VI, p. 277-289.

de noter la particularité suivante dans les cas où les troubles gastriques accompagnent l'asystolie : les vomissements, qui peuvent se produire même après la seule ingestion de lait renferment fréquemment, d'après M. Carrière, un peu de sang, comme l'indiquent soit la présence de filets sanguins dans les matières vomies, soit le résultat positif des réactions de Weber, Meyer, etc., dans les liquides rejetés par la bouche. Tout à fait exceptionnellement peuvent se produire des hématémèses abondantes (Hautecœur).

3° *Dans un dernier groupe de faits, les troubles fonctionnels habituels de l'insuffisance cardiaque sont légers et ne fixent pas l'attention du malade, tandis que les troubles dyspeptiques sont assez marqués. Ce sont ces derniers seulement qu'accuse le patient*, et il faut un examen attentif du médecin pour que les autres troubles de l'insuffisance cardiaque soient décelés, et que par suite l'origine des troubles gastriques soit reconnue. « Le malade est entré gastrique dans votre cabinet, il en sort cardiaque », dit G. Sée. Telle est *la forme dyspeptique de l'insuffisance cardiaque.* Elle s'observe rarement, dans 1 pour 100 des cas seulement ; mais elle mérite d'être bien connue, car en pareille occurrence, si l'on ne diagnostique pas l'origine cardiaque des troubles dyspeptiques, la médication habituelle antidyspeptique sera impuissante, et en même temps s'aggraveront les autres phénomènes.

Avant d'étudier ces derniers faits avec quelques détails, nous rapporterons deux observations personnelles rentrant dans ce cadre.

Observation I. — Auguste B..., cinquante-quatre ans, journalier, vient à la consultation de l'hôpital Lariboisière pour des troubles dyspeptiques, apparus il y a trois mois et persistant depuis lors. Ces troubles sont les suivants : inappétence complète ; immédiatement après les repas, gonflement de la région épigastrique, pas de douleur épigastrique, quelques renvois acides, besoin impérieux de sommeil (se couche même pour quelques minutes, après le repas de midi) ; trois ou quatre fois par semaine, après le repas du soir, vomissement des aliments venant d'être ingérés ; de temps en temps la nuit, une heure après le dîner, quinte de toux souvent précédée d'une douleur aiguë épigastrique, suivie d'une régurgitation alimentaire ou du rejet de quelques gorgées d'aliments (toux émétisante) ; selles régulières, deux fois par jour environ, matières un peu molles, mais bien moulées.

Dans l'espoir d'atténuer ses troubles, il a restreint son alimentation et a fini par se mettre spontanément au régime suivant depuis quinze jours : potages, un litre de lait, six œufs crus et 100 grammes de pain par jour. Il a maigri, s'est affaibli et a cessé de travailler par périodes, mais sans être soulagé.

Spontanément le malade ne parle que de ses troubles dyspeptiques. Mais à un examen rapide on remarque ses lèvres, ses joues bleutées, son pouls inégal et irrégulier. On constate ainsi qu'il s'agit d'un cardiaque et on dirige l'interrogatoire dans ce sens. Le malade, qui a eu la variole à vingt-huit ans, a toujours été un peu gêné pour respirer dans son travail depuis l'âge de trente ans environ, mais il n'avait pas de palpitations, jamais d'œdème des membres inférieurs et digérait bien. Il a noté que sa gêne respiratoire est plus marquée depuis qu'il souffre de l'estomac, mais il l'interprète comme une conséquence de ses troubles gastriques.

Examen. — *Appareil digestif.* — Langue saburrale. Estomac : légère douleur à la palpation du creux épigastrique (point épigastrique) ; tympanisme de la grosse tubérosité ; clapotage et bruit de flot très marqués trois heures et demie après que le malade a pris une tasse de café au lait.

Chimisme gastrique, après repas d'épreuve d'Ewald :

A=73	H=0	H+C=94	$\frac{T}{F}=1,6$	Concentration=0,03
T=240	C=94	F=146		

Donc *anachlorhydrie*; chimisme très inférieur à la normale, concentration faible semblant indiquer une évacuation hâtive. Cette dernière se retrouve du reste à l'examen radioscopique au cours duquel on note : estomac à gauche, à peine en crochet ; pôle inférieur abaissé, à trois travers de doigt au-dessous de la ligne bi-iliaque. L'estomac se vide rapidement ; le duodénum et le jéjunum sont bien visibles, mais on ne voit pas le jéjunum se vider. C'est un type d'*estomac hypertonique. Foie :* déborde le rebord costal de deux travers de doigt (hauteur de la matité 15 centimètres sur la ligne mamelonnaire), légèrement douloureux à la presssion. *Appareil circulatoire :* cœur : pointe dans le sixième espace sur la ligne mamelonnaire, souffle holosystolique apexien à propagation axillaire, 104 battements par minute ; auscultation du cœur et palpation du pouls font dire arythmie perpétuelle. Pression artérielle : Mx 13-Mn 10 (dispositif sphygmomanométrique Pachon-Lian) [1]. *Poumon* : légère congestion passive des bases. *Urines* non albumineuses. Très léger *œdème* du cou-de-pied.

Diagnostic. — Syndrome dyspeptique sensitivo-moteur par insuffisance cardiaque chez un sujet ayant une insuffisance mitrale et de l'arythmie perpétuelle, et étant en hyposystolie.

Traitement. — Le malade reste *au même régime alimentaire, ainsi qu'au repos* où il est depuis dix jours, lorsqu'il vient consulter. Le traitement consiste exclusivement en injections intramusculaires de 2 centigrammes et demi d'extrait physiologique total de digitale (Perrot et Goris), une par jour du 22 au 25 août, une les 27 et 28 août.

Dès la première injection, les troubles gastriques disparaissent, seule persiste l'inappétence qui s'atténue progressivement ; il en est de même pour la dyspnée d'effort. Les congestions viscérales disparaissent. L'arythmie, le souffle persistent, mais le pouls est à 90 environ. Et le malade se considérant comme complètement guéri reprend son travail au début de septembre.

Evolution ultérieure. — Sous l'influence du travail, de légers troubles d'insuffisance cardiaque se manifestent d'une façon constante, mais ils restent légers, car le malade ingère de petites doses de préparations digitaliques une à deux fois par semaine. Les troubles dyspeptiques se résument en de l'irrégularité de l'appétit et en un peu de pesanteur épigastrique après les repas.

En somme, un syndrome de dyspepsie sensitivo-motrice conduit un malade à consulter. On rattache les troubles gastriques à de l'insuffisance cardiaque ; et sous l'influence exclusive d'un traitement digitalique (rien n'ayant été modifié dans le régime alimentaire et le genre de vie du malade), les troubles dyspeptiques disparaissent très rapidement.

Obs. II. — Nous ne rapporterons que les points un peu particuliers de cette observation, qui est en quelque sorte calquée sur la précédente (2).

Mme L..., quarante-trois ans, vient consulter pour des troubles dyspeptiques datant d'un an. Auparavant elle avait un excellent estomac, « il aurait digéré des cailloux », nous

(1) Voir C. Lian, Comment mesurer la pression artérielle? *Paris méd.*, déc. 1913.

(2) Pour plus de détails, voir C. Lian, Des troubles dyspeptiques de l'insuffisance cardiaque. *Comptes rendus du Congrès internat. de Londres* 1913, sect. VI, pp. 277-289.

dit-elle. Appareil digestif : à noter un léger subictère, cependant le foie ne déborde pas le rebord costal. Le chimisme gastrique a été normal, quoique un peu faible, l'examen radioscopique a montré un estomac ptosé. Appareil circulatoire : myocardite avec arythmie complète, pas de lésion valvulaire. Aucun signe de congestion passive rénale, pulmonaire, pas d'œdème. Sous l'influence exclusive de la même médication digitalique que dans l'observation I, les troubles dyspeptiques disparaissent en quelques jours, la malade nous dit avoir « un appétit formidable », elle a pu manger du pain avec du lard sans éprouver de troubles digestifs. L'amélioration a persisté grâce à un traitement digitalique discontinu.

Forme dyspeptique de l'insuffisance cardiaque. — Les deux observations précitées montrent bien comment se présente en clinique la forme dyspeptique de l'insuffisance cardiaque.

Les malades se plaignent exclusivement de troubles dyspeptiques. Ces troubles représentent trait pour trait le tableau clinique du syndrome dyspeptique désigné sous le nom de phénomènes sensitivo-moteurs par A. Mathieu.

L'appétit est généralement diminué, l'anorexie est plus ou moins marquée, constante ou intermittente. Hautecœur, Carrière pensent qu'il y a seulement une fausse anorexie élective, les malades se privant de toute une série de mets qu'ils trouvent difficiles à digérer, les albuminoïdes particulièrement (Grossmann). Certes cette restriction alimentaire élective est de règle ; mais les malades mangent sans plaisir, sans appétit, les aliments qui composent leur régime institué spontanément.

Après le repas, le plus souvent aussitôt après, parfois trois quarts d'heure à une heure et demie après le repas, apparaît du gonflement épigastrique obligeant le malade à desserrer ses vêtements. Ce dernier éprouve au creux épigastrique une sensation de pesanteur et de gêne plus ou moins accentuée. Parfois il lui semble qu'une barre comprime transversalement toute la partie supérieure de l'abdomen (Huchard, Hautecœur). Le ballonnement épigastrique peut être légèrement douloureux. Il ne se produit pas de vives douleurs épigastriques.

En même temps surviennent des éructations, des sensations de brûlures œsophagiennes. Il est fréquent qu'un degré plus ou moins marqué d'aérophagie se surajoute à la dyspepsie. Les vomissements alimentaires ne s'observent pas dans la majorité des cas, toutefois ils ne sont pas exceptionnels. Parfois il se produit de la toux émétisante.

Enfin il est de règle qu'en même temps le visage se congestionne, que le sujet ait la tête lourde, bâille, se sente inapte au travail, et éprouve un besoin impérieux de dormir, qu'il satisfait souvent pendant dix, quinze minutes, peu après la fin des repas. La dyspnée paraît ou s'accentue après l'ingestion d'aliments, le malade est incapable du moindre effort et reste, s'il le peut, assis ou couché.

Certains de ces troubles fonctionnels, en particulier le ballonnement et la pesanteur épigastriques durent quatre heures ou plus après les repas ; aussi le sommeil du malade est-il agité.

Ces malades sont habituellement constipés, dans certains cas leurs fonctions intestinales ne paraissent pas troublées. Ce n'est guère que dans l'asystolie qu'on peut observer de la diarrhée, ou des alternatives de constipation et de diarrhée.

Ces troubles de l'intestin sont, comme l'a justement fait remarquer M. Lœper, sous la dépendance de la congestion passive à la fois de l'intestin, du foie et du pancréas. Ils nous paraissent toujours coexister avec les troubles gastriques.

Les renseignements fournis par l'examen de l'épigastre sont moins caractéristiques que les troubles fonctionnels.

Après les repas l'inspection fait constater le ballonnement du creux épigastrique. La palpation provoque une légère douleur en un point dit épigastrique qui correspond au plexus cœliaque (A. Mathieu et J.-Ch. Roux) ; elle fait entendre du clapotage pendant quatre à cinq heures après les repas. La percussion décèle une sonorité anormale de la grande tubérosité, traduisant l'aérophagie.

Tout cet ensemble clinique impose le diagnostic de syndrome dyspeptique sensitivo-moteur, sans qu'il soit indiqué de recourir à un examen du chimisme gastrique ; du reste celui-ci donne des résultats essentiellement variables, ainsi qu'il est de règle au cours du syndrome dyspeptique sensitivo-moteur.

Huffler, Adler et Stern, Einhorn, puis Harley, Olivier et Morrey obtiennent des chiffres contradictoires et concluent tantôt à l'hyperchlorhydrie, tantôt à l'hypochlorhydrie.

Hautecœur, puis Carrière, Lœper reprennent cette étude et tendent à admettre plutôt une hypochlorhydrie manifeste. Nos deux observations se rapportent à ce dernier type de sécrétion gastrique, surtout la première ; dans ce cas en effet il y a absence totale d'acide chlorhydrique libre (1).

Quant au chimisme de notre deuxième cas, il est sensiblement normal, bien qu'un peu bas.

L'examen des chiffres donnés par Carrière nous permet de conclure à une sécrétion retardée, coïncidant, ainsi que cet auteur le fait remarquer, avec une évacuation lente, habituellement constatée au cours des phénomènes sensitivo-moteurs, et mise en évidence par la radioscopie (Lœper).

Notre observation II cadre avec ces constatations. Mais il n'en est plus de même de l'observation I où l'examen radioscopique a fait conclure à une évacuation hâtive. Il est vrai que, au moment où cette recherche a été faite, les troubles dyspeptiques étaient déjà nettement améliorés.

En résumé, les troubles gastriques de l'insuffisance cardiaque reproduisent trait pour trait le syndrome dyspeptique sensitivo-moteur, et à les considérer seuls, rien ne permet de reconnaître ni même de supposer leur origine circulatoire. Dans ces conditions, si ces troubles dyspeptiques étaient la seule manifestation de l'insuffisance cardiaque, le

(1) A vrai dire il est difficile de conclure, car la concentration faible indique une évacuation hâtive vérifiée par la radioscopie : on peut donc se demander si l'acmé de la sécrétion n'est pas plus hâtif et n'apparaît pas avant une heure, moment de l'extraction du repas d'épreuve. Néanmoins l'anachlorhydrie ($H = 0$) permet de supposer, même avec cette correction, une sécrétion très diminuée.

diagnostic étiologique serait délicat; encore pourrait-on instituer la médication hypodermique tonicardiaque, si le sujet présentait une lésion cardiaque, et solutionner ainsi le problème étiologique.

Mais en réalité nous pensons que jamais ou pour ainsi dire jamais les troubles gastriques n'apparaîtront après un examen attentif comme les seuls signes de l'insuffisance cardiaque. Au minimum on apprend que le sujet présente de la dyspnée d'effort, qui a en général précédé les troubles gastriques et s'est accentuée avec eux. Il est bon de se rappeler à ce propos que les malades, s'ils mentionnent ce symptôme au médecin l'attribueront souvent à leurs troubles gastriques. Il est exact en effet que la dyspnée s'accentue chez ces malades après les repas. En général aussi, on trouve une augmentation de volume du foie, traduisant la congestion passive de cet organe; toutefois ce signe peut faire défaut comme dans l'observation II où il y avait cependant un léger subictère témoignant de l'existence d'un certain degré de congestion passive hépatique. Enfin dans les cas de diagnostic plus facile on notera le facies dit mitral, la dilatation des jugulaires, la stase pulmonaire, voire même un léger œdème de la région malléolaire, ou la dilatation des cavités droites du cœur, etc.

Quant aux cas où les troubles dyspeptiques accompagnent l'asystolie, ils ne rentrent pas dans la forme dyspeptique de l'insuffisance cardiaque, car les troubles habituels de l'insuffisance cardiaque sont trop marqués pour que les phénomènes dyspeptiques puissent accaparer l'attention du malade ou du médecin.

Évolution. — L'évolution des troubles gastriques de l'insuffisance cardiaque peut se résumer en une seule proposition : leurs variations sont parallèles, pour un même malade, à celles de l'insuffisance cardiaque elle-même.

Ainsi on les verra disparaître complètement comme le syndrome asystolique sous l'influence d'un traitement bien conduit. Ou bien de même qu'après une ou plusieurs attaques d'asystolie persiste une hyposystolie définitive, de même les troubles gastriques après avoir rétrocédé peuvent persister à un degré léger. Enfin de légers on les verra devenir intenses en même temps que les autres troubles d'insuffisance cardiaque s'accentueront.

Il est important de noter que ces troubles dyspeptiques, surtout s'ils s'accompagnent d'une aérophagie marquée, peuvent retentir sur le fonctionnement du cœur déjà insuffisant et accentuer ou favoriser la persistance de l'insuffisance cardiaque.

Exceptionnellement les troubles dyspeptiques de l'insuffisance cardiaque peuvent se compliquer d'hématémèses parfois mortelles (Gendrin, Müller, etc.), en général conséquence de nombreuses érosions de la muqueuse, comme dans un cas que nous avons observé. Cette complication redoutable est extrêmement rare et ne s'observe que chez les asystoliques. Mais il est moins rare de constater par la réaction de Weber ou de Meyer la présence d'une petite quantité de sang dans les selles (Lœper).

Diagnostic. — Il est en général facile de rattacher à l'insuffisance cardiaque les troubles dyspeptiques qu'elle entraîne. C'est seulement dans la forme dyspeptique de l'insuffisance cardiaque que le diagnostic peut être un peu délicat, encore l'hésitation sera-t-elle le plus souvent courte, si on connaît ces faits et qu'on pratique un examen attentif du malade.

Toutefois il faut tenir compte des éventualités suivantes qui peuvent être le point de départ d'erreurs de diagnostic :

1° *Les troubles cardiaques sont exclusivement la conséquence des troubles gastriques.* Cette éventualité est fréquente et mérite d'autant plus d'être envisagée que ce sont surtout les dyspepsies sensitivo-motrices qui se compliquent de troubles cardiaques, principalement si elles s'accompagnent d'aérophagie. Mais en pareil cas les phénomènes dyspeptiques ont précédé les troubles cardiaques. Ceux-ci se produisent pendant la période digestive, ce sont des palpitations, soit régulières, soit irrégulières et correspondant à de l'arythmie extrasystolique, c'est de la dyspnée, assez souvent à forme asthmatique, ce sont parfois des douleurs angineuses. Indépendamment de l'horaire de ces troubles, on tablerait sur l'absence de congestion passive hépatique ou pulmonaire, de souffle valvulaire, et de dilatation des cavités du cœur. Il est exceptionnel en effet d'observer un syndrome hyposystolique ou asystolique provoqué complètement par des troubles dyspeptiques chez un sujet à cœur sain antérieurement [asystolie réflexe d'origine gastro-hépatique (Potain et Barié].

Dans les cas douteux l'épreuve du traitement tranchera l'hésitation. Si les troubles cardiaques sont d'origine gastrique, ils disparaîtront ou s'atténueront notablement ainsi que la dyspepsie par un traitement exclusivement antidyspeptique, tandis qu'à elle seule la médication digitalique n'entraînera que peu ou pas d'amélioration, et pourra même accentuer les troubles dyspeptiques et par suite les troubles cardiaques.

2° *Les troubles dyspeptiques sont comme les troubles cardiaques sous la dépendance de l'urémie.* Un sujet peut en effet présenter de la dyspnée d'effort, des phénomènes dyspeptiques comme complication d'une néphrite chronique. Un examen attentif fera reconnaître l'existence d'une lésion rénale. D'autre part, les troubles gastriques d'origine rénale présentent comme caractères spéciaux de s'accompagner d'un état nauséeux persistant et de vomissements répétés ; parfois même peuvent s'observer de vives douleurs épigastriques, souvent sous forme de crises gastriques. En l'absence de ces particularités, pour peu que l'insuffisance rénale coexiste avec un certain degré d'insuffisance cardiaque, ce qui est fréquent, il sera difficile ou impossible de faire la part de ces deux facteurs étiologiques dans la genèse des troubles gastriques.

3° *Chez un cardiaque les troubles gastriques sont sous la dépendance de l'intoxication digitalique ou d'une autre intoxication médicamenteuse.* Dans l'intoxication digitalique les troubles digestifs ont quelques caractères particuliers : le malade éprouve

des douleurs épigastriques, de violentes nausées, des vomissements bilieux, de la diarrhée avec coliques intestinales. Mais ils sont survenus après l'administration de fortes doses de digitale ; en même temps on note du ralentissement du pouls jusqu'au voisinage de 50 pulsations environ, puis apparaît du rythme couplé. Un degré de plus dans l'intoxication, et la bradycardie avec rythme couplé fait place à de la tachyarythmie, des troubles nerveux apparaissent (céphalée, vertiges, troubles visuels, délire, hoquet, etc.), la mort est à redouter. Cet ensemble symptomatique est assez caractéristique pour être facilement reconnu à un examen attentif.

Les cardiaques soumis au traitement ioduré peuvent présenter de ce fait des troubles gastriques, mais leur origine est démontrée par la coexistence des accidents bien connus de l'iodisme. Il est tout à fait exceptionnel d'avoir à envisager l'éventualité d'une intoxication par la caféine ou la strophantine (Carrière).

4° *La coexistence de troubles dyspeptiques et cardiaques résulte d'une simple coïncidence.*

Il s'agit, par exemple, d'un sujet porteur d'une affection valvulaire et présentant des phénomènes sensitivo-moteurs complètement indépendants de la cardiopathie. Le cas est embarrassant. On ne pourra penser à cette indépendance des deux ordres de troubles que si l'on trouve quelque facteur étiologique pour la dyspepsie (mauvaise alimentation, mastication défectueuse et tachyphagie, mauvais fonctionnement de l'intestin, excès alcooliques ou tabagiques, dyspepsie médicamenteuse, etc.), ou que si le sujet ne présente pas de signes d'insuffisance cardiaque. Enfin la disparition des phénomènes dyspeptiques après la seule institution d'un traitement antidyspeptique parlerait encore dans le même sens.

Mais, d'une façon générale, quand ces phénomènes surviennent chez un cardiaque, il est bien difficile de reconnaître si l'insuffisance cardiaque n'intervient pas au moins pour une part.

Conclusion diagnostique. — En somme le diagnostic des troubles gastriques de l'insuffisance cardiaque présente bien quelques difficultés, mais dans l'ensemble il est facile.

Dans tous les cas douteux, l'épreuve thérapeutique sera des plus utiles. Pour cela, si l'état du malade n'en exige pas la modification immédiate, le régime alimentaire ne sera pas changé. Le malade gardera son même genre de vie. On instituera exclusivement la médication digitalique et, pour que l'épreuve soit vraiment concluante, on recourra aux injections intramusculaires. Si, comme dans nos deux observations, les troubles digestifs régressent rapidement sous l'influence de la seule médication digitalique, on pourra affirmer qu'ils relevaient de l'insuffisance cardiaque.

Étiologie et pathogénie. — Le syndrome dyspeptique sensitivo-moteur, apparaissant comme une complication d'une cardiopathie, n'est pas le monopole de telle ou telle affection valvulaire. Il est tout simplement, comme nous l'avons dit, la conséquence de l'insuffisance cardiaque, c'est-à-dire de cet état dans lequel le cœur est incapable d'assurer une circulation normale, et où sa défaillance permet l'apparition d'une stase plus ou moins marquée dans tout le système veineux.

Par conséquent ce syndrome peut compliquer toutes les affections valvulaires, myocardiques, péricardiques. Il survient surtout d'une façon précoce dans les affections mitrales, la symphyse péricardique. Il n'est pas rare de le rencontrer chez les hypertendus, artério-cardio-scléreux, cardio-rénaux. On l'observera aussi dans l'insuffisance cardiaque des emphysémateux, etc., etc.

Il n'attend pas pour se manifester un degré marqué d'insuffisance cardiaque, l'asystolie. Le plus souvent il est net au stade hyposystolique. Mais il n'est pas rare de l'observer dès le stade dyssystolique, coïncidant avec de la dyspnée d'effort, mais sans qu'on décèle des signes physiques de congestion viscérale passive (gros foie, râles sous-crépitants des bases pulmonaires, albuminurie). Notre observation II rentrait presque dans ce dernier cas.

Etant données ces notions étiologiques, il est facile de se rendre compte *grosso modo* comment l'insuffisance cardiaque peut provoquer ainsi l'apparition des phénomènes sensitivo-moteurs. Ceux-ci sont causés par la congestion passive des parois stomacales. D'ailleurs cette hyperémie gastrique a été constatée dans maintes autopsies, elle peut même aboutir à la production d'érosions de la muqueuse gastrique, comme nous l'avons signalé.

On comprend que la congestion passive des tuniques stomacales puisse troubler les fonctions sécrétoires et mécaniques de l'estomac, surtout en les diminuant. D'ailleurs des examens histologiques ont pu montrer l'existence d'altérations des fibres musculaires et des cellules glandulaires (Hautecœur, Carrière).

La congestion passive gastrique n'est pas exclusivement sous la dépendance directe de l'insuffisance cardiaque ; elle relève aussi pour une part de la congestion passive du foie. L'encombrement du foie par le sang veineux gêne le déversement du sang veineux gastrique dans la veine porte. Toutefois la stase hépatique n'est pas la raison nécessaire et suffisante de la stase gastrique, puisque des troubles dyspeptiques marqués peuvent apparaître dès la dyssystolie, c'est-à-dire dans des cas où la congestion passive hépatique est assez peu marquée pour que l'examen clinique ne décèle pas d'augmentation de volume du foie.

Enfin l'importance des troubles dyspeptiques n'est pas rigoureusement parallèle à celle de l'hyperémie gastrique. Comme toujours, en médecine, il faut tenir compte des réactions individuelles. Une dyspepsie antérieure favorisera l'action de l'insuffisance cardiaque. Mais celle-ci, aux stades hypo et dyssystolique suffit à provoquer un syndrome sensitivo-moteur. Il en était ainsi chez nos deux malades ; en particulier la malade de l'observation II avait toujours été considérée dans son entourage comme ayant un estomac excellent, « capable de digérer des cailloux », selon son expression.

Enfin, ici comme toujours, le système nerveux peut revendiquer une part d'action dans l'apparition de ces phénomènes dyspeptiques.

Traitement. — Des notions étiologiques et pathogéniques précitées, ainsi que des observations rapportées plus haut, découle tout naturellement la conduite à tenir.

Lorsque les troubles dyspeptiques surviennent dès le stade dyssystolique, on tentera de les faire disparaître sous l'influence seule du repos et du régime alimentaire suivant : au début, le régime lacté absolu (commandé par la coexistence de la lésion cardiaque), puis après huit ou quinze jours, un régime légèrement hypochloruré dont la base restera le lait ; ce dernier sera pris en partie sous forme de potages avec des pâtes d'Italie, du tapioca, de la semoule, ou des bouillies avec des farines variées ; on fera prendre en outre du riz au lait, des œufs et des purées.

Plus tard quand les troubles dyspeptiques auront disparu, quand l'état du cœur sera nettement amélioré, on ajoutera au régime précédent des poissons maigres, du poulet ou du pigeon, du jambon d'York, des cervelles de mouton, et des laitages de toutes sortes.

Mais au stade hyposystolique ou asystolique, il est utile de faire appel à la médication digitalique jointe au repos et au régime alimentaire déjà indiqué. Pour la digitale, le mode d'administration de choix est l'injection intramusculaire, car on dispose actuellement de produits digitaliques, qui sont solubles dans l'eau distillée et dont l'injection facile, pas trop douloureuse, n'a aucune conséquence fâcheuse. Nous ne voulons pas entrer dans la discussion des doses, car la quantité de digitale à employer, la durée du traitement sont fonction bien plus de l'hyposystolie ou de l'asystolie envisagée dans l'ensemble de ses manifestations, que des seuls troubles gastriques.

Si les circonstances ne se prêtent pas à l'emploi des injections intramusculaires, on pourra parfaitement faire ingérer au malade une préparation digitalique. Toutefois les préparations galéniques de digitale risquent d'être mal tolérées par un estomac dyspeptique. Aussi conseillons-nous en pareil cas de recourir à l'emploi de la digitaline cristallisée qui semble être le moins nauséeux des produits digitaliques. Elle sera d'autant mieux tolérée par l'estomac qu'elle ne sera pas donnée à doses massives. Ainsi M. Carrière recommande de donner seulement x à xv gouttes par jour de la solution glycéro-alcoolique à 1/1000.

Notons enfin l'utilité fréquente d'un traitement digitalique discontinu à petites doses dans les deux cas suivants : 1° au décours de l'hypo ou de l'asystolie pour en prévenir le retour, les doses étant diminuées et espacées de plus en plus, selon l'état du malade ; 2° chez les malades qui gardent un état hyposystolique permanent.

Conclusions. — I. Les troubles gastriques des cardiopathies rentrent dans deux grands groupes :

1° Les uns traduisent exclusivement la souffrance des plexus sympathiques abdominaux périaortiques ou peut-être la claudication intermittente de l'estomac; ils sont essentiellement caractérisés par des crises douloureuses épigastriques et s'observent uniquement ou presque dans l'aortite abdominale.

2° Les autres sont l'expression symptomatique de l'insuffisance cardiaque. Ils réalisent le syndrome dyspeptique sensitivo-moteur de A. Mathieu.

II. Ce syndrome dyspeptique sensitivo-moteur, dû à l'insuffisance cardiaque, s'observe dans trois séries de cas :

1° Il est au deuxième plan, masqué par un syndrome asystolique.

2° Il attire autant l'attention du médecin et du malade que les autres troubles de l'insuffisance cardiaque ; c'est souvent le cas dans l'hyposystolie, et dans la dyssystolie.

3° Les autres troubles fonctionnels de l'insuffisance cardiaque sont légers et ne fixent pas l'attention du malade, tandis que les troubles dyspeptiques sont assez marqués. C'est la *forme dyspeptique de l'insuffisance cardiaque.*

III. Le diagnostic est en général facile. Pour tous les cas douteux, l'épreuve thérapeutique fournit de précieux renseignements. Elle est tout à fait démonstrative si, comme dans les observations rapportées, on fait intervenir seulement la médication digitalique sous forme d'injection, sans rien changer au régime alimentaire ni au genre de vie du malade.

IV. Le syndrome dyspeptique sensitivo-moteur n'est pas le monopole de telle ou telle cardiopathie ; il est simplement la conséquence de l'insuffisance cardiaque et traduit la congestion passive des parois gastriques.

V. Le repos et un régime alimentaire bien compris pourront suffire pour les troubles gastriques de la dyssystolie. Mais dans l'hypo et l'asystolie, il faut y ajouter la médication digitalique. Le mode d'administration de choix est l'injection intramusculaire, car on dispose actuellement de produits digitaliques qui sont solubles dans l'eau distillée, et dont l'injection facile, pas trop douloureuse n'a aucune conséquence locale fâcheuse. Si l'on doit se résigner à l'ingestion buccale de digitale, on donnera la préférence aux petites doses de digitaline cristallisée.

LA QUESTION DU PAIN BLANC

Par le docteur ALFRED GOTTSCHALK.

Le pain est l'aliment primordial des peuples de race blanche ; dans nos climats, il forme, dans certaines classes de la société, les deux tiers et même les trois quarts de l'alimentation totale. A Paris, il s'en consomme 900000 kilogrammes par jour et, pour la France, la consommation totale est de 254 kilogrammes par tête et par an, ce qui donne environ 700 grammes par jour ; cette consommation est encore plus forte dans certains pays, comme le

Danemark et la Belgique, où la consommation atteint respectivement 287 et 274 kilogrammes par tête et par an.

Or, depuis environ un siècle, la fabrication du pain a subi des modifications profondes, par suite de préjugés déplorables, par suite aussi de travaux scientifiques mal interprétés. Alors qu'autrefois tout l'effort du meunier était de faire rendre au blé le maximum de farine capable de donner un pain nourrissant et de bon goût, les minotiers modernes, sur la demande des boulangers et, il faut bien le dire, sur la demande des consommateurs, se sont efforcés de donner une farine de plus en plus blanche et de plus en plus fine, permettant de fabriquer du pain extrablanc, du pain autrefois considéré comme un aliment de luxe, que l'on considère, à tort, comme un aliment meilleur que le vieux pain de ménage.

Comme tous les problèmes alimentaires, le problème du pain est très complexe ; les résultats sont souvent contradictoires selon qu'ils ont été obtenus par les chimistes dans leurs laboratoires ou qu'ils proviennent de l'observation et de l'expérimentation directe.

D'autre part, les arguments tirés de l'analyse n'ont pas toujours été employés avec toute la compétence et toute la bonne foi nécessaire, certains adversaires convaincus du pain blanc ont inutilement passionné le débat, ce qui a encore embrouillé les choses; enfin le problème se complique de questions d'intérêt, de questions économiques et sociales, et l'on comprend qu'il est difficile de concilier tout cela.

Tout récemment, le docteur Monteuuis a publié un volume qui fit quelque bruit (1) et dans lequel il démontre les raisons qui font de lui un partisan acharné du pain « naturel », un adversaire résolu et violent du pain blanc qu'il qualifie de danger national.

*
* *

En se fondant sur l'analyse chimique pure, Liebig a dit que le blutage de la farine était une opération de luxe, le son renfermant au moins autant de matières nutritives que la farine ; par malheur cette constatation, vraie dans le creuset du chimiste, cesse de l'être dans l'intestin humain : certes, le son renferme une grande proportion d'azote, de phosphates, de divers sels minéraux, mais, l'expérience l'a aujourd'hui démontré péremptoirement, ces substances ne sont pas absorbées, ou ne le sont qu'à un très faible degré par l'intestin.

Sous l'influence des idées émises par Liebig, Graham fit fabriquer le pain complet qui porte son nom et dans lequel le son finement moulu est entièrement mélangé à la farine ; ce pain, de coloration brune, est d'un goût fort agréable, il a des propriétés laxatives très nettes, dues à sa teneur en cellulose, mais il est incontestablement moins bien utilisé que le pain blanc, comme les chiffres que je donnerai plus loin le démontrent ; d'ailleurs personne aujourd'hui ne préconise le pain complet, si ce n'est en vue d'indications particulières, et toute la controverse se place sur le taux du blutage le plus favorable.

On sait que le grain de blé peut être divisé en trois parties : l'embryon, très riche en substances azotées, grasses et minérales, ainsi qu'en ferments, mais qui ne forme que 1,43 p. 100 du grain ; les enveloppes formées d'une couche externe (gros son) presque exclusivement cellulosique et du revêtement de l'amande, des cellules du tégument, riches en azote, en ferments et en matières minérales ; ces enveloppes forment, en moyenne, 14,36 p. 100 du poids du grain ; quant à l'amande proprement dite, elle forme la partie la plus volumineuse et tranche par sa blancheur sur le reste du grain ; elle en forme 84,21 p. 100. Cette amande est formée par une trame de gluten (9 à 11 p. 100 de l'amande) renfermant des grains d'amidon (56 à 75 p. 100).

Pour transformer le grain en farine, après les procédés primitifs de broyage, on se servit exclusivement de meules, pendant de longs siècles. Ces meules horizontales, en pierre, étaient mues par un moteur à vent ou par une chute d'eau, selon les pays; sous leur action, le grain était soumis à une sorte de granulation, à un broyage qui éliminait le gros son et qui fragmentait le reste du grain en masses de plus en plus fines ; les différentes qualités de farine étaient séparées ensuite par le blutage exécuté avec des tamis à mailles de plus en plus fines.

Depuis quelques dizaines d'années, les meules ont été, en grande partie, remplacées par d'autres appareils, les *convertisseurs*, qui, dans le procédé de mouture hongroise, font subir au blé un véritable laminage. Ces convertisseurs sont des cylindres de fonte ou de porcelaine, unis ou cannelés, de plus en plus rapprochés, qui aplatissent le grain, qui en séparent automatiquement les différentes parties constituantes, qui permettent d'obtenir séparément l'embryon, la couche corticale et le centre de l'amande. Grâce aux convertisseurs, on peut obtenir une farine extrêmement blanche, provenant exclusivement du centre de l'amande et ne représentant plus, en poids, que 45 à 50 p. 100 du blé total, formée surtout d'amidon et ne renfermant plus que la quantité de gluten strictement indispensable pour pouvoir être panifiée. La farine de meules que l'on employait autrefois n'était blutée qu'à 10, 20 ou 25 p. 100 d'extraction, ce qui veut dire qu'elle représentait 90, 80 ou 75 p. 100 du poids du blé.

Dans l'armée française le pain de munition, autrefois bluté à 10 p. 100, a vu son taux de blutage récemment porté à 30 p. 100. M. Balland, pharmacien principal de l'armée (1), a montré le résultat de ces pratiques : malgré les augmentations successives des rations de viande, la faim du soldat est de moins en moins apaisée.

(1) Monteuuis. *Le Pain blanc, ses dangers et son remède, le pain naturel*, Paris 1914, A. Maloine, édit.

(1) *Acad. des sciences*. Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 12, p. 185.

Le mode d'action des cylindres est tout différent de celui des meules ; ces dernières divisent le son, en pulvérisent une partie qui passera à travers les mailles du blutoir; l'embryon est moulu avec l'amande. Les convertisseurs, au contraire, éliminent tout d'abord l'embryon au moyen d'un dégermeur, puis aplatissent le son, curent les enveloppes, presque sans les fragmenter ; le son reste large et frisé et ne passe pas au blutage.

C'est à propos de la valeur comparative de ces deux sortes de farines et du pain qui en résulte que s'est élevée une discussion entre certains hygiénistes et la majorité des boulangers et surtout des minotiers.

Les premiers, en se fondant sur des expériences scientifiques qui sont discutables, sur des faits d'observation qui le sont beaucoup moins, admettent une supériorité très nette du pain bis, du pain moins blanc plus exactement, alors que les autres, appuyés par l'autorité de certains savants, nient cette supériorité, prétendent au contraire que la farine blanche est à la fois plus digestible et plus nutritive.

Ils ont naturellement un intérêt à prendre ainsi position ; la mouture hongroise nécessite des installations très importantes, de grands capitaux, des appareils coûteux et, pratiquement, les minoteries se trouvent aujourd'hui entre les mains de puissantes sociétés, qui ont tout intérêt à centraliser de plus en plus la fabrication de la farine ; au contraire, n'importe quel moulin de village peut préparer de la farine à 25 ou 30 p. 100 d'extraction de blutage et, si la mode revenait au pain moins blanc, les grandes sociétés de minoterie en pâtiraient, au moins pendant quelque temps ; l'argument est sérieux et toutes les tentatives de retour au pain moins blanc, aux procédés moins industriels de mouture ont toujours rencontré une forte hostilité. Ceci a été démontré par l'insuccès commercial des appareils et des procédés Schweizer, qui semblent bien apporter un très notable perfectionnement à la panification ; le système Schweizer comprend une série d'appareils ingénieux, permettant même à un boulanger d'importance moyenne de préparer entièrement le pain, à partir du grain de blé. L'appareil de mouture, le seul qui nous occupe, est constitué par une meule horizontale, en acier, à écartement variable, qui permet d'obtenir une farine très savoureuse et très nourrissante, avec une extraction de 25 à 28 p. 100 de son ; le pain obtenu est très légèrement coloré.

A plusieurs reprises, en France, et plus récemment en Angleterre, de grands journaux firent campagne pour un pain de ce genre, mais jusqu'à présent toujours sans succès, à cause de l'hostilité des grands minotiers.

Ces derniers objectent que, s'ils fabriquent surtout une farine extrablanche, c'est parce que les consommateurs l'exigent, qu'ils pourraient tout aussi bien bluter un peu moins.

Les minotiers ajoutent encore un argument qui n'est pas sans valeur contre une définition légale trop précise, trop limitative, de la farine, contre une *standartisation*, comme on voulut la proposer en Angleterre, à savoir que le poids des enveloppes, par rapport à celui du grain, varie selon les espèces et les récoltes ; le poids proportionnel des enveloppes est plus élevé dans les blés légers que dans les blés lourds. En blutant toujours au même taux mathématique, on aurait une teneur très variable de son dans la farine.

Les minotiers objectent encore que les hygiénistes se trompent en affirmant que le pain extrablanc est moins nourrissant que l'autre, que le son est complètement indigestible et que la présence de l'embryon dans la farine ne peut jouer aucun rôle utile, étant donnée sa faible proportion, alors que d'autre part cette présence rend beaucoup plus difficile la conservation.

Ce dernier argument est d'ordre purement technique ; si la farine doit être conservée pendant un certain temps avant d'être panifiée, parce qu'elle s'améliore, il n'est nullement indispensable que cette conservation soit de très longue durée et la formation de grands stocks de farine n'a qu'un intérêt de pure spéculation ; je ne doute pas, d'ailleurs, qu'on trouverait facilement des procédés pour assurer la conservation. L'argument que l'embryon ne forme qu'une infime proportion de la farine (je rappelle qu'il forme le 1,43 p. 100 du grain de blé) n'a pas grande valeur ; nous connaissons divers cas où un élément alimentaire joue un rôle considérable dans la nutrition, bien qu'il n'existe qu'à très faibles doses. Reste la digestibilité meilleure du pain blanc ; ici, si l'on veut examiner impartialement les résultats, il semble bien que les minotiers ont raison, du moins en ce qui concerne l'utilisation purement intestinale du pain.

Parmi les innombrables expériences faites à ce propos, un grand nombre ne peuvent être utilisées, parce qu'elles furent entreprises dans de mauvaises conditions et surtout parce qu'elles furent de trop courte durée ; je veux relater ici deux observations qui me paraissent échapper à cette critique.

La première est due à M. P. Fauvel, professeur à la Faculté catholique d'Angers, qui se soumit à des périodes d'essais d'au moins huit jours, pendant lesquelles il mangeait 400 grammes du pain à l'étude, le reste du régime restant rigoureusement pareil et les urines étant analysées chaque jour. Ces essais portèrent sur du pain complet, renfermant tout le son, finement moulu, et 1/5 de farine de seigle, sur le pain de munition, nettement bis, et sur du pain blanc de farine de cylindres, de première qualité. Voici les analyses de ces trois sortes de pain :

	Azote.	Albumine.	P^2O^5.
Pain complet	1,23	7,69	0,582 %
Pain de munition	1,23	7,69	0,264 %
Pain blanc	1,08	6,75	0.175 %

Voici maintenant, la moyenne donnée pour un jour de l'analyse des urines pendant une semaine :

	Volume.	Acidité.	Urée.	Xanthouriques.	Acide urique.	P^2O^5
Pain complet	920	1,49	12,06	0,62	0,35	2,07
Pain de munition	1320	1,41	14,39	0,47	0,21	2,01
Pain blanc	1120	1,29	13,91	0,54	0,34	1,68

Ces résultats, confirmés encore par des expériences ultérieures, montrent une grande supériorité du pain de munition ; ils montrent aussi que la teneur des urines en urée et en phosphate n'est pas proportionnelle à la teneur de ces substances dans l'alimentation, avec les différents pains, ce qui nous prouve qu'une grande partie reste indigérée.

La deuxième expérience est due à M. Hinhede (1), le savant danois dont j'ai déjà eu l'occasion de parler à plusieurs reprises; disposant d'un sujet exceptionnel, M. Hinhede a pu le soumettre, pendant un temps suffisamment long, à un régime exclusivement composé de pain et d'un corps gras (margarine, palmine ou beurre), auquel on ajoutait simplement, à certaines périodes, un demi-litre de lait; les essais ont toujours duré au moins huit jours, ce qui diminue considérablement les erreurs dues à la délimitation des selles, entreprise cependant avec le plus grand soin; il faut ajouter que le sujet mastiquait avec beaucoup d'application, en suivant les conseils de M. H. Fletcher, ce qui explique l'utilisation excellente de ses aliments.

Je donne ci-dessous, sous forme de tableau, les coefficients d'utilisation des divers pains en expérience; l'utilisation globale a été calculée d'après les chiffres ainsi obtenus et concorde d'une façon frappante avec l'utilisation de la matière sèche comme avec celle des calories; la première étant des plus faciles à déterminer, cette constatation permettra une grande simplification dans les recherches ultérieures.

Les essais portèrent sur cinq espèces de pain :

A. Pain de seigle complet, fait de farine non blutée. Utilisation globale : 87 p. 100.

B. Pain de seigle plus fin, fait de farine blutée à 20 p. 100. Utilisation globale : 92,5 p. 100.

C. Pain mélangé, de farine de seigle et de froment, blutée à environ 30 p. 100. Utilisation globale : 95,5 p. 100.

D. Pain de Graham, fait de farine de froment non blutée. Utilisation globale : 91,6 p. 100.

E. Pain blanc, fait de farine de froment, blutée à 30 p. 100. Utilisation globale : 97,7 p. 100.

Voici les analyses des divers pains en expérience (le pain blanc n° 2 n'a pas servi aux essais et n'est analysé ici que comme type d'un pain cher):

PAIN	Prix en öre (2).	Poids en grammes.	Substance sèche.	Albumine.	Cendres.	Cendres NaCl.	Cellulose.	Pentosanes.
A. Seigle complet.......	31	2000	64,02	7,72	1,76	1,10	1,3	7,2
B. Seigle bluté à 20 p. 100.	31	1368	65,78	6,03	1,28	0,68	—	—
C. Seigle fin...........	15	528	66,78	7,96	1,24	0,51	—	—
D. Froment complet.....	20	735	66,74	9,50	1,77	1,04	—	—
E. Blanc n° 1..........	12	311	68,88	9,08	1,00	0,38	0,1	2,8
Blanc n° 2........	10	177	67,29	9,74	1,48	0,56	—	—

A titre de comparaison, voici les chiffres donnés pour les pains français, dans les tables d'Alquier :

PAIN	Prix.	Substance sèche.	Albumine.	Cendres.	Cellulose.
Seigle.............	—	61,38	7,53	1,53	0,71
Seigle et froment.......	—	64,10	7,97	0,87	0,96
Complet (?)...........	—	63,47	9,15	1,44	0,45
Son................	—	63,03	7,11	2,32	—
Munition.............	—	62,67	7,72	1,04	0,27
Bis................	—	56,40	5,40	2,10	—
Blanc moyen..........	40 cent.	64,69	8,26	1,05	0,40
Froment de campagne..	—	68,57	7,48	0,64	0,34

M. Hinhede compare les résultats à ceux donnés par les pommes de terre, dans une expérience précédente :

PARTIE NON DIGÉRÉE RETROUVÉE DANS LES FÈCES

	SUBSTANCE SÈCHE		AZOTE		GRAISSE		CENDRES		RESTE HYDROCARBONÉ		CALORIES	
A..............	13,1	**10.6**	34,7	**26,0**	9,3	**5,6**	49,8	**30,4**	9,6	**8,6**	13,3	**10,6**
B..............	7,7	**5,5**	28,3	**18,3**	4,8	**1,9**	31,0	**19,2**	5,6	**4,8**	7,2	**5,5**
C..............	4,4	**2,2**	13,7	**6,4**	4,7	**1,2**	25,3	**6,0**	2,5	**1,6**	4,6	**2,2**
D..............	8,4	**6,3**	15,7	**9,9**	5,9	**2,6**	37,9	**23,8**	6,6	**5,7**	8,4	**6,0**
E..............	2,2	**0,0**	6,3	**0,0**	3,3	**0,0**	24,6	**00,0**	0,9	**0,0**	2,4	**0,0**
Pommes de terre.	2,8	**0,0**	19,0	**0,0**	4,0	**0,0**	11,9	**00,0**	0,9	**0,0**	3,1	**0,0**

Ceci nous donne, pour l'utilisation de ces divers éléments, un pourcentage de :

	SUBSTANCE SÈCHE		AZOTE		GRAISSE		CENDRES		RESTE HYDROCARBONÉ		CALORIES	
A..............	86,9	**89,4**	65,3	**74,0**	90,7	**94,4**	50,2	**69,6**	90,4	**91,4**	86,7	**89,4**
B..............	92,3	**94,5**	71,7	**81,7**	95,2	**98,1**	69,0	**80,8**	94,4	**95,2**	92,8	**94,5**
C..............	95,6	**97.8**	86,3	**93,6**	95,3	**98,8**	74,7	**94,0**	97,5	**98,4**	95,4	**97,8**
D..............	91,6	**93.7**	84,3	**90,2**	94,1	**97,4**	62,1	**76.2**	93,4	**94,3**	91,6	**94,0**
E..............	97,8	**100**	93,7	**100**	96,9	**100**	75,4	**100**	99,1	**100**	97,6	**100**
Pommes de terre.	97,2	**100**	81,0	**100**	96,0	**100**	88,1	**100**	99,1	**100**	96,9	**100**

Pour chaque élément, les chiffres de la première colonne représentent le déchet brut, dû à l'élimination de la substance non digérée par les fèces; M. Hinhede fait remarquer que les sécrétions intestinales éliminent toujours, même pendant l'inani-

(1) Untersuchungen über die Verdaulichkeit einiger Brotsorten, *Skandin. Arch. f. Phys.*, 1913, t. XXVIII, p. 165.

(2) Un öre vaut 1 cent. 13.

tion, une certaine quantité de substances; cette déperdition physiologique peut être évaluée, en moyenne, à 18 grammes de substance sèche, 1 gramme d'azote (6,25 d'albumine), 4 grammes de graisse, 3 grammes de cendres, 5 grammes de reste hydrocarboné et 100 calories par jour.

Pour obtenir les coefficients d'utilisation réelle, il faut défalquer, des chiffres obtenus par l'analyse brute, la part qui revient aux sécrétions éliminées, on obtient alors les chiffres de la deuxième colonne, d'après lesquels le pain blanc, comme les pommes de terre, se montre complètement utilisé.

Ces chiffres nous montrent que, si les pains faits de farine non blutée ou peu blutée renferment plus d'azote, la proportion change du tout au tout si, au lieu de considérer l'azote ingéré, on considère l'azote digéré :

1000gr DE PAIN	CONTENANCE EN AZOTE		
	total.	digéré.	soit %.
Seigle complet	75	49	65
Seigle bluté à 20 p. 100	63	45	72
Seigle et froment bluté à 30 %	80	66	83
Froment complet	96	81	85
Froment bluté à 30 p. 100	91	85	94

L'utilisation meilleure du pain de froment s'explique, comme nous le verrons plus loin, parce que, à égalité de blutage, la farine de froment contient moins de cellulose que celle de seigle.

L'utilisation des substances minérales dans les divers pains prête à la même discussion.

Si nous ne tenons compte que de la teneur en éléments nutritifs, les résultats de cette expérience seraient donc entièrement favorables au pain blanc. Mais il y a autre chose; il reste dans ce problème une inconnue que l'avenir élucidera sans doute, mais sur laquelle nous avons cependant quelques aperçus.

Il semble que les céréales renferment, dans leur tégument externe, une substance indispensable à notre nutrition et, si nous ne connaissons pas la nature de cette substance, nous connaissons du moins quelques-uns des troubles qui surviennent quand on l'élimine de l'alimentation.

L'étude du béri-béri, maladie endémique chez certains peuples dont le riz forme l'aliment principal, semble bien due, pour une grande part, à l'usage du riz poli; la maladie ne se déclare pas chez les individus qui se nourrissent de riz non poli et la substitution du riz non poli au riz poli non seulement prévient la maladie, mais en amende les symptômes.

Des poules ou des pigeons, nourris de riz poli, deviennent malades et meurent en un mois environ; ils se remettent très rapidement si on ajoute, en temps utile, un peu de son de riz, ou une décoction de ce son, à leur régime ; ils meurent également si on les nourrit exclusivement de pain blanc.

Magendie avait déjà montré, dans une expérience classique, que les chiens meurent toujours quand on les nourrit exclusivement de pain blanc, alors que leur santé ne subit aucun dommage quand on remplace le pain blanc par du pain de munition.

Le professeur Holst (1), cité par le docteur Hinhede, a observé que des pigeons, nourris de pain blanc, meurent toujours de polynévrite ; plus vite si on se sert de pain levé par l'acide carbonique à l'aide d'un carbonate alcalin que si on emploie le pain levé par fermentation; en les nourrissant avec du pain de seigle, fermenté ou non, ils persistent indéfiniment en bonne santé quel que soit le blutage; le professeur Holtz en conclut que la substance mystérieuse, dont l'absence détermine des troubles, se trouve uniquement dans les enveloppes du grain de blé ou de riz, alors qu'elle serait mélangée à l'amande, dans le grain de seigle. M. Hinhede propose une explication plus simple en citant les analyses de König qui montrent que la farine de seigle, à égalité de blutage, renferme environ 17 fois plus de cellulose.

	Cendres.	Cellulose.
Froment. Farine fine (blutée à 35 %)	0,50	0,02
— Farine grossière	1,81	1,65
Seigle. Farine fine	0,68	0,34
— Farine grossière	1,85	1,47

Il ne saurait s'agir de la cellulose elle-même, mais d'une substance qui lui est associée; je le répète, nous n'avons aucune donnée positive sur sa nature et, en lui donnant le nom de *vitamine*, Funk n'a pas fait beaucoup avancer la question.

Il est des plus probables que cette substance se trouve en d'autres aliments que dans le pain, mais justement, parce que nous ne la connaissons pas, il y a un certain risque à s'en priver en ne consommant que du pain blanc et il n'est pas impossible que là soit l'origine de certains troubles de la nutrition.

A part les cas de béri-béri, on n'a pas de documents sur l'homme ; M. Hinhede cite cependant une observation personnelle. Alors qu'il travaillait à Christiania, il vécut pendant quelque temps de pain et de beurre et se porta admirablement bien, tant qu'il consomma du gros pain ; lorsque, fatigué de l'uniformité de son régime, il se mit à consommer des petits pains, des zwiebacks et du pain viennois, il fut pris d'une sensation de lassitude générale et eut, un jour, une attaque de vertige, très violente; il n'avait jamais été sujet à des troubles de ce genre, qui ne se reproduisirent plus par la suite ; pendant l'expérience que j'ai relatée le sujet présenta des troubles analogues, quoique moins accusés, au cours d'une période de pain blanc.

Le point de vue économique. — J'ai déjà signalé que les farines fines, à 60 et même à 45 p. 100 d'extraction, ne peuvent être établies que par les grands établissements de minoterie, à l'aide des convertisseurs les plus perfectionnés, alors que la farine donnant une extraction de 70 à 65 p. 100 peut être fabriquée par n'importe quel meunier de village à l'aide de meules mues par un moulin à vent ou hydraulique, ceci nous explique la position qu'ont prise les grands minotiers dans ce conflit ; ils préfèrent vendre plus cher une farine extrablanche qu'ils sont seuls à pouvoir fabriquer, quitte à vendre,

(1) *Norsk. Mag. f. Lägevid.*, 1907.

plus cher encore, la farine d'embryons, sous forme de spécialité alimentaire ou pharmaceutique. Mais ici, le public seul est maître, s'il manifeste son goût pour un pain moins blanc, plus agréable et plus savoureux, les minotiers n'auront qu'à se plier à ses exigences ; dès maintenant déjà, les grandes fabriques ont dû installer quelques batteries de meules à côté de leurs convertisseurs.

Actuellement, les boulangers commencent à se plaindre des farines qu'on leur fournit, farines trop pauvres en gluten, qui leur donnent un rendement inférieur en pain. M. Balland (1) a montré que cette défaillance en gluten n'est pas due uniquement à une dégénérescence de nos blés, conséquence des cultures intensives en usage depuis une trentaine d'années. Cette baisse doit être surtout attribuée aux modes de mouture qui éliminent les germes et les parties du blé les plus azotées, à la blancheur des farines qui nécessite un blutage plus parfait, à l'hydratation par suite du mouillage qu'exige le procédé de mouture par cylindres.

Lorsque les boulangers de Paris exigeront des farines à 25 p. 100 de gluten qui augmenteront le rendement en pain, les meuniers s'appliqueront à leur livrer des produits peut-être moins blancs, mais beaucoup plus corsés et moins hydratés.

En ce qui concerne l'intérêt du consommateur, je regrette de n'avoir pas de chiffres précis au sujet des pains français, mais je veux néanmoins citer le tableau dressé par M. Hinhede, montrant la quantité de substance nutritive que l'on achète en prenant pour une couronne (1 fr. 39) de pain.

PAIN	POIDS	SUBSTANCE SÈCHE		ALBUMINE		Cendres NaCl.	Cellulose.	Pentosanes.
		totale.	digérée.	totale.	digérée.			
Seigle complet..........	6452	4131	3693	498	399	71,0	83,9	464
Seigle bluté à 20 p. 100..	4413	2903	2743	266	217	30,0	—	—
Seigle fin..............	3520	2351	2299	280	262	18,0	—	—
Graham................	3675	2563	2402	349	315	38,2	—	—
Blanc n° 1..............	2592	1738	1738	220	220	9,8	2,6	73
Blanc n° 2..............	1770	1191	1191	172	172	9.9	—	—

Le pain blanc n° 2 n'avait pas été employé pour les essais, il n'est mis ici que comme exemple d'un pain cher ; le pain blanc n° 1 était une des sortes le meilleur marché.

On voit par ces chiffres que, à Copenhague, le pain de seigle non bluté, bien qu'une grande partie de son albumine ne soit pas digérée, renferme cependant, à prix égal, une fois et demie plus d'albumine digestible que le pain de seigle fin ; pour le pain de froment, on obtient, pour le même prix, deux à trois fois moins de substance sèche et la moitié d'albumine digestible que dans le pain complet.

Au Danemark, comme cela se vérifierait sans doute aussi en d'autres pays, le consommateur paye très cher le luxe d'avoir du pain blanc.

*
* *

La question du blutage, que j'ai essayé de mettre au point, est un des éléments essentiels du problème de la fabrication moderne du pain, mais il y a encore de nombreux autres détails à considérer : le pétrissage, l'emploi du levain ou des levures de grains, le degré de cuisson, la quantité plus ou moins grande d'eau, retenue dans le pain, les procédés de fleurage, sans parler des additions plus ou moins tolérées dans la pâte et des falsifications qui ont été souvent signalées.

Une grande partie de ces questions sont étudiées dans l'ouvrage de M. Monteuuis, déjà cité ; avec une compétence due à une longue étude de ce sujet, M. Monteuuis, en se fondant sur des faits analogues à ceux que j'ai relatés ici, conclut, de la façon la plus énergique, à la nécessité d'un retour à ce qu'il appelle le pain naturel, c'est-à-dire à un pain fabriqué avec de la farine de meules, bluté à 25-28 p. 100, dût-on pour cela se résoudre à le fabriquer soi-même.

(1) *Acad. des sciences*. Voir *Gaz. des hôpit.*, 30 avril 1914, n° 50.

LE
CHOIX D'UNE INCISION POUR LA NÉPHRECTOMIE

Par Raymond DE BUTLER,
Interne des hôpitaux de Paris.

Les incisions verticales sont mauvaises ; elles sectionnent les filets nerveux, énervent les muscles, et prédisposent à l'éventration. Les bonnes incisions sont des incisions plutôt transversales.

Trois incisions sont à recommander :

a. *L'incision lombaire oblique* (Guyon et Israël) part de l'angle costo-vertébral en arrière, descend vers la crête iliaque, et se continue dans la direction de l'arcade crurale ; cette incision donne peu de jour, par suite de l'espace trop étroit, compris entre la crête iliaque et la douzième côte ; toutefois, elle est suffisante pour les néphrotomies et les néphropexies ; mon maître M. Marion l'emploie toujours dans les opérations rénales.

b. *L'incision transversale sous-costale*, dans le genre de celle de Péan, mais plus haute, car Péan faisait son incision au niveau de l'ombilic, alors qu'elle doit être faite au ras des côtes ; c'est ainsi que je l'ai vu employer par Pauchet (d'Amiens).

c. *L'incision sous-séreuse antérieure ;* elle vient d'être décrite par Louis Bazy (1) ; elle permet d'opérer dans la position dorsale, avec un coussin sous le dos, comme pour les opérations des voies biliaires.

De toutes les incisions transversales, celle de

(1) Louis Bazy. Néphrectomie sous-péritonéale, par incision antérieure transversale, *Presse méd.*, mars 1914, p. 186.

Louis Bazy paraît la meilleure; elle donne un accès facile sur les organes du hile; laisse le sujet dans une position commode pour lui-même et l'opérateur; permet au convalescent une position agréable dans le lit, et, de plus, réunit les avantages d'une opération sous-péritonéale à ceux de la voie transpéritonéale. C'est elle que je vais décrire.

L'anesthésie régionale (Pauchet et Sourdat) est suffisante et préférable à la narcose (1).

Position du sujet. — Le malade sera couché sur le dos; un coussin placé, non pas dans l'ensellure lombaire, mais dans la région dorso-lombaire, de manière à faire saillir en avant la région rénale qui correspond à la dernière dorsale et aux deux premières lombaires; c'est à peu près la position que l'on donne au sujet qui doit être opéré sur les voies biliaires (position de Mayo Robson).

Position de l'opérateur et des aides. — Le sujet étant placé dans l'attitude de l'hyperextension du tronc, l'opérateur se place du côté à opérer, un aide en face de lui; il n'y a aucun inconvénient d'ailleurs, à ce que l'opérateur change de côté, et se place du côté sain.

Tracé de l'incision de la paroi. — L'incision est transversale ou légèrement oblique, cela dépend de la conformation thoracique du sujet; elle commence un peu au-dessous de l'extrémité de la onzième côte, le plus en dehors possible; elle se dirige vers la ligne médiane qu'elle n'atteint pas. En effet son extrémité antérieure s'arrête à peu près au milieu du muscle grand droit; à une distance égale de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde : ce point terminal correspond au hile du rein (première vertèbre lombaire). Cette section évite l'ouverture de la séreuse péritonéale, elle permet un accès facile sur le hile.

L'opérateur commencera la section musculaire en arrière, et la poursuivra d'arrière en avant, très prudemment, de façon à ne pas ouvrir le péritoine. C'est seulement lorsqu'il aura découvert le tissu sous-péritonéal, et qu'il l'aura refoulé, qu'il continuera à prolonger son incision musculaire par devant. D'ailleurs, arrivé au muscle grand droit, l'opérateur ne tranchera pas systématiquement le muscle; il se contentera, si possible, d'inciser verticalement la gaine du grand droit, puis de décoller et refouler le bord externe de ce muscle, avec un écarteur; le muscle pourra être récliné en dedans, comme dans l'opération de Jalaguier pour l'appendicite; cet écartement suffit habituellement.

Refoulement du sac péritonéal et de la loge rénale. — L'opérateur insinue les doigts entre le péritoine et la paroi antérieure de l'abdomen, refoule le sac péritonéal et la loge rénale qui lui est accolée; puis expose ainsi la face postérieure de la capsule adipeuse du rein; il palpe le rein et incise à ciel ouvert le feuillet de Zuckerkandl qui le couvre en arrière.

Ouverture de la loge rénale et libération de la face antérieure du rein. — L'opérateur fixe le feuillet de Zuckerkandl avec deux pinces à cadre, le rein est ainsi fixé et extériorisé; on peut sans peine traverser l'atmosphère graisseuse dans laquelle il

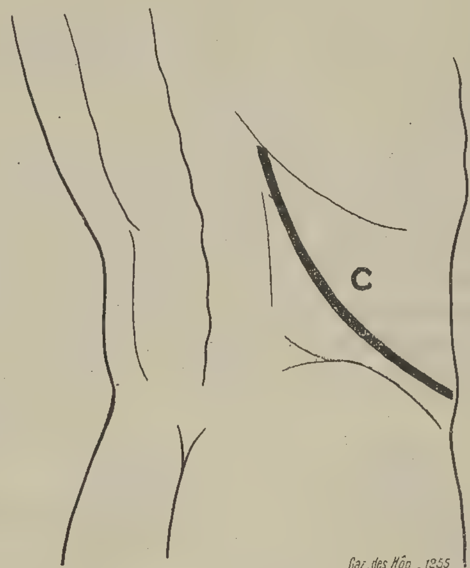


Fig. 1. — *Néphrectomie*. — C. Incision lombaire (Guyon, Israël). [R. de Butler.]

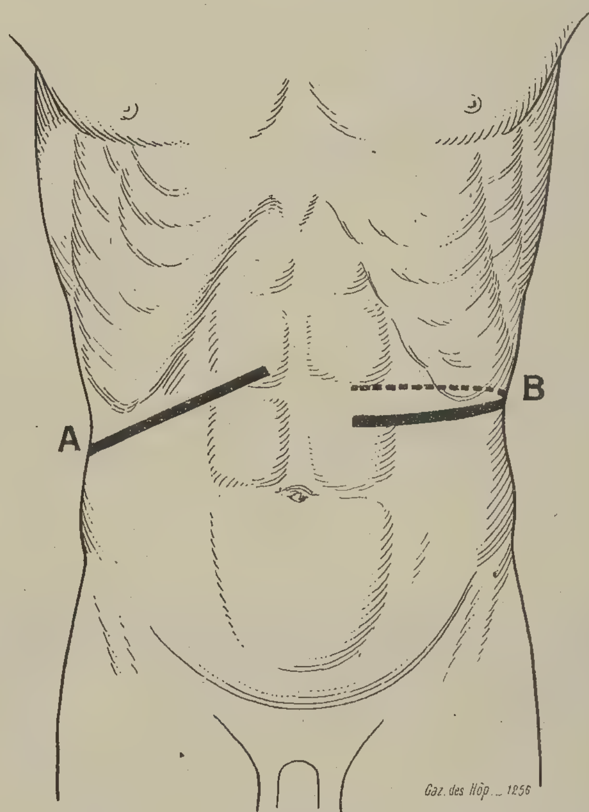


Fig. 2. — *Néphrectomie*. — B. Incision tranversale sous-costale (Péan, Körte). — Incision sous-séreuse antérieure (Louis Bazy). [R. de Butler.]

est noyé. Lorsqu'il l'a vu et libéré, l'opérateur dégage la face antérieure seule du rein, sans s'occuper, ni des pôles, ni de la face postérieure; dans ce but, la main s'insinue dans la direction du hile, aussi loin que possible, sépare la face antérieure du rein de la face postérieure du sac péritonéal à laquelle elle est unie. Puis, un écarteur refoule le sac péritonéal et son contenu. L'opérateur découvre le pédicule et l'uretère; les manœuvres qui vont suivre vont s'exécuter sous le contrôle de la vue, de sorte que,

(1) Pauchet et Sourdat. *Anesthésie régionale*, Paris 1914, Doin et fils.

si une hémorragie vient à se produire, il est facile de mettre une pince sur les vaisseaux.

Ligature de l'uretère. — Quelle que soit la manière dont on décortique le rein, il faut, avant ou après la décortication, lier et couper l'uretère; celui-ci sera recherché le long du péritoine. Grâce à un écarteur qui éloigne la lèvre inférieure de la plaie, la dénudation de l'uretère est poursuivie très loin vers le bas, et sectionnée au thermo, entre deux ligatures.

Décortication du rein et ligature des vaisseaux. — Il est quelquefois bon de commencer par la ligature du pédicule, la décortication du rein se fait alors plus facilement. La ligature est rendue facile par l'incision de Louis Bazy. Quand elle est faite, ou avant de la faire, on décortique le rein, décortication qui se fait facilement par l'incision antérieure, incision qu'on peut agrandir, soit vers la partie interne, soit vers la partie postérieure.

Fermeture du ventre. — La paroi abdominale peut être fermée en un plan au fil de bronze; s'il faut drainer, un clan est introduit et poussé dans le fond de la plaie; l'extrémité de l'instrument fait saillie en arrière, à côté de la masse sacro-lombaire; un coup de bistouri sur la saillie fait un trou d'un centimètre; un drain est passé par là; de sorte que la position dorsale du malade facilitera le drainage; l'incision antérieure sera complètement fermée.

ACTUALITÉS

LES ABCÈS DE FIXATION

La méthode thérapeutique qui consiste à provoquer artificiellement la formation d'abcès dans certaines maladies infectieuses n'est pas nouvelle, puisque son promoteur, Fochier, l'a fait connaître en 1891; mais elle est restée d'un emploi exceptionnel, ce qui surprend si l'on parcourt les nombreuses publications dans lesquelles cette méthode a été exposée et les résultats très favorables relatés en sa faveur. Le principe qui a guidé Fochier et lui a fait utiliser la pyogénèse artificielle est emprunté à l'observation clinique : on a remarqué depuis longtemps que des suppurations locales ont souvent une action bienfaisante quand elles surviennent au cours d'une infection générale; dans certains cas d'infection puerpérale, par exemple, on voit une infection généralisée, sans lésion importante appréciable, subir une amélioration soudaine, en même temps que se manifestent les signes d'une suppuration localisée, par exemple un phlegmon de la fosse iliaque, une péritonite localisée ou une salpingo-ovarite (Fochier). Imiter la nature, créer dans les états infectieux un abcès en un point où il constituera une lésion locale facile à traiter et cela pour lutter contre une infection généralisée, telle est la méthode de Fochier. L'abcès de fixation peut être défini : une réaction locale pyogène, aseptique, créée à volonté dans le but d'atténuer ou de guérir une maladie infectieuse en imminence de suppuration ou de complication viscérale (Carles). Ajoutons que, si les abcès de fixation ont été tout d'abord pratiqués dans les infections, cette méthode de traitement a été ensuite préconisée dans le traitement des intoxications, que celles-ci soient de nature exogène ou endogène.

Après avoir exposé la technique des abcès de fixation et les résultats cliniques qu'ils peuvent fournir, nous signalerons les recherches expérimentales de Carles (1) qui ont fourni des données très importantes pour comprendre le mode d'action des abcès dits de fixation et leur physiologie thérapeutique.

Plusieurs substances ont été employées pour créer des abcès artificiels; Fochier se servait au début de solutions acides de sulfate de quinine, mais ces solutions ne donnent qu'une faible quantité de pus; leur action pyogène est d'ailleurs inconstante. Puis le nitrate d'argent fut utilisé, mais le pus se forme lentement, en petite quantité. C'est l'essence de térébenthine qui donne la meilleure réaction pyogène et qui a été définitivement choisie pour faire les abcès de fixation. Il n'est pas nécessaire de la stériliser, car elle possède des propriétés bactéricides assez énergiques pour être complètement stérile et l'ébullition lui fait subir certaines modifications. Ball a remarqué que, si l'on opère avec de l'essence préalablement bouillie, on obtient des abcès moins gros, très limités, tandis que l'essence, telle que la livrent les droguistes, donne des abcès volumineux renfermant beaucoup de pus.

L'essence de térébenthine peut être injectée en diverses régions; Fochier a indiqué comme points d'élection la région deltoïdienne et l'hypogastre à égale distance de l'épine iliaque et des fausses côtes; pour Carles, la région de choix est la partie externe de la cuisse; d'autres font l'injection dans la fesse ou dans les masses lombaires, mais cette dernière région n'est pas recommandable, car l'abcès de fixation rend alors le décubitus dorsal très pénible. Marmoiton, auteur d'une très bonne thèse (2) sur les abcès de fixation, conseille d'injecter la térébenthine dans les flancs ou les hypocondres, le tissu cellulaire sous-cutané de la région abdominale étant très extensible, facilement décollable, de telle sorte que les abcès peuvent s'y développer plus facilement qu'en tout autre point. Quelle que soit la région choisie, il faut faire une asepsie rigoureuse des téguments, stériliser la seringue, car l'abcès de fixation doit être et rester un abcès aseptique.

Comme dose à injecter, chez un adulte, 1 centimètre cube d'essence de térébenthine suffit; si, au bout de douze ou vingt-quatre heures, la réaction produite est insuffisante, on injectera de nouveau, en un autre point, 1 centimètre cube d'essence de térébenthine et on pourra faire ainsi trois ou quatre piqûres. Cette méthode est préférable à celle qui consiste à faire d'emblée une injection de 3 ou 4 centimètres cubes, car on risquerait de provoquer des délabrements excessifs et des décollements parfois considérables (Carles). S'agit-il d'un enfant, on retiendra que le jeune enfant est particulièrement sensible à l'action violente de l'essence de térébenthine; si la quantité d'essence injectée est un peu forte, de véritables plaques de sphacèle peuvent survenir. On n'injectera donc jamais à un enfant plus de 0c³25 d'essence de térébenthine; Carles conseille de ne se servir que d'essence fraîche, moins active que celle qui est vieillie, et de la mélanger à de l'huile stérilisée pour la rendre moins irritante. Marmoiton injecte aux enfants de l'essence de térébenthine bouillie, car l'ébullition atténue son action irritante; d'après Marmoiton, la technique de choix consiste à injecter 1 centimètre cube d'un mélange d'une partie d'essence de térébenthine bouillie à trois parties d'huile lavée et stérilisée.

Chez quelques malades, l'injection de térébenthine ne produit pas de réaction suppurative; cette absence de réaction n'est observée que chez les sujets très gravement atteints; elle est d'un mauvais pronostic et il est rare de voir guérir un malade chez lequel l'injection de térébenthine n'a pas déterminé la formation de pus. Dans tous les autres cas, dès

(1) Carles. *Les Abcès de fixation*, Th. de Bordeaux, 1902-1903, n° 3; — *Consultations médicales françaises*, 1912, n° 42; — *Progrès méd.*, 20 mai 1911.

(2) Marmoiton. *Etude clinique des abcès de fixation dans les pyrexies*, Th. de Nancy, 1912-1913.

les premières heures qui suivent l'injection, on constate l'apparition d'une rougeur diffuse qui s'accentue peu à peu et d'une tuméfaction qui peut atteindre la grosseur du poing; la douleur est assez vive, mais on peut la calmer par l'application de larges pansements humides et par l'administration des anesthésiques habituels ; l'intensité de la douleur est assez variable selon les sujets, ce qui explique que certains auteurs considèrent la méthode de Fochier comme horriblement douloureuse, tandis que d'autres signalent seulement des douleurs assez supportables. Au bout de deux ou trois jours, l'inflammation se localise, la douleur diminue et la fluctuation apparaît; il ne faut pas se hâter d'inciser l'abcès, on attendra au moins cinq jours et même davantage ; l'abcès doit être évacué le plus tard possible, au moment où il est prêt à s'ouvrir spontanément. Si l'on doit procéder à l'incision avant que la défervescence de la maladie infectieuse ne se soit produite, il faut créer un nouvel abcès de fixation avant de vider le premier. C'est là, dit Fochier, une condition de fixation permanente ou plutôt continue, qui paraît essentielle au succès de la méthode, dans les cas très graves. L'incision de l'abcès donne issue à 100, 200, et même parfois 300 grammes d'un pus bien lié, crémeux, à odeur d'essence de térébenthine; ce pus contient parfois des débris de tissu cellulaire à moitié sphacélé. L'incision et les pansements consécutifs doivent être pratiqués avec une asepsie très minutieuse, pour éviter l'infection d'une cavité jusque-là aseptique ; à défaut de ces précautions, on s'exposerait à voir survenir une suppuration interminable, de vastes décollements et tous les accidents des plaies infectées ; c'est un détail d'une haute importance et sur lequel il est nécessaire d'insister (Carles). Avec des pansements bien faits, la cicatrisation des abcès de Fochier est habituellement très rapide.

Fochier appliqua d'abord sa méthode au traitement de l'infection puerpérale ; puis, on en fit l'essai dans la pneumonie, les broncho-pneumonies, la fièvre typhoïde, la streptococcie et bien d'autres infections. Cette médication ne doit être employée que dans certains cas ; les infections d'intensité moyenne seront traitées par les moyens habituels ; on réservera la méthode de Fochier aux formes graves ayant résisté aux divers traitements. Cependant, comme le fait remarquer Carles, si l'abcès de fixation ne trouve son emploi que dans des cas graves, il ne faut pas non plus attendre, pour y recourir, que les malades soient des mourants ou qu'ils soient tellement affaiblis, qu'ils ne puissent plus faire les frais de la moindre suppuration. On s'abstiendra de créer des abcès de fixation chez les diabétiques, chez les cardiaques ou les rénaux très infiltrés d'œdème ; l'âge avancé du malade ne constitue pas une contre-indication et même, d'après Marmoiton, c'est surtout chez les vieillards que la méthode de Fochier est susceptible de rendre les plus signalés services, ca relle stimule leurs réactions de défense. Nous avons vu que l'on pouvait faire aux enfants des abcès de fixation, avec les précautions indiquées pour rendre l'essence de térébenthine moins irritante. Montagnon (1) a obtenu des résultats favorables dans le traitement des broncho-pneumonies infantiles ; ses observations ont été relatées dans la thèse de Lançon (2) qui conseille de ne pas hésiter à recourir à cette médication dans les cas graves, tout en employant, en même temps, les autres agents thérapeutiques, enveloppements du thorax, inhalation d'oxygène, etc.

Comment agit l'abcès de fixation? Une première constatation a été faite par tous ceux qui ont examiné le pus de ces abcès; c'est un pus stérile, l'essence de térébenthine provoque donc un foyer purulent aseptique. Si le pus recueilli au moment de l'ouverture de l'abcès est stérile, cela ne prouve pas que ce pus n'a jamais contenu de germes, mais seulement

(1) MONTAGNON. *Lyon méd.*, 4 déc. 1910.

(2) LANÇON. *Traitement de la broncho-pneumonie infantile par les abcès de fixation*, Th. de Lyon, 1911-1912.

que la térébenthine les a détruits grâce à son pouvoir antiseptique considérable. On peut donc supposer que les germes attirés au niveau de l'abcès de fixation y sont tués au fur et à mesure de leur arrivée ; et, pour appuyer cette supposition, on se base sur ce fait que certains auteurs ont découvert, dans le pus des abcès de fixation, des germes morts, des cadavres de microbes se colorant mal et ne se cultivant plus. Par conséquent l'abcès de fixation peut être considéré comme une lésion locale dans laquelle viennent se déverser les germes en circulation dans le sang; il crée pour ces germes un moyen de dérivation vers un point facile à traiter et permet ainsi de prévenir leur localisation sur les viscères (Carles). Mais il y a encore un autre résultat obtenu par la présence d'un abcès de fixation; au niveau de la poche purulente viennent se déverser des poisons, toxines et déchets, dont l'organisme peut ainsi se débarrasser; dans les maladies infectieuses les leucocytes sont chargés de toxines, de déchets cellulaires, et, en réalisant une saignée leucocytaire, l'abcès de fixation débarrasse l'organisme de substances nuisibles.

Les expériences de Carles méritent d'être rappelées, car elles fournissent des arguments à la théorie de la fixation. Carles a étudié l'action des abcès provoqués au cours des intoxications expérimentales et a démontré la fixation des poisons au niveau de ces abcès. Voici un aperçu de ses recherches : chez des lapins intoxiqués avec du cacodylate de soude, on provoque des abcès de fixation et on recherche l'arsenic dans le pus; on constate alors que l'arsenic donné à l'état de cacodylate de soude se fixe au niveau des abcès provoqués où on le retrouve en quantité beaucoup plus considérable que dans les autres tissus (foie, peau, tissu cellulaire, poils) ; quelquefois même l'arsenic existe seulement au niveau de l'abcès et ne se retrouve pas ailleurs. Mêmes résultats avec le cuivre; il existe une fixation cuprique dans le pus des abcès provoqués, mais à un degré bien moindre que pour l'arsenic. Dans l'intoxication expérimentale par le mercure, Carles a constaté chez un chien que le pus de deux abcès de fixation contenait deux et quatre fois plus de mercure qu'un poids égal du foie de l'animal.

Carles écrivait dans sa thèse que l'on pourrait peut-être se baser sur ces expériences pour utiliser la méthode de Fochier dans le traitement de certaines intoxications. C'est ce qui a été fait par lui et par plusieurs auteurs avec des résultats favorables. Carles a ainsi traité avec succès un cas d'empoisonnement par le sublimé. Dans le saturnisme, un certain nombre d'observations ont été publiées; celles de Faniel (1) sont particulièrement démonstratives. Un peintre entre à l'hôpital, profondément intoxiqué, avec des symptômes d'encéphalopathie; après une période d'excitation cérébrale il tombe dans le coma; on lui fait deux abcès de fixation en injectant, à chaque cuisse, 2 centimètres cubes d'essence de térébenthine; à la suite de ce traitement, le malade commence à sortir du coma et, quelques jours plus tard, il est complètement guéri. Un autre malade, saturnin et alcoolique, était dans un état d'excitation effrayante; on lui fit un abcès de fixation; pendant quatre jours, la situation reste grave, puis amélioration et guérison; l'abcès ayant été ouvert, on constata que 30 grammes du pus recueilli contenaient 0gr004 de plomb sous forme de sulfate.

A Lyon, Pic et Martin (2) ont appliqué la méthode de Fochier au traitement de l'empoisonnement par les champignons; la phalline étant une toxalbumine qui se comporte comme une toxine microbienne, on peut penser qu'elle est fixée dans le pus de l'abcès. En traitant par la méthode de Fochier 23 malades empoisonnés à Trévoux par des champignons, Pic a eu

(1) FANIEL. Traitement du saturnisme par les abcès de fixation, *Le Nord médical*, 1er mai 1911.

(2) PIC et MARTIN. Empoisonnement par les champignons et abcès de fixation, *Lyon méd.*, 15 juin 1913 (voir *Gaz. des hôp.*, 31 juillet 1913).

seulement 9 morts, soit une mortalité de 39 pour 100, au lieu de la moyenne 86 pour 100.

Il semble bien qu'on pourrait aussi pratiquer les abcès de fixation aux malades atteints d'urémie ; c'est le professeur Lemoine (1) qui a émis cette opinion à la suite de l'observation suivante. Un malade entre à l'hôpital, somnolent, très œdématié, avec de la congestion passive des deux poumons ; les urines sont rares, albumineuses ; le dosage de l'urée dans le sang indique l'existence d'une très forte azotémie (5g02 par litre). Malgré le traitement classique et plusieurs saignées, ce malade reste pendant plusieurs jours dans le même état, quand apparaît au mollet gauche un abcès assez volumineux, formé au niveau d'une moucheture infectée ; cet abcès ayant été largement ouvert et drainé, l'état du malade s'améliore dès le lendemain ; on maintient la suppuration de l'abcès et on ne laisse celui-ci se fermer qu'après une amélioration très complète du malade. A ce moment, le sang ne renferme plus que 0g25 d'urée ; les urines sont toujours albumineuses. Cette observation montre donc qu'un abcès survenu par hasard à la suite de mouchetures au cours d'une néphrite grave a subitement transformé les conditions de résistance de l'organisme en lui permettant de se débarrasser de l'urée retenue en excès. « J'ai la ferme intention, conclut Lemoine, d'essayer la pratique de l'abcès de fixation lorsque je serai en présence d'un cas d'urémie non améliorée par les traitements habituels. » Lemoine indique aussi qu'on pourrait pratiquer des abcès de fixation dans les cas graves d'acidose.

Il paraît ressortir de ces différents travaux que les abcès de fixation sont assez employés dans certaines régions (Lyon, Lille, Bordeaux, Nancy) ; dans d'autres, la méthode n'a pas beaucoup de partisans et peut-être conviendrait-il d'y avoir recours plus souvent ; il est bien entendu, nous l'avons déjà signalé et tenons à le répéter encore, que la méthode de Fochier ne doit pas être appliquée aux infections et aux intoxications d'intensité moyenne paraissant devoir guérir avec les modes habituels de traitement, qu'il faut la réserver aux cas graves, mais ne pas hésiter alors à l'employer, sans attendre que la situation soit complètement désespérée.

M. BRELET.

ANALYSES

Considérations sur les réflexes et leurs variations au cours du tabes dorsalis. (DENTI. *Riv. di patol. nerv. e mentale*, 1914, pp. 1-21.) — Ayant pu suivre pendant longtemps 50 tabétiques, l'auteur a étudié un grand nombre de fois leurs réflexes, et donne ses résultats en les comparant avec ceux observés par d'autres. Voici, les points essentiels de ses recherches.

L'absence du réflexe achilléen est bien plus importante que le signe de Westphal ; il trouve :

44 p. 100, réflexes tous deux abolis et des deux côtés.

16 p. 100, les deux réflexes conservés bilatéralement.

18 p. 100, achilléens manquent, rotuliens présents.

14 p. 100, achilléens manquent ; un seul rotulien persiste.

4 p. 100, achilléen manque d'un côté, les deux rotuliens conservés.

4 p. 100, les deux réflexes existent unilatéralement.

Ceux des membres supérieurs sont moins touchés, ce qui tient à la prédominance habituelle des lésions dans le cône et l'épicône. Les réflexes cutanés peuvent être tous intacts au début.

« Dans beaucoup de tabes initiaux, j'ai rencontré les réflexes tendineux ou cutanés, en nombre plus ou moins grand, exagérés », écrit textuellement l'auteur, ce qu'il explique, en admettant qu'avant de détruire l'arc réflexe, la lésion produit, au début, une irritation.

Les troubles du sphincter irien sont parmi les troubles objectifs les plus précoces. Jamais il n'a vu le signe d'Argyll unilatéral, alors que l'autre œil présente des réactions pupillaires normales ; assez souvent, la réaction paradoxale à la lumière fut observée et, une fois (fait rarissime), elle existait d'un côté, avec Argyll de l'autre. Souvent le signe de Galani fut observé ; il manquait seulement aux stades terminaux. Tous les autres réflexes peuvent reparaître après avoir été abolis ; jamais le signe d'Argyll n'est apparu susceptible d'aucune modification. Mais, le réflexe paradoxal à la lumière peut faire place au signe d'Argyll, après un plus ou moins long temps.

Le retour des réflexes tendineux d'abord abolis a été observé, sans qu'il s'agisse d'une lésion de la voie pyramidale ou de phénomènes pathologiques ; il peut se faire en dehors de tout traitement, et paraît s'expliquer, comme le veut Westphal, par une lésion seulement partielle des fibres qui servent à établir l'arc réflexe, d'où possibilité de suppléances par les fibres respectées.

L. ALQUIER.

Sclérose intracérébrale centro-lobaire et symétrique. (P. MARIE et Ch. FOIX. *Revue neurol.*, 15 janv. 1914, p. 1-17, 15 fig.). — Une femme de vingt-huit ans, tuberculeuse avancée, présente une triplégie spasmodique très intense aux membres inférieurs où existe une contracture en extension très marquée avec paralysie beaucoup moindre, exagération des réflexes. Le membre supérieur gauche est pris de la même façon, mais avec une intensité moindre.

Les troubles ont commencé à dix-huit ans, sans ictus. Les quatre membres étaient pris au début, puis au bout d'un an le supérieur droit s'est amélioré au point de récupérer ses fonctions normales avec simplement un peu de raideur.

La parole a été impossible pendant les deux premiers mois, mais la malade affirme qu'elle pouvait lire. Lors de l'examen, intégrité complète de la face, peut-être lors des mouvements tendance au spasme facial gauche (commissure labiale remontée, sillon naso-génien un peu plus creux lorsqu'elle rit, langue un peu déviée à droite).

La spasmodicité a été plus marquée dans tous les membres pendant les six premiers mois ; elle diminua ensuite.

Les auteurs rapprochent ce syndrome surtout de la sclérose en plaques à forme spasmodique ; les fonctions cérébelleuses paraissent intactes, autant que l'examen permet de le constater.

Anatomiquement, pas d'autre lésion du névraxe qu'une sclérose intracérébrale, centro-lobulaire et symétrique, occupant les moitiés postérieures des hémisphères et reliée par le corps calleux sclérosé et démyélinisé dans sa moitié postérieure. Pas de lésion corticale ou épendymaire. Dégénération des faisceaux pyramidaux surtout gauches. Les auteurs ne connaissent, dans la littérature, aucun fait analogue.

L. ALQUIER.

Le traitement des buveurs. (LEGRAIN. *Arch. de neurol.*, janv. et fév. 1914.) — La désintoxication doit être radicale et immédiate ; tout retour même à l'état modéré conditionne les rechutes. L'isolement est particulièrement favorable ; il doit durer plusieurs mois. Après la cure il faut une rééducation complète de la personne morale comprenant quatre temps : 1° éveiller la conscience ; 2° accroître les connaissances spéciales sur l'alcoolisme ; 3° éduquer la sensibilité physique et morale ; 4° armer la volonté. Les moyens varient à l'infini ; influence de l'exemple, de la suggestion des conceptions idéalistes et religieuses, etc. Il ne faut pas négliger les conditions physiques : alimentation, exercices, travail ; l'hypnotisme n'est qu'un adjuvant ; les enfants, en particulier ceux des buveurs, seront élevés dans l'abstinence qui est pour le médecin un devoir de conscience professionnelle.

L. ALQUIER.

(1) LEMOINE. De l'emploi de l'abcès de fixation chez les urémiques, *Gaz. des praticiens*, 15 février 1914.

PRATIQUE MÉDICALE

EST-IL POSSIBLE DE TRAITER LA PRÉPHTISIE ?

On peut dire que toute tuberculose qui a atteint la seconde période est déjà la phtisie. Par phtisie, en effet, il faut entendre cet état de déchéance organique s'accompagnant d'amaigrissement, de perte des forces et d'un début de consomption.

En pratique, on appelle phtisie la période ultime de la tuberculose, celle où la fièvre hectique se manifeste et où la maladie est inguérissable. Or, c'est le dernier terme de la phtisie, celle-ci a commencé beaucoup plus tôt, elle a existé le jour où le malade a perdu une partie de son poids.

Il y a donc, cliniquement, dans la tuberculose deux périodes : celle qui précède la phtisie et que l'on peut appeler la préphtisie, et, en second lieu, la phtisie. Au point de vue thérapeutique, il en est encore ainsi, et la première période doit être considérée comme toujours curable, tandis que la seconde laisse toujours un doute dans l'esprit du thérapeute.

Les symptômes de la préphtisie sont assez nets et assez nombreux pour permettre le diagnostic de bonne heure, aussi allons-nous les rappeler rapidement, car leur importance devient ainsi prépondérante en phtisiothérapie.

Il s'agit de sujets jeunes qui, depuis un certain temps, sont anémiques, ont un appétit capricieux, des névralgies diverses et en particulier la sciatique. Ils maigrissent un peu, retrouvent leur poids, remaigrissent, retrouvent encore leur poids sans que jamais cette diminution, constatée à la bascule, ne dépasse 2 ou 3 livres. Les sueurs nocturnes existent parfois, mais pas régulièrement. Ils présentent au bord des gencives un fin liséré rosé ou rougeâtre, et à la suite d'efforts, longue marche, travaux de couture, etc., un point fixe douloureux à un sommet dans la fosse sus ou plutôt sous-épineuse. Les quelques accès de toux matutinaux sont si peu importants qu'ils passent inaperçus. Il faut ausculter ces malades avec une attention soutenue pour percevoir au point fixe douloureux du sommet une respiration un peu rude ou prolongée, en tout cas de l'inégalité respiratoire par comparaison avec l'autre sommet.

Cela suffit lorsque cet ensemble se trouve réuni : il n'y a aucun doute à avoir il s'agit d'un tuberculeux à la période de préphtisie, et immédiatement il faut agir par une puissante thérapeutique.

En premier lieu, on doit insister sur la révulsion. Les pointes de feu sont inutiles à cette période, les sinapismes souvent répétés sont préférables, et, contre la douleur fixe de la région sous-épineuse, le petit vésicatoire est héroïque dans ses résultats. On donnera à ce vésicatoire la dimension d'une pièce de 5 francs, et il est de règle de voir disparaître la douleur.

Certains médecins préconisent, dans ce cas, l'injection sous-cutanée d'un demi-centimètre cube d'eau stérilisée. Ce moyen ne vaut pas à beaucoup près le vésicatoire qui agit sur la phagocytose et exerce sur les bronches sous-jacentes des effets modificateurs indubitables.

On instituera en même temps la médication antiseptique pulmonaire, et ici il faut absolument rejeter créosote ou gaïacol du commerce. Leur mauvaise odeur, leurs effets caustiques sur l'estomac suffisent à les rendre vite intolérables. C'est au thiocol (1) sous la forme de cachets ou de comprimés Roche qu'il faut uniquement s'adresser. Le sirop Roche, dans bien des cas, paraît même préférable, non pas qu'il renferme d'autres substances que les comprimés ou cachets, mais parce que le sirop d'écorces d'oranges amères, qui constitue son excipient, est fabriqué par un procédé spécial de lixiviation et apporte ainsi le concours de son action stomachique aux qualités essentielles du thiocol, de telle sorte que le sirop Roche a des propriétés antiseptiques très nettes et rapidement appréciables qui, dans le cas de préphtisie, le mettent en première ligne.

D'autre part, cette médication stimule les défenses locales naturelles qui à cette période ne sont pas toujours suffisantes et met le poumon en état de moindre réceptivité bacillaire. Comme ces médicaments ne fatiguent pas l'estomac, puisqu'ils sont orexiques et n'ont qu'une toxicité relative, on peut, suivant les cas, les donner à des doses assez élevées. En général, six comprimés ou cachets suffisent à cette période, mais doivent être pris sans répit pendant longtemps. Il faut savoir que le traitement de la préphtisie doit durer des mois et des années.

Cette médication suffit généralement à elle seule, mais elle peut et doit être complétée selon les cas par la médication symptomatique, cacodylate, valériane, sédobrol et surtout pantopon, opium total soluble et injectable, dont les indications sont multiples dans les affections broncho-pulmonaires (1).

Voilà le traitement de la préphtisie. Longuement suivi, il amène très fréquemment une régression des symptômes et le retour à la santé, car, il ne faut pas l'oublier, et malgré les affirmations des auteurs, la tuberculose n'est curable qu'à cette première période avant que la phtisie n'ait fait son apparition.

M. FOUSSAL.

(1) Cf. Depuis le 31 juillet 1900. Communication à l'Académie de médecine de Paris, SCHOULL, Th. de Paris, KAPLANSKI, ADER, GRIPON, GRUNBERG, formulaires GILBERT et YVON, LEMOINE et GÉRARD, LYON et LOISEAU, et Consultations médicales GRASSET et VEDEL, observations TESSIER, RENON, CAPITAN, GAUSSEL, etc., et CHARTIER. *Concours méd.*, 1905, n° 4.

(1) Voir en particulier les trav., commun. ou obs. POUCHET, LANDOUZY, Alb. ROBIN, COURMONT, REMOND, GRASSET, VIRES, PONCET, DE ROUVILLE, SICARD, LERICHE, CARNOT, MÉRIEL, GAUSSEL, RENON, DELMAS, etc., in thèses TROTAIN (de Paris), SOUTY (de Lyon), SONCOURT (de Nancy), GOT et LE CALVEZ (de Montpellier), BIGOU et MOURLAN (de Toulouse), et surtout BARDET et GY (*Bull. gén. de thérap.*, 15, 23 et 30 avril 1911), M. TROTAIN (*Conc. méd.*, 23 avril 1911), M. A. MARTINET (*Presse méd.*, 25 déc. 1912), etc.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 29 JUIN AU 4 JUILLET 1914

THÈSES

Jeudi 2 juillet, à une heure (suite). — Mlle POMPER. Les incidents et les accidents du traitement de la méningite cérébro-spinale. (MM. Hutinel, président; Pierre Marie, Chauffard et Ribierre.) — M. FIDLER. Méningo-encéphalite tuberculeuse et tubercules corticaux multiples (étude anatomo-clinique). (MM. Pierre Marie, président; Hutinel, Chauffard et Ribierre.) — M. DARTIGUENAVE. Traitement des amibiases hépatiques par l'émétique. (MM. Chauffard, président; Hutinel, Pierre Marie et Ribierre.) — M. BÉNARD. De l'influence des traumatismes sur les épanchements pleuraux. Conséquences médico-légales sur les accidents du travail. (MM. Chauffard, président; Hutinel, Pierre Marie et Ribierre.) — M. GARACH. Manifestations oculaires des fractures indirectes de la base du crâne. Leur valeur séméiologique. (MM. de Lapersonne, président; Alb. Robin, Ribemont-Dessaignes et Terrien.)— Mlle TELKES. Le soufre colloïdal et son application thérapeutique. (MM. Alb. Robin, président; de Lapersonne, Ribemont-Dessaignes et Terrien.) — M. SFEZ. De l'anesthésie en obstétrique. (MM. Ribemont-Dessaignes, président; de Lapersonne, Alb. Robin et Terrien.)

du sang dans le mésentère de la grenouille. « A la vue de ce spectacle sublime, j'éprouvai comme une révélation. Enthousiasmé et profondément ému en voyant tourner les globules rouges et blancs comme les cailloux roulés par les flots impétueux d'un torrent, en notant la façon dont, grâce à leur élasticité, les hématies s'allongeaient et passaient laborieusement dans les capillaires les plus ténus, recouvrant subitement leur forme, dès l'obstacle franchi, ainsi que le ferait un ressort, en remarquant qu'au moindre obstacle apparu dans le courant les joints de l'endothélium s'entr'ouvraient pour laisser apparaître l'hémorragie et l'œdème, en considérant enfin comment l'impulsion cardiaque, atténuée par l'action dominatrice du curare, secouait mollement les hématies accrochées, à ce moment, dis-je, il me parut qu'un voile s'ouvrait dans ma pensée et que se perdait dans le lointain ma croyance en je ne sais quelles forces mystérieuses auxquelles j'attribuais les phénomènes de la vie. Et je tiens pour assuré que cette vive impression, provoquée en moi par la contemplation directe du mécanisme intime de la vie, fut une des causes de mon entraînement vers les études biologiques. »

Marquons rétrospectivement d'un caillou blanc le jour mémorable où le jeune étudiant Ramón y Cajal ressentit le frisson sacré, et puisqu'il a fait allusion à l'hypothèse voyons ce qu'il en pense. Cela nous est facile, car il en parle en deux endroits de son livre; d'abord dans l'intéressant chapitre qu'il consacre aux maladies de la volonté et où il décrit entre autres les théoriciens. Ecoutons-le. « Au fond, le théoricien est un paresseux déguisé en laborieux. A son insu il obéit à la loi du moindre effort, car il est plus aisé de forger une théorie que de découvrir un phénomène... Les théories sont, en effet, très dangereuses pour l'avenir d'un débutant. Etaler des doctrines comporte une certaine arrogance pédante et comme une parade de supériorité intellectuelle qu'on ne pardonne qu'au savant rendu célèbre par une longue série de découvertes positives. Acquérons d'abord une personnalité, soyons des ouvriers utiles, nous verrons plus tard s'il nous est donné de devenir architectes. »

Mais voyons maintenant ce que l'éminent biologiste dit de l'hypothèse directrice. « Si l'hypothèse est une arme dont on abuse trop, elle est aussi un instrument logique sans lequel l'observation elle-même, si passive de son essence, ne peut être réalisée. Bonne ou mauvaise, une conjecture, une tentative quelconque d'explication sera toujours notre guide, car personne ne cherche sans un plan préalable. Les trouvailles mêmes, que l'on attribue au hasard, sont dues communément à quelque idée directrice que l'expérience n'a pas sanctionnée, mais qui a eu cependant la vertu de nous guider vers un terrain peu ou pas exploré. Si l'on me pardonnait la vulgarité de la comparaison, je dirais qu'en pareille matière il se passe la même chose que lorsque des personnes connues apparaissent dans la rue parmi la multitude des passants au moment précis où nous pensons à elles; et cela pour la raison bien simple que, lorsque nous ne pensons pas à elles, elles passent auprès de nous sans que nous nous avisions de leur présence. Sous l'impulsion de l'hypothèse, il nous arrivera peut-être de découvrir au milieu des faits une chose distincte de ce que nous cherchons; mais cela vaut mieux que de ne rien trouver, ce qui est justement la destinée du simple et inerte contemplateur des phénomènes naturels. Il est inutile sans doute de rappeler que tous les grands chercheurs ont été de féconds créateurs d'hypothèses, et l'on a dit avec un sens profond qu'elles sont le premier balbutiement de la raison au milieu des ténèbres de l'inconnu, la sonde jetée dans l'abîme du mystère, le pont, enfin, aérien et audacieux qui unit la plage familière au continent inexploré. »

Nous n'avons pas le loisir de suivre M. Ramón y Cajal dans l'exposition détaillée qu'il donne des règles qui doivent présider à la création des hypothèses, règles sans lesquelles celles-ci ne sauraient être qu'enfantines et stériles. Mais, par ce temps de surproduction intensive, il est intéressant de reproduire quelques-uns des conseils qu'il préconise pour la rédaction d'un travail scientifique. C'est là un chapitre du remarquable ouvrage du savant espagnol que feraient bien de lire, de relire et de méditer, des écrivains qui ne sont rien moins que des débutants. Qu'on en juge !

« M. Billings, le savant bibliothécaire de Washington, dit M. Ramón y Cajal, accablé par la tâche de classer des milliers de feuillets où, en style divers, on faisait connaître presque exactement les mêmes faits, ou bien où l'on exposait des vérités depuis bien longtemps connues, conseille aux publicistes scientifiques de se soumettre aux règles suivantes : 1° avoir quelque chose de nouveau à dire ; 2° le dire ; 3° se taire sur ce qui a déjà été dit ; 4° donner à leur publication un titre et une ordonnance qui lui soient adéquats. »

Et, ajoute le maître espagnol, qui a certes le droit de se montrer sévère puisqu'il a prêché d'exemple avec la splendide ampleur que l'on sait : « Voyez à quel point surabondent les dissertations précédées de ces titres qui paraissent avoir été inventés par la pédanterie même : *Idée générale de... Introduction à l'étude de... Considérations générales à propos de... Jugement critique des théories de...*, et qui donnent à l'écrivain l'incomparable avantage d'esquiver la recherche bibliographique en se jetant à la hâte à travers le sujet choisi sans s'imposer de traiter à fond et sérieusement une question quelconque. Ceci dit, nous ne prétendons point cependant rabaisser le mérite de certains travaux parfaitement conçus et rédigés qui, de temps en temps, voient le jour avec les titres énoncés plus haut ou d'autres semblables.

Assurons-nous donc, grâce à une soigneuse recherche bibliographique, de l'originalité du fait ou de l'idée que nous voulons exposer et gardons-nous, en outre, de mettre prématurément au jour le fruit de notre observation. Quand notre pensée flotte encore entre des conclusions diverses et que nous n'avons pas pleine conscience d'avoir visé juste, cela est signe que nous avons abandonné trop tôt le laboratoire. Il sera donc prudent d'y revenir et d'attendre que sous la poussée de nouvelles observations nos idées achèvent de se cristalliser. »

Je me vois forcé d'arrêter là ces citations de l'œuvre si attrayante et si suggestive de M. Ramón y Cajal. J'aurais aimé pourtant donner quelques extraits du chapitre où, cessant de conseiller le débutant, il s'adresse au maître et où il montre la beauté et la difficulté du rôle qui consiste à diriger les jeunes aspirations sur le chemin ardu de la science. Mais l'espace me manque et, d'ailleurs, je n'avais pas la prétention de donner une idée complète du livre. J'étais désireux seulement d'attirer, sur ces pages encore non traduites, l'attention des lecteurs français, et de rendre hommage dans la faible mesure de mes forces au savant qui honore si grandement, selon la belle conception du patriotisme exposée plus haut, d'abord l'Espagne sa patrie et par delà l'Espagne l'humanité pensante tout entière. A. GAULLIEUR L'HARDY.

NOTE DE THÉRAPEUTIQUE

La digitaline Nativelle, employée dans tous les hôpitaux de Paris, donne des résultats cliniques rigoureusement précis. Sa sûreté d'action ne peut être obtenue avec aucune autre préparation de digitale.


COMPRIMÉS
DE
TROUETTE-PERRET
à la Papaïne
(Pepsine Végétale)
Tirée du CARICA PAPAYA

LIVRES NOUVEAUX

Sémiologie des affections du système nerveux (1), par J. Déjerine, professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Salpêtrière, membre de l'Académie de médecine.

La première édition de la Sémiologie du système nerveux, incorporée au *Traité de pathologie* de Bouchard, est bien connue de tous les médecins; elle constituait le livre de chevet de tous ceux qui s'intéressent à la neurologie.

Actuellement la « sémiologie du système nerveux » est présentée isolément, sous forme de l'un des plus beaux livres de médecine que l'on puisse trouver à l'heure actuelle. Edité magnifiquement, cet ouvrage n'est pas une simple réimpression de l'édition de 1900; c'est un livre nouveau, augmenté de toutes les acquisitions de la neurologie pendant les treize années qui séparent les deux éditions. C'est ainsi qu'on y trouve un remarquable exposé de l'apraxie, des agnoscies, non étudiées en 1900; le chapitre nouveau consacré à la sémiologie du liquide céphalo-rachidien résume en quinze pages les données acquises grâce à la ponction lombaire, et montre qu'en dehors des données bactériologiques l'étude des anomalies du liquide céphalo-rachidien représente un signe, ne possédant pas une valeur absolue, mais qu'il faut interpréter, relativement aux symptômes cliniques et aux antécédents du malade.

Ce qui met cet ouvrage absolument hors de pair, c'est la rare impartialité et la haute probité scientifique avec lesquelles l'auteur expose les acquisitions récentes de la neurologie, d'où qu'elles viennent, mettant au premier plan les faits et ce qui s'en dégage, pour laisser dans l'ombre les personnalités et les encombrantes discussions auxquelles elles donnent si souvent lieu, dans tant d'autres ouvrages de médecine.

Nous admirons tous le magnifique et constant effort de M. et Mme Déjerine, et les savants du monde entier rendent un juste hommage à leurs admirables travaux. Bien que la modestie de l'auteur lui interdise d'en souligner l'importance, elle éclate à chaque page et le lecteur se rend bien compte qu'il ne suffit pas d'être en possession de l'incomparable matériel anatomo-clinique de la Salpêtrière, pour pouvoir écrire une telle œuvre. Les splendides planches en couleurs consacrées à la topographie de l'innervation motrice et sensitive, les schémas anatomiques qui mettent sous nos yeux à peu près tout ce qu'en neurologie la clinique peut demander à l'anatomie, surpassent de beaucoup tout ce que nous donnaient jusqu'ici les livres de neurologie. Mais, pourquoi trouve-t-on encore, en marge de certaines figures, ces abréviations dont le lecteur est obligé d'aller chercher, souvent bien loin, l'explication, tandis que, pour d'autres, les termes anatomiques sont inscrits tout au long? Cette bien minime critique est la seule que je trouve à formuler après avoir lu attentivement l'ouvrage. Alors que tant d'autres livres de médecins contemporains seront oubliés, celui-ci restera comme le chef-d'œuvre de l'un des maîtres dont s'enorgueillit à bon droit la science française; la neurologie peut se perfectionner, la « séméiologie » la montrera telle qu'elle était en 1914, et, on ne peut s'empêcher d'ajouter : telle qu'elle est, pour une grande part, grâce aux travaux de M. et Mme Déjerine.

L. ALQUIER.

(1) 1 vol. grand in-8° de 1212 pages, avec 560 figures en noir et en couleurs et 3 planches hors texte en couleurs. — Prix relié toile : 40 francs. Cet ouvrage se vend également relié en 2 volumes : 45 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 72. — JEUDI 25 JUIN 1914. 87e ANNÉE. JEUDI 25 JUIN 1914. — N° 72.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, **10** francs par an. Étudiants étrangers, **15** francs par an.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **5** fr. **50**. — 6 mois : **11** fr. — 1 an : **20** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 23 juin. — MM. Lévy-Valensi et Lévy (Fernand), 17; Beaufumé, 19 1/2. Prochaine séance, mardi 25 juin, à seize heures trente, à Necker.

HOPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Le lundi 5 octobre 1914, à neuf heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour 10 places d'élèves internes en médecine et en chirurgie pour le service des hôpitaux.

Ce concours aura lieu devant la Commission administrative assistée d'un jury médical. Si par suite de récusation un ou plusieurs jurés ne pouvaient être remplacés, les membres restants pourraient jusqu'à trois au minimum constituer légalement le jury.

Nul ne pourra concourir pour l'internat en médecine s'il n'est externe titulaire des hôpitaux de Marseille.

Les internes et les externes des hôpitaux annexés à une faculté de médecine continueront à pouvoir se présenter directement à l'internat sans passer par l'externat des hôpitaux de Marseille.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration des hospices à l'Hôtel-Dieu et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence et un certificat de revaccination récente. Ils auront de plus à justifier du nombre de huit inscriptions de médecine (nouveau régime). La liste sera close le lundi précédant le jour du concours (terme de rigueur).

— TOURS. — Un concours pour une place de médecin adjoint chargé du service de radiographie et de radioscopie aura lieu aux hospices d'Orléans le 12 octobre 1914.

Le registre d'inscription sera définitivement clos quinze jours avant l'époque fixée pour le concours.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DES QUINZE-VINGTS. — Un concours pour la nomination d'un chef de laboratoire à la clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts s'ouvrira le lundi 27 juillet 1914.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de l'hospice national des Quinze-Vingts, 28, rue de Charenton, jusqu'au lundi 13 juillet à midi.

Le *Journal officiel* du 23 juin publie, p. 5482, le programme du concours.

LE NOUVEAU RÉGIME DES ÉTUDES MÉDICALES. — L'Association corporative des étudiants en médecine nous communique la note suivante :

« Les délégués de l'Association corporative des étudiants en médecine, accompagnés de deux délégués des étudiants de première année, se sont rendus auprès de M. Landouzy, doyen de la Faculté de médecine, pour lui exposer l'émotion

RENSEIGNEMENTS

qui règne parmi les étudiants de première année, à la suite du récent examen de fin d'année, où un très grand nombre d'entre eux ont été refusés.

On sait que cette année était appliqué, pour la première fois, le nouveau programme d'études médicales. Les étudiants de première année ont donc à passer, en ce moment, leur examen dans des conditions toutes nouvelles, et, alors que pendant toute l'année ils ont eu à subir le contrecoup des difficultés qu'entraînait l'application du nouveau décret.

Les délégués de l'A. C. ont tenu à attirer l'attention du doyen sur ces conditions spéciales; de plus, ils lui ont signalé certaines questions qui ont été posées et qui ne faisaient pas partie du programme d'examen.

Le doyen a répondu qu'il allait faire une enquête personnelle sur les questions posées. Il a produit une statistique, de laquelle il semble ressortir que les résultats de l'examen ont été très fâcheux. Enfin, il a demandé aux délégués des étudiants de calmer l'émotion de leurs camarades et formulé l'opinion que les séries noires ne seraient peut-être pas éternelles. »

LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE LA CLASSE 1913 ET LES DEMANDES DE SURSIS. — Les étudiants en médecine de la classe 1913 actuellement sous les drapeaux qui désirent *après une première année de service* demander des sursis pour continuer leurs études (art. 15, loi du 7 avril 1913) ne sont pas fixés sur la manière de demander leur sursis et les délais dans lesquels doit être faite cette demande.

Les recherches que vient de faire M. le médecin-major Bonnette, et qu'il rapporte dans la *Presse médicale* du 24 juin, montrent qu'il n'y a pas à l'heure actuelle de décision officielle à ce sujet :

« Quoi qu'il en soit, dit-il, ces décisions ne peuvent que régler des questions de détail dont les grandes lignes sont données par la loi du 7 août 1913 (art. 15 modifiant l'article 25 de la loi du 21 mars 1905).

Il résulte, d'après le troisième alinéa de cet article, que les étudiants en médecine, etc., *pourront être autorisés, après une première année de service, à demander des sursis pour achever leurs études*, ce qui veut dire, évidemment, que ces étudiants pourront demander des sursis, *sans avoir à solliciter d'autorisation quelconque*, car cette autorisation est accordée par la loi elle-même.

Bien entendu, ces demandes devront être adressées au chef de corps par la voie hiérarchique comme toutes les pièces militaires.

Dans tous les cas, un règlement d'administration publique ne peut, à mon avis, tarder à paraître au sujet de l'application des prescriptions de l'article 15, qui intéresse de nombreux étudiants en médecine de la classe 1913, actuellement sous les drapeaux. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Louis Bigeard (de Paris); Auguste Patenôtre, médecin de la Compagnie de l'Est, inspecteur régional de l'Assistance maternelle; Léon Michel (de Bar-le-Duc).

PRATIQUE MÉDICALE

L'ADONIS VERNALIS ET LA DIGITALE

Nous savons déjà depuis longtemps que l'on n'obtient jamais une diurèse aussi abondante avec la teinture de digitale qu'avec la macération à froid de feuilles de digitale. Il en est de même avec l'adonis, son effet diurétique dépend surtout de la forme de la préparation de cette drogue. Le suc de la plante fraîche ou même son infusion provoque une diurèse abondante alors que l'adonidine ou la teinture d'adonis sont souvent inactives (1).

Il existe donc dans l'adonis, comme dans la digitale, des principes encore peu connus solubles dans l'eau, existant dans le suc, la macération ou l'infusion, indépendamment des glucosides isolés (adonidine, digitaline).

(1) M. Roch. *Semaine méd.*, 15 nov. 1912.

Roch (1) donne l'explication des insuccès fournis par l'adonidine; il émet, en effet, l'hypothèse d'une altération de cette substance sous l'influence des sucs digestifs. Cette hypothèse est confirmée, au moins partiellement par les recherches de L. Segond (2) qui a pu se convaincre que « in vitro » le suc gastrique fait perdre à l'adonidine une bonne partie de son activité pharmacodynamique alors qu'il n'en est pas de même avec les glucosides connus : digitaline, strophantine, convallamarine, helléboréine. Ces inconvénients n'existent pas avec le suc total d'adonis vernalis, qui correspond parfaitement à l'infusion ou à la macération de la plante. Aussi avons-nous constaté que par l'administration de ce médicament la diurèse s'établit rapidement et qu'en raison même de cette rapidité d'action nous l'employons de préférence à la macération de digitale.

Un autre avantage de l'adonis et ce n'est pas le moindre, c'est qu'il ne s'accumule pas dans l'économie.

Nous ne partageons pas complètement l'avis de Roch lorsqu'il estime que l'adonis vernalis doit être classé, non pas dans les succédanés, mais parmi les adjuvants de la digitale. De même que Mollard nous plaçons ce médicament sur le même plan que la digitale, il doit même la remplacer dans certains cas où il agit plus rapidement. Nous empruntons d'ailleurs à cet auteur une observation bien probante (3).

Un homme de cinquante-neuf ans, dyspnéique depuis longtemps déjà, entre dans notre service en asystolie le 9 octobre 1906. Cyanose très marquée ; cœur tachycardiaque très irrégulier avec un souffle systolique mitral ; pouls petit, arythmique, incomptable ; dyspnée intense ; tuméfaction du foie, œdème des jambes ; tels sont les principaux symptômes qu'il présente. On lui donne de la digitale d'abord, de la caféine ensuite, mais ces médicaments étant restés inefficaces, le 18 octobre on prescrit 4 grammes d'adonis vernalis en infusion.

Le malade est soulagé presque immédiatement. La polyurie s'établit et les œdèmes se résorbent; la dypsnée diminue notablement et le cœur devient plus régulier.

Le 26 octobre le malade se plaignant de nouveau de dyspnée le pouls étant redevenu très petit et très arythmique, on lui redonne de l'adonis et il se produit encore une fois une amélioration immédiate. Aussi continue-t-on pendant tout le mois de novembre suivant à lui faire prendre une dose quotidienne de 2 grammes d'adonis et tout va bien pendant ce temps.

Puis le médicament ayant été supprimé, la dyspnée reparaît. Le 13 décembre on donne au malade de la digitaline qui ne produit aucun résultat. On revient encore une fois à l'adonis avec le même succès que précédemment.

Il est inutile d'insister davantage sur les détails de cette observation, contentons-nous de dire qu'à partir de ce moment l'usage de l'adonis devint constant pour le malade, et il vécut ainsi plus de deux ans, dans un état très supportable, permettant le lever quotidien, la marche modérée et un régime alimentaire ordinaire. Il n'y avait plus ni œdème ni tuméfaction du foie, ni dyspnée au repos.

En résumé, après échec de la digitale, efficacité permanente de l'adonis, chez un cardiopathe chronique ne pouvant vivre qu'avec l'aide continue d'un tonicardiaque, telle est la caractéristique de cette observation.

P. L. LECTOURE.

(1) M. Roch. *Arch. des mal. du cœur*, juin 1913.
(2) L. Segond. Th. de Genève, 1912.
(3) Mollard. *Enseignement médical mutuel international*, juillet 1912.

UTILISATION THÉRAPEUTIQUE DU SÉRUM DE LAPIN

en voie d'anaphylaxie (anaphylaxie passive)

POUR AUGMENTER LA COAGULABILITÉ DU SANG

ET ARRÊTER LES HÉMORRAGIES DU DÉBUT DE LA FIÈVRE TYPHOIDE CHEZ DEUX MALADES (1)

Par MM. Henri DUFOUR, médecin de l'hôpital Broussais, LEGRAS et CROW.

Continuant les recherches, que deux d'entre nous ont récemment publiées sur l'utilisation des effets hémostatiques produits au cours des états anaphylactiques, nous rapportons aujourd'hui deux cas où nous avons essayé d'utiliser l'anaphylaxie passive. Ayant préparé deux lapins par des injections de sérum antidiphtérique, nous les avons saignés onze jours pleins après leur première injection, ce qui est un peu prématuré pour être sûr qu'ils fussent certainement en pleine puissance anaphylactique. Nous nous réservons plus tard de nous comporter différemment.

Le sérum fourni par l'un de ces deux lapins (A) coagulait par la méthode de Hayem en trois minutes et celui de l'autre (B) en quatre minutes. Mais le sang du premier de ces lapins a fourni un caillot qui s'est rétracté intensivement en trois heures, tandis que le sang du second a donné un caillot nullement rétractile.

Nous insistons sur cette différence pouvant expliquer les résultats dissemblables, que nous avons obtenus avec ces deux sérums.

En effet, un premier sujet, dont la coagulation se fait en onze minutes avant l'injection de 3 centimètres cubes du sérum du lapin B, coagule trois heures après dans le même temps.

Deux jours plus tard sa coagulation s'effectue en quinze minutes. A ce moment nous injectons 1 centimètre cube de sérum antidiphtérique et, quatre heures après, la coagulation se fait en huit minutes.

Un autre sujet injecté avec le même sérum B coagule avant l'injection en sept minutes. Après l'injection de 2 centimètres cubes, il coagule au bout de trois heures, dans le même temps.

Quatre jours plus tard, avant toute nouvelle injection, la coagulation était de onze minutes; 1 centimètre cube de sérum antidiphtérique lui ayant été injecté, il coagule en dix minutes, trois heures après. On voit donc que le sérum de ce lapin semble avoir eu une action inefficace sur l'augmentation de la coagulabilité sanguine.

Ces résultats s'opposent à ceux que nous avons obtenu chez un troisième sujet injecté au sérum du lapin A.

Avant toute injection, la coagulation du sang de ce sujet se fait en vingt-trois minutes. Trois heures et demie après une injection de 2 centimètres cubes de sérum A, la coagulation se fait en six minutes. Quatre jours plus tard, avant toute nouvelle injection, la coagulation est complète en dix-sept minutes et se fait; trois heures après l'injection de 1 centimètre cube de sérum antidiphtérique, en sept minutes.

Le sérum de ce lapin, contrairement au précédent, a donc augmenté la coagulabilité du sang chez ce malade.

C'est ce même sérum A qui nous a servi au point de vue thérapeutique, chez deux malades atteints de fièvre typhoïde et présentant, au début de leur maladie, l'un (I) des épistaxis abondantes, l'autre (II) des hémorragies gingivales et nasales et un écoulement de sang intarissable à la suite d'application de ventouses scarifiées.

Le 16 juin, le malade I, dont la coagulation se faisait en quinze minutes, reçoit 3 centimètres cubes du sérum du lapin A; trois heures après, la coagulation se fait en sept minutes. On lui injecte alors 1 centimètre cube de sérum antidiphtérique et trois heures après le temps de coagulation est de huit minutes. Il y a donc eu chez lui hypercoagulabilité et cliniquement un résultat remarquable puisque les hémorragies ont cessé.

Le même jour le malade II coagule avant toute injection en une heure et demie, on lui injecte 3 centimètres cubes de sérum du lapin A, trois heures après il coagule en huit minutes, et trois heures après une injection de sérum de 1 centimètre cube de sérum antidiphtérique il coagule en cinq minutes.

Le résultat thérapeutique ne se fit pas attendre, les hémorragies s'arrêtèrent et ne se sont pas reproduites.

L'évolution de la fièvre typhoïde n'a pas été modifiée pour ces deux malades sauf en ce qui concerne le processus hémorragipare.

Le même jour, nous injections à un sujet témoin apyrétique 3 centimètres cubes de sérum de lapin neuf; la coagulation, qui était antérieurement de dix-sept minutes, ne fut pas modifiée trois heures après. On injecta alors 1 centimètre cube de sérum antidiphtérique, qui trois heures après n'avait pas changé le temps de coagulation primitif.

Aucun de ces divers malades n'a présenté le moindre accident clinique anaphylactique.

Ultérieurement nous compléterons nos recherches en prélevant le sérum de nos lapins en période plus avancée d'anaphylaxie et en recherchant si le sérum de certains animaux, en dehors de toute anaphylaxie passive, n'a pas des propriétés coagulantes propres.

Ces résultats laissent peut-être entrevoir tout l'intérêt qu'il y aurait à avoir à sa disposition des sérums d'animaux préparés pour un effet hémostatique rapide.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

---

(1) Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, séance du 19 juin 1914.

UN CAS DE RUPTURE TRAUMATIQUE DE L'URETÈRE

QUELQUES MOTS SUR LE DIAGNOSTIC DES RUPTURES URÉTÉRALES TRAUMATIQUES

Par D. DUMITRESCO,
Interne à l'hôpital Brancovan de Bucarest,
et J. BUIA,
Interne des hôpitaux de Bucarest.

Le diagnostic des ruptures urétérales est généralement rare et difficile. Il devient encore plus difficile quand la rupture s'accompagne d'autres lésions du traumatisme qui viennent attirer notre attention et nous font négliger complètement la lésion uretérale.

Nous avons eu l'occasion d'observer un tel cas dans le service chirurgical du docteur Bardesco de l'hôpital Brancovan.

Nous allons donner quelques-unes des indications cliniques et tâcherons ensuite de formuler un plan de diagnostic qui pourrait permettre de soupçonner, dans quelques grands traumatismes, la rupture de l'uretère.

Observation. — Le malade J. S..., agé de cinquante-deux ans, travailleur, est pris entre un mur et un camion qui lui serre fortement le bassin transversalement dans la direction de la ligne bi-épineuse. Apporté à l'hôpital, il présente les symptômes d'une fracture du bassin.

L'abdomen, légèrement tuméfié, présente un empâtement évident dans la fosse iliaque droite. Les téguments sont normaux et le malade accuse des douleurs assez prononcées dans l'abdomen, localisées surtout dans la fosse iliaque droite. La tuméfaction iliaque n'est pas stationnaire, elle augmente petit à petit. Le sondage vésical est impossible, la sonde est arrêtée au niveau du col de la vessie. La région périnéale, légèrement tuméfiée, est infiltrée. La radiographie nous montre : fracture symétrique des branches horizontales du pubis, fracture verticale de l'os iliaque gauche à 4-5 centimètres de la colonne vertébrale.

Le diagnostic sur lequel on a été fixé a été : fractures multiples du bassin, rupture de l'urètre avec infiltration urinaire périnéale, hématome sous-péritonéal dans la fosse iliaque droite.

Dans ces conditions, on décide l'intervention chirurgicale pour la rupture de l'urètre et pour évacuer l'hématome supposé. On procède à la taille hypogastrique. La vessie, avec les parois intactes, contient quelque cent grammes d'urine sale, fétide, non sanguinolente. Périnéotomie médiane; on découvre une rupture de l'urètre dans sa portion membraneuse. Drainage.

Une incision faite au niveau de l'empâtement de la fosse iliaque droite découvre une collection séro-purulente d'une odeur fétide d'urine fermentée et infectée. Il ne s'agissait pas d'un hématome, mais d'une véritable infiltration urineuse.

Comment expliquer cette infiltration à ce niveau ?

Tenant compte de la rupture de l'urètre et de l'infiltration d'urine périnéale, on pouvait supposer que la sécrétion de la fosse iliaque n'était que la continuation de l'infiltration périnéale.

Quatre jours après, le malade succombe présentant des phénomènes de septicémie. Voici ce que l'on a trouvé à l'autopsie :

Fracture de l'os iliaque gauche, fracture des deux branches horizontales du pubis. Infiltration purulente et hémorragique sous-péritonéale du côté de la fosse iliaque droite et de la partie correspondante du bassin. *Rupture à peu près complète de l'uretère droit.* Le siège de la rupture est justement au niveau du détroit supérieur et paraît avoir été produite par une projection et forte compression de l'uretère contre la ligne innominée. Les reins sont gras et hyperémiés. Phlegmon urineux périvésical. Le muscle psoas gauche et le méso-rectum infiltrés de sang. Les intestins salis de sang. Le péritoine avec quelques fausses membranes de péritonite aiguë.

La liaison des faits se fait donc maintenant avec une grande facilité. La collection uro-purulente de la fosse iliaque droite n'était que la conséquence de la rupture de l'uretère de ce même côté.

Bien que ces cas soient très rares, il faut songer quand même, dans les grands traumatismes du bassin, à la possibilité d'une rupture uretérale.

Or, comment peut-on arriver dans ces cas-là à un diagnostic sinon certain, du moins probable de rupture uretérale ?

Le diagnostic doit être fait à deux points de vue : le diagnostic proprement dit ou diagnostic de la lésion, et le diagnostic différentiel avec les autres affections analogues.

A. Diagnostic proprement dit. — Le diagnostic proprement dit dépend de ce que le malade nous a été amené immédiatement après l'accident ou bien quelques jours après.

1° *Le malade nous est amené dans les premières heures après l'accident.* — Le diagnostic est toujours très difficile à faire, les phénomènes généraux étant, dans ce cas-là, communs à tous les traumatismes qui intéressent les régions voisines d'un uretère sans qu'il y ait nécessairement rupture de cet organe. Ce sont les symptômes locaux qui doivent être l'objet de toute notre attention et c'est en considérant ces symptômes que nous arriverons à un bon diagnostic.

Nous étudierons ces symptômes selon que le malade présente ou non une plaie extérieure, au niveau de la région uretérale.

a. *Le malade n'a aucune plaie extérieure.* — Le malade accuse des *douleurs* violentes sur un point du trajet de l'uretère. La palpation de la région douloureuse provoque des contractions musculaires abdominales. Le malade présente des *troubles urinaires* très importants : oligurie, même anurie, rarement polyurie comme dans notre cas. Les *hématuries* se rencontreraient dans la moitié des cas.

b. *Le malade présente une plaie extérieure.* — L'écoulement d'urine par cette plaie est un signe d'une grande valeur mais non pathognomonique parce que cet écoulement peut avoir lieu aussi bien dans une rupture du rein, du bassinet ou de la vessie.

Le siège de la blessure, la nature, la longueur et la direction de l'instrument ou de l'agent vulnérant nous donnent de vagues présomptions. Le cathétérisme de la plaie ne sert à rien, il est même dangereux et mieux vaut s'en abstenir.

En ajoutant à ces signes les phénomènes généraux comme le choc nerveux, la pâleur, la sueur, l'abaissement de la température, le pouls, etc., nous pouvons réunir ainsi un faisceau de symptômes qui nous permettront, par élimination, de songer à une rupture uretérale.

2° *Le malade est présenté après les premières heures de l'accident.* — Ici le diagnostic devient plus aisé à cause de l'apparition d'un signe important qui en amène d'autres tout aussi importants, savoir : l'*empâtement* des parties molles des fosses iliaques ou surtout des flancs et l'apparition, à ce niveau, d'une *tuméfaction qui croît progressivement.*

Cette tuméfaction est due à une collection d'urine et parfois de sang qui s'écoule, par rupture de l'uretère, dans le tissu sous-péritonéal voisin. Quand cette collection a atteint une certaine distension, l'orifice de l'extrémité inférieure uretérale peut redevenir perméable et alors apparaissent les *hématuries tardives* coïncidant avec l'affaissement de la tumeur. De même les *échinoses inguino-scrotales* sont un signe qui apparaît plus tard et seulement lorsque la collection contient aussi du sang.

Ceux-ci sont les signes tardifs d'une rupture uretérale, grâce auxquels, en ajoutant encore l'anamnèse de l'accident, nous pouvons diagnostiquer avec toute probabilité cette rupture.

L'importance d'un bon diagnostic dans ces cas rares est on ne peut plus grande, parce que, autant le traitement que le pronostic des ruptures uretérales dépendent de ce diagnostic fait à temps.

B. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — En ayant toujours à l'esprit cet ensemble de symptômes quand un malade qui vient de recevoir un grand traumatisme abdominal nous est présenté, les affections qui pourraient encore attirer notre attention, en dehors des ruptures uretérales, seront : contusion simple dans la région uretérale ; rupture du rein et du bassinet ; rupture de la vessie.

1° La *contusion simple dans la région uretérale* sera facilement écartée par l'apparition des ecchymoses immédiates, par l'absence d'une tuméfaction croissant progressivement et par l'absence des phénomènes urinaires évidents.

2° La *rupture du rein et du bassinet* peut reproduire, jusqu'à l'identification, le tableau clinique de la rupture uretérale ; toutefois, la localisation des symptômes est ici tout autre : la douleur apparaît dans la région lombaire avec des irradiations dans les testicules et vers la racine de la cuisse ; l'hématurie est à peu près constante et le plus souvent immédiate à l'accident ; la tuméfaction apparaît dans la région lombaire et est produite en grande partie par le sang ; des ecchymoses tardives (sept à huit jours) font leur apparition dans la région de l'aine.

3° *Rupture de la vessie.* — Douleur localisée dans le bas-ventre ; besoin d'uriner bien que malgré tous les efforts on ne parvienne à émettre que quelques gouttes d'urine sanguinolente ; écoulement d'urine par la plaie de la région vésicale ; immuabilité du contenu vésical : le trop plein d'urine de la vessie découlant au dehors de la cavité vésicale par la plaie de la paroi vésicale ; instantanéité de la réplétion vésicale ; si le malade sondé est mis debout l'urine écoulée dans les espaces voisins de la vessie peut la remplir à nouveau. Tous ces symptômes plaideront toujours en faveur d'une rupture de la vessie.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DE LA VACCINATION ANTITYPHIQUE AU MAROC

M. le professeur H. Vincent nous adresse la note suivante :

« Dans un article de M. A. Collin, intitulé « Quelle est la forme clinique de la syphilis qui aboutit le plus souvent à la paralysie générale ? », et paru dans la *Gazette des hôpitaux* du 18 juin dernier, il est dit que le « vaccin de Vincent, qui donne de si beaux résultats à Paris, est inefficace au Maroc ».

Je ne sais sur quelles raisons s'appuie l'auteur de cet article pour avancer cette opinion, assurément inexacte et qui surprendra tout le monde. Les statistiques relatives aux années 1911 et 1912, qui ont été publiées (*Académie de médecine*, 5 décembre 1912, et *Congrès international de médecine*, Londres, 1913) témoignent, au contraire, de l'extrême efficacité du vaccin polyvalent (1) non seulement en France, mais encore à l'étranger et, en particulier, au Maroc. Les statistiques qui concernent l'année 1913 ne sont pas moins démonstratives. On peut considérer que les personnes vaccinées et séjournant au Maroc, ainsi qu'en Algérie et en Tunisie, ont une immunité pour ainsi dire absolue contre la fièvre typhoïde. »

H. VINCENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 15 JUIN 1914)

De la non-accoutumance héréditaire des microorganismes (ferment lactique) aux milieux peu nutritifs. — M. Ch. RICHET. Par la vie prolongée de générations successives sur un milieu toxique, l'espèce se transforme et il se fait des races, des variétés, ayant des propriétés physiologiques spéciales.

Au contraire, par la vie prolongée de générations successives dans un milieu pauvre, l'espèce ne se modifie pas et le ferment qui a vécu dans des milieux dilués est toujours le même.

Autrement dit encore, *le ferment lactique s'habitue aux poisons ; il ne s'habitue pas à l'inanition.*

Les spirilles de la fièvre récurrente sont-ils virulents aux phases successives de leur évolution chez le pou ? Démonstration de leur virulence à un stade invisible. — MM. Ch. NICOLLE et Georges BLANC.

Modifications du chimisme cérébral dans l'anaphylaxie. — MM. J.-E. ABELOUS et C. SOULA.

Sur la vitalité des cultures de gonocoques. — MM. Auguste LUMIÈRE et Jean CHEVROTIER.

De l'influence des rayons ultraviolets sur la coloration des poils des lapins et des cobayes. — M. S. SÉGEROV.

Dosage des matières sucrées dans le foie. — MM. H. BIERRY et Mme Z. GRUZEWSKA.

(1) La polyvalence de ce vaccin, qui comprend des races marocaines, est même l'une des raisons de son haut pouvoir protecteur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 23 JUIN 1914)

De l'action désintoxicante de la prostatectomie. — M. BAZY estime que le mot prostatectomie est un mauvais mot : car l'opération à laquelle il s'applique désigne non l'ablation de la prostate, mais l'ablation des tumeurs dites adénomes qui constituent l'affection qu'on désigne sous le nom d'hypertrophie prostatique. C'est par le mot adénomectomie, qu'il a proposé depuis longtemps, qu'il faut désigner cette opération.

L'opération ne supprime pas les glandes prostatiques; elle ne supprime et ne doit supprimer que les tumeurs. Elle n'agit pas seulement en rétablissant la miction naturelle, en supprimant les accidents de l'infection et de l'intoxication urinaire, qui sont le résultat de la rétention.

Elle agit aussi en supprimant l'action nocive sur l'organisme exercée par les tumeurs elles-mêmes. Aussi, quand M. Bazy parle de l'action désintoxicante de l'opération, il ne parle pas de l'action directe sur l'appareil urinaire, mais de l'action exercée par l'ablation des tumeurs sur les différents appareils de l'organisme. Cette action est difficile à mettre en évidence dans beaucoup de cas, parce qu'elle ne se traduit pas par des faits précis; on constate bien que les opérés ont, après l'opération, une santé bien meilleure qu'avant l'opération; mais il serait difficile de dire par quoi sont constitués les éléments de cette bonne santé. Un fait bien observé et précis vaut mieux, pour prouver le bien-fondé de cette opinion, que des faits vagues et imprécis, quoique réels. Un malade de soixante et onze ans subit, il y a près de trois ans, la taille hypogastrique nécessitée par une infection grave et l'impossibilité du cathétérisme : il garda la vessie ouverte pendant six mois, sans qu'il y eût la moindre rétention. Ce malade était, avant cette opération, albuminurique, avait des œdèmes, des troubles cardiaques nécessitant des cures de digitaline : malgré l'absence de rétention dans l'arbre urinaire, d'accidents d'infection ou d'intoxication, il conserve ces troubles après cette première opération, au point que ses médecins, MM. Achard, Capitan et Bazy hésitent à faire l'adénomectomie. Enfin, après six mois d'attente, on se décide sans enthousiasme; M. Bazy enlève des adénomes pesant 105 grammes. L'opération est très bien supportée; peu à peu tous les accidents cèdent : les œdèmes, l'albuminurie, les troubles cardiaques disparaissent; l'opéré a pu cesser le régime déchloruré auquel il avait été soumis, son cœur n'a plus présenté le plus petit trouble, au point qu'il n'a plus été obligé de prendre de digitaline, ce qui ne lui était pas arrivé depuis très longtemps, et la guérison se maintient ainsi depuis plus de deux ans.

Le rétablissement de la santé peut être dû en partie à la bénignité des suites opératoires immédiates, à l'absence de tout accident infectieux postopératoire. Aussi, M. Bazy attache une grande importance au mode de traitement qui suit l'opération. Celui qu'il emploie lui donne, à ce point de vue, toute satisfaction et lui a permis de guérir des malades en deux semaines et même moins. L'absence de toute infection favorise ainsi le retour à la santé générale que détermine l'ablation des tumeurs prostatiques.

Angiomes profonds douloureux des membres. — M. KIRMISSON rappelle que peu d'affections possèdent, au même degré que les angiomes, le caractère de polymorphie. Il est une variété caractérisée surtout par la douleur, variété sur laquelle ont insisté Trélat et Monod. A côté de ces angiomes douloureux sous-cutanés existent des tumeurs profondément situées dans l'épaisseur des membres, difficiles à diagnostiquer en raison même de leur profondeur. L'intensité de la douleur et la radiographie peuvent cependant permettre de déceler ces tumeurs dans lesquelles l'histologie montre la présence de nombreux filets nerveux.

M. Kirmisson communique plusieurs observations de ce genre et termine ainsi :

« En résumé, à côté des angiomes sous-cutanés douloureux des membres, depuis longtemps connus par les travaux de Trélat et de notre collègue, M. Charles Monod, il importe de savoir qu'il est des angiomes profonds, sous-aponévrotiques, qui traduisent leur existence par des douleurs excessivement violentes, soit localisées au point malade, soit irradiées à tout le membre. Ces angiomes sous-aponévrotiques sont si profondément situés que souvent ils ne traduisent leur existence que par une tuméfaction plus ou moins indistincte, plus ou moins diffuse. Parfois même, comme dans le cas de notre dernière malade, l'examen clinique ne permet de constater l'existence d'aucune tumeur. C'est seulement la conservation d'un excellent état de santé générale, l'absence de toute lésion diathésique, la notion du jeune âge des sujets qui conduira au diagnostic exact. Faute de connaître l'existence de ces faits, on est exposé à perdre de longs mois dans l'expérimentation des différents moyens analgésiques, alors qu'une opération minime, exempte de toute gravité, procurera en quelques jours la guérison. Il me paraît donc important que médecins et chirurgiens soient avertis de l'existence de ces angiomes profonds douloureux, et c'est pourquoi je me suis permis d'en faire, devant l'Académie de médecine, l'objet d'une communication. »

La loi Roussel. — M. VIDAL (d'Hyères) demande :

1° Le maintien intégral de l'article 8 de la loi Roussel;

2° Qu'un règlement d'administration publique soumette à la visite médicale les enfants des filles mères recevant un secours mensuel;

3° Que toutes les nourrices placées dans les familles fassent constater chaque mois et par le médecin inspecteur leur état d'aptitude à l'élevage au sein d'un nourrisson;

4° Que des prescriptions relatives aux soins hygiéniques à donner aux nourrissons soient imprimées sur tous les livrets de famille ou autres qui sont délivrés aux intéressés.

M. PINARD continue à défendre énergiquement la loi Roussel. Il constate que tous les orateurs sont d'accord sur ce fait primordial qu'il faut, par tous les moyens, faciliter l'allaitement au sein. La discussion ne porte que sur un point, la durée minima que doit avoir cet allaitement. Déjà bien avant 1875, date de la promulgation de la loi Roussel, tous les médecins, les accoucheurs, les hygiénistes soutenaient que l'allaitement au sein était un des meilleurs moyens de protection de l'enfant. Depuis, M. Guéniot, puis MM. Bar et Hutinel ont reconnu les progrès réalisés par l'allaitement artificiel. Rappelant l'opinion de son maître Tarnier, M. Pinard cite un passage de son traité en collaboration avec Chantreuil dans lequel le maître déclare que l'allaitement au sein doit durer de douze à dix-huit mois. Encore exigeait-il que le sevrage ne coïncidât point avec une poussée de dents. Trousseau recommandait de ne sevrer l'enfant qu'après qu'il eût ses dents. M. Bar lui-même a déclaré que la gastro-entérite était beaucoup plus fréquente chez les enfants allaités au biberon. Il ajoute que l'enfant privé du sein de sa mère court de grands dangers.

L'Académie, ajoute M. Pinard, a déjà voté le terme de sept mois qui satisfait aux exigences de la science et de l'humanité.

Arrivant à l'amendement qu'il a proposé, M. Pinard déclare que son but est d'augmenter le nombre des nourrices mères, en leur donnant la faculté de rester mères tout en devenant nourrices sur lieu. Ce qu'il combat, c'est l'industrie des nourrices se faisant aux dépens de leur enfant. Il est démontré qu'une femme peut bien nourrir deux et plusieurs enfants.

Les familles demandant des nourrices s'accommoderont

très bien de leur enfant. Toutefois il est une objection dont M. Pinard reconnaît la valeur : M. le directeur de l'Assistance publique assumera-t-il la responsabilité de faire venir des enfants de la campagne pour les transporter, avec leur mère, dans le milieu nosocomial ?

En terminant, M. Pinard invoque la grande voix de Chauffard père qui, en 1869, demandait à l'Académie de voter l'assistance aux mères nécessiteuses. La loi Roussel est arrivée, loi tutélaire qu'il faut respecter dans son intégrité.

M. Hutinel trouve que la discussion s'élève à de telles hauteurs qu'on en perd le point de départ. Nous sommes tous partisans, dit-il, de la loi Roussel. Nous sommes convaincus qu'elle rendra de grands services ; mais encore faut-il qu'elle soit applicable. M. Pinard vit dans une république de rêve. Il pense qu'en empêchant les nourrices de se placer avant sept mois il favorisera l'allaitement maternel. C'est là une erreur, pas une femme de plus n'allaitera son enfant. En outre, la natalité des enfants des nourrices diminuera. M. Hutinel insiste sur ce fait, qu'il y a une grande différence, au point de vue des dangers que court l'enfant, entre le nouveau-né et l'enfant de quatre mois, et entre l'enfant de quatre mois et celui de sept mois. Aux Enfants-Assistés, en 1903, 448 enfants ont été confiés à 59 nourrices. Ces 59 nourrices ont sauvé 348 enfants. Que sont devenus les enfants de ces 59 nourrices ? Aucun n'est mort. Si vous diminuez le nombre des nourrices sur lieu, on fera venir des nourrices italiennes. Cela se fait déjà. Si vous votez le second paragraphe de l'article 8, dit en terminant M. Hutinel, vous ferez un véritable massacre d'innocents.

— La discussion se poursuit entre MM. Pinard et Hutinel, chacun d'eux défendant son opinion avec la même éloquence et la même énergie.

Radiographie cranienne. — M. Pierre Marie présente, au nom de M. Infroit, un nouveau dispositif pour la radiographie cranienne : diagnostic des affections hypophysaires, des tumeurs cérébrales, du degré d'épaississement de la voûte cranienne. Ce dispositif permet d'immobiliser la tête et d'obtenir des épreuves d'une précision très grande.

Cirrhose du foie et tuberculose. — M. Legry s'élève contre l'assimilation globale, tentée par certains auteurs, des cirrhoses du foie avec la tuberculose de cet organe. Tout d'abord, il a constaté, à l'autopsie de sujets morts de cirrhose hépatique, l'absence de toute lésion tuberculeuse, pulmonaire ou autre. Invoquer alors la localisation unique sur le foie de l'infection tuberculeuse, et de cette infection sous sa forme exclusivement atypique, lui semble une opinion inacceptable dans l'état actuel de nos connaissances.

Puis, même dans les faits où il a trouvé, en même temps qu'une cirrhose du foie, des altérations tuberculeuses, soit du poumon, soit d'un autre organe, la dissociation étiologique des deux ordres de lésions s'imposait encore avec évidence par un examen histologique minutieux. En particulier, dans deux faits, d'une part la sclérose du foie était ancienne, et les lésions tuberculeuses dans le reste de l'organisme étaient jeunes ; d'autre part, tandis que, partout ailleurs, la tuberculose se présentait avec ses traits histologiques classiques, il était impossible de déceler dans le foie le moindre nodule caractéristique.

Un contraste si frappant entre les lésions hépatiques et celles des autres viscères ne cadre nullement avec l'hypothèse de l'unicité de cause, car il serait inexplicable que l'infection bacillaire eût frappé les divers organes sous la modalité lésionnelle qui est sa forme spécifique, à l'exception du foie pour lequel elle aurait réservé ses lésions à caractères atypiques de tuberculose « non folliculaire » ou « inflammatoire ».

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 19 juin 1914)

Étude complète et autopsie (pratiquée en 1913) d'un addisonien considéré comme guéri en 1902. — MM. Edg. Hirtz et Robert Debré rapportent l'observation d'un malade atteint de maladie d'Addison qu'ils ont observé en 1902. Ce malade présentait à cette époque tous les signes caractéristiques d'une maladie d'Addison (asthénie extrêmement marquée, pigmentation caractéristique de la peau et des muqueuses, troubles gastro-intestinaux, amaigrissement). Ce malade qui était dans un état assez grave fut très amélioré par l'opothérapie et put être présenté comme guéri à la Société de thérapeutique, le 25 juin 1902, après six mois de traitement.

De 1902 à 1913, il fait plusieurs séjours à Sainte-Anne et à Ville-Evrard pour des accidents psychiques dus à l'alcoolisme. Il est retrouvé à son dernier séjour à Ville-Evrard où il meurt d'un cancer de l'estomac. A l'autopsie on constate qu'il n'y a aucune lésion macroscopique des capsules surrénales ou du plexus solaire. Seul l'examen histologique de nombreuses loupes permet de voir, dans la surrénale gauche, un minuscule nodule cicatriciel endo et périsurrénal dont l'étiologie tuberculeuse ou syphilitique est difficile à préciser.

Etude de deux cas de rétrécissement congénital de l'orifice aortique. — MM. Laubry et Pezzi rapportent l'observation de deux malades atteints de rétrécissement congénital de l'orifice aortique qu'ils ont étudiés cliniquement, et à l'aide des méthodes graphique (mécanique et électrique) et radioscopique. Ils s'attachent à différencier cette affection congénitale : 1° du rétrécissement de l'isthme aortique ; 2° des maladies du cœur droit souvent difficiles à distinguer à cause de l'absence de cyanose et de la localisation du souffle de la base.

Abcès multiples et indépendants du foie et du poumon droit, consécutifs à une dysenterie amibienne contractée au Maroc. — M. Simonin (Val-de-Grâce) relate l'observation d'un malade chez lequel une dysenterie amibienne contractée, sur la route de Fez, fut suivie au bout de deux mois d'accès fébriles, puis de douleurs du côté du foie. A l'autopsie on trouva cinq abcès dans le foie et deux petites collections purulentes dans le poumon droit. L'examen ne révéla pas d'amibes dans le pus du foie, alors qu'on en trouvait dans le pus du poumon.

Tumeur du corps thyroïde. — M. Louste et Mlle Le Conte présentent des pièces anatomiques provenant d'une tumeur du corps thyroïde simulant cliniquement et à la radioscopie un anévrisme de la crosse de l'aorte.

Gangrène pulmonaire consécutive à une contusion. — MM. Achard et Rouillard rapportent le cas d'une femme de vingt-cinq ans qui, au cours d'une dispute, se fit une forte contusion à la base droite du thorax. La région resta douloureuse, puis au bout de quinze jours survinrent un malaise général, de la fièvre, de la toux et une expectoration abondante, fétide et striée de sang.

L'examen de la région révèle de la submatité, du souffle et des râles crépitants. La radiographie montra une zone claire entourée d'un bord sombre de tissu pulmonaire condensé, ainsi que l'intégrité des côtes. Une ponction exploratrice ramena seulement quelques gouttes de sérosité louche et foncée sans microbes colorables ni cultivables.

L'intervention chirurgicale ayant été refusée, le traitement fut seulement palliatif. La fièvre se maintint irrégulièrement

entre 38 et 40 degrés, puis elle diminua, en même temps que l'abondance et la fétidité de l'expectoration. Au bout de trois semaines, la malade quitta l'hôpital en voie de guérison.

En raison du siège précis du foyer pulmonaire gangréneux au point même de la contusion, il y a lieu d'admettre que le traumatisme a produit d'abord une petite hémorragie circonscrite du poumon qui, après être restée quelque temps aseptique, s'est infectée secondairement.

Utilisation thérapeutique du sérum de lapin en voie d'anaphylaxie (anaphylaxie passive) pour augmenter la coagulabilité du sang et arrêter les hémorragies du début de la fièvre typhoïde chez deux malades. — MM. Henri Dufour, Legras et Crow (voir plus haut p. 1189).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 20 JUIN 1914)

La saturation des agglutinines et des précipitines appliquée à la différenciation du méningocoque et des paraméningocoques. — MM. Dopter et Pauron. De l'examen de nombreux échantillons de méningocoques et de paraméningocoques au point de vue de leur agglutinabilité croisée vis-à-vis des deux sérums spécifiques correspondant, il résulte que :

1° Le sérum antiméningococcique agglutine le plus souvent le méningocoque seul, mais parfois aussi certains échantillons de paraméningocoques.

2° Le sérum antiparaméningococcique agglutine presque toujours les deux germes.

Il fallait savoir la nature de ces agglutinations, non seulement au point de vue de leur spécificité, mais encore en vue du diagnostic bactériologique des deux infections engendrées par ces microbes différents. Les épreuves de saturation des agglutinines et des précipitines résolvent le problème.

Des nombreuses expériences des auteurs, les notions suivantes se dégagent :

Des agglutinines que contient chaque sérum, seules, sont spécifiques celles qui s'adressent au germe avec lequel il a été préparé, les autres sont des agglutinines de groupe. Pour être édifié sur la véritable nature d'un germe agglutinant à la fois avec les deux sérums, il faudra donc le soumettre à cette épreuve de la saturation qui, par un dispositif spécial, permet d'assurer rapidement le diagnostic d'un cas clinique déterminé.

L'épreuve de la saturation des précipitines, avec l'extrait autolytique de ces microbes, donne des résultats qui concordent avec les précédents. De plus les auteurs ont remarqué que ces sérums saturés par ces extraits perdent et conservent leurs propriétés agglutinantes comme si la saturation avait été effectuée avec les émulsions microbiennes. Ce fait parle évidemment en faveur de l'analogie étroite qui existe entre les agglutinines et les précipitines.

Sur le mode d'action des antiferments. — M. Briot présente une note sur le mode d'action des antiferments, dans laquelle il établit qu'un mélange de présure-antiprésure inactif peut être réactivé par l'acide chlorhydrique tout comme un proferment et peut être transformé en ferment par le même agent. Il a tiré la conclusion que le proferment peut être considéré comme une liaison ferment-antiferment.

Elections. — M. Sacquépée est nommé membre titulaire de la Société de biologie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 12 JUIN 1914)

Recherches sur le bilan de la nutrition des pellagreux. — M. Jean Nicolaïdi a étudié en Italie et en Roumanie les troubles de la nutrition dans la pellagre, maladie endémique dans un grand nombre de pays où elle constitue une calamité nationale. C'est une affection toxialimentaire attribuée à l'alimentation exclusive par le maïs. Toutes les autres théories étiologiques proposées n'ont jusqu'ici reçu aucune confirmation scientifique. La marche de la maladie est progressive, elle conduit à la cachexie ou à la psychose pellagreuse. Elle est incurable, arrivée à un stade avancé.

L'auteur a proposé un nouveau traitement de la pellagre expérimenté officiellement en Italie et en Roumanie, sur des pellagreux très avancés ; il a donné des résultats satisfaisants, les malades ayant pu reprendre leurs occupations interrompues depuis très longtemps.

Stérilisation des liquides opothérapiques par les rayons ultraviolets. — M. L. Lematte stérilise les liquides opothérapiques par les rayons ultraviolets.

L'auteur a discuté les procédés de stérilisation par la filtration à la bougie de Chamberland ou par pression de l'acide carbonique. La bougie donne des liquides très peu actifs ; les colloïdes restent avec les microbes sur la porcelaine. Le procédé de l'auteur conserve aux liquides organiques toute leur activité thérapeutique.

Traitement de l'hypertrophie de la prostate. — M Georges Luys présente un nouveau procédé thérapeutique de l'hypertrophie de la prostate qui évite l'opération sanglante et les dangers qu'elle comporte. Grâce aux instruments perfectionnés dont il est l'inventeur, l'auteur aborde la prostate par les voies naturelles, il détruit sous le contrôle de la vue, méthodiquement et lentement, les lobes hypertrophiés de la prostate et parvient ainsi à faire obtenir aux malades des mictions naturelles. La galvano-cautérisation et l'électro-coagulation sont les puissants aides dont use l'auteur dans la destruction des parties malades de la prostate. Cette méthode qui ne comporte ni séjour en maison de santé, ni immobilisation au lit, permet d'obtenir des résultats excellents et durables qui en font hautement recommander l'emploi.

Paris, ville d'eaux. — M. Cany (de la Bourboule) a réuni quelques documents d'histoire et de littérature médicale concernant toutes les sources médicinales actuelles et passées de Paris : 20 ou 22 griffons ont été captés dans Paris, analysés et autorisés par l'Académie de médecine. Deux sources encore exploitées représentent ensemble un total respectable de 3 000 000 de bouteilles par an. L'histoire des eaux de Passy offre surtout de l'intérêt par son retentissement sur la littérature et le théâtre à cette époque. Une charmante pièce en vers inédite « Les Eaux de Passy » due à un académicien, M. de Boze, donne de spirituels aperçus sur la vie aux bains au XVIIIe siècle. Les menaces de destruction dont le parc Delessert et les sources de Passy sont depuis quelque temps l'objet ont incité le docteur Cany à rappeler à la tribune de la Société de médecine les faits si peu connus relatifs à Paris, ville d'eaux.

Sclérose vasculaire et hypertension artérielle. — M. Louis-Albert Amblard. Si un accident imprévu peut d'emblée emporter un sujet atteint d'artériosclérose, en général l'évolution clinique de l'affection permet de constater une série de troubles imputables aux lésions des artères aorte et rénales qui sont plus particulièrement atteintes. Le signe le plus latent comme d'ordinaire le plus précoce est l'hypertension artérielle, véritable signe d'alarme. Le mécanisme de

celle-ci relève de plusieurs facteurs; d'un principal, la vaso-constriction périphérique : hypertension artériolaire fonctionnelle; et de deux autres, accessoires, en rapport avec les modifications fonctionnelles ou organiques de la paroi artérielle : hypertension pariétale fonctionnelle et hypertension pariétale organique.

Le traitement devra viser les divers facteurs : régime antitoxique, diurétiques, laxatifs, cure de diurèse contre l'élément vaso-constricteur; iodure de potassium, fibrolysine, silicate de soude contre l'élément pariétal.

— M. Denis COURTADE présente un ouvrage : *Notions d'électrothérapie appliquée à l'urologie.*

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE

(SÉANCE DU 9 JUIN 1914)

Restauration prothétique de l'oreille. — M. MONOD relate l'histoire d'une jeune malade, scalpée par une courroie de transmission qui lui arracha l'oreille droite. Cet organe fut remplacé par un appareil de prothèse, fixé dans le conduit auditif externe par deux palettes épousant la forme de ce conduit, et montées à l'extrémité de petites branches actionnées par des ressorts en caoutchouc, manœuvrées par deux leviers dissimulés entre l'oreille et la tête. Les photographies et modèles présentés montrent bien l'excellence du résultat obtenu.

Fracture dentaire. Synalgie. Pelade. — M. ROUSSEAU-DECELLE présente une observation d'une netteté saisissante et qui démontre bien la relation de cause à effet qui peut exister entre une lésion inflammatoire dentaire et une pelade avec synalgie. La cessation des phénomènes pathologiques suivit immédiatement l'extraction du débris radiculaire en cause.

Note sur le muscle mylo-glosse. — M. GUILLEMIN démontre qu'il n'y a pas lieu de considérer comme un muscle particulier, chez l'homme, les faisceaux musculaires aberrants, décrits sous ce nom par quelques auteurs.

Etiologie rare d'abcès dentaire. — M. DAUGUET.

Présentation d'un collier africain, composé de dents humaines avec diverses mutilations dentaires. — M. VAYSSE.

JURISPRUDENCE

LITTÉRATURE MÉDICALE ET RÉPUTATION PROFESSIONNELLE

Le 12 mars 1914, la cinquième chambre du tribunal civil de la Seine rendait un jugement relatif au droit de reproduction, qu'ont les maisons de produits sur la littérature faite par des médecins.

Voici en quelques mots l'espèce qui avait été soumise aux magistrats parisiens.

Le docteur X..., professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, avait en 1905, alors qu'il n'était qu'étudiant, procédé, moyennant une modique rétribution, à l'analyse de produits alimentaires d'une maison étrangère : cette analyse était suivie de constatations élogieuses.

Mais le jeune étudiant devint un des maîtres de la science médicale. Aussitôt la maison lança des circulaires et se servit des commentaires du professeur pour une publicité tapageuse, mettant certaines expressions en caractères typographiques spéciaux et en faisant suivre son nom de ses qualité et adresse. Emu, à juste titre, de cette publicité intempestive, le professeur avait assigné la maison de commerce devant le tribunal. Il lui demandait des dommages-intérêts, et priait les juges de lui faire défense de faire figurer dans sa publicité ou dans ses réclames et prospectus de toute nature ses analyses ou son nom.

Saisi de la question, le tribunal déclara que le professeur ne pouvait empêcher la publication de la littérature, mais que la maison de commerce ne pouvait en faire usage que dans les conditions de la cession. Voici d'ailleurs les attendus du jugement qu'il faut détacher :

« Attendu qu'on comprend très bien que le demandeur, qui avait rédigé ses analyses et sa notice alors qu'il ne possédait pas encore le titre de docteur en médecine, ne veuille pas, aujourd'hui qu'il est professeur agrégé, que son nom serve de réclame à des produits alimentaires; mais que, quelque respectable que soit sa prétention, le tribunal ne peut y faire droit dans son intégralité;

Qu'il y a lieu de contraindre le défendeur, s'il continue à faire usage des analyses et de la notice, à ne les insérer que comme elles lui ont été cédées, dans des caractères uniformes et sans adjonction de titre et d'adresse. »

L'espèce, que nous analysons aujourd'hui, nous permet de rappeler les règles à la fois de jurisprudence et de déontologie qui président à ce genre de procès. Il est certain que la réclame se développe de jour en jour, et que cette réclame peut parfois nuire à la réputation du médecin. Si, par hasard, un médecin en renom préconise l'emploi d'un remède, celui qui l'a inventé n'hésite pas à s'en prévaloir par une publicité considérable. De suite, ne croira-t-on pas que le médecin est plus ou moins intéressé dans le lancement du produit? Cet abus n'est pas réprimé pénalement, mais le principe d'une poursuite civile a été consacré par les tribunaux, qui ont admis qu'on ne pouvait empiéter sur la personnalité d'une personne sans son autorisation expresse (Cour de Paris, 20 juillet 1879, *Sirey*, 1880, 2. 203; Trib. Seine, 3 nov. 1897, *Moniteur jud.*, Lyon, 24 janv. 1898).

La reproduction des paroles, d'un écrit d'un médecin, dans une réclame pharmaceutique peut être pour lui la source d'un préjudice, d'autant plus grave qu'il ne l'a pas autorisée. Aussi a-t-il le droit d'interdire aux inventeurs ou aux fabricants de produits de se servir de son nom comme réclame commerciale. Ce droit comporte une double sanction : tout d'abord la faculté de demander la suppression de son nom dans ces réclames, et ensuite la possibilité d'obtenir des dommages-intérêts pour le préjudice causé dans le passé, soit d'obtenir la publication de la sentence dans le but de dissiper les mauvaises impressions (Trib. Seine, 4 mars 1905, *Dalloz périod.*, 1905, 2. 144; 12 mars 1907, *Le Droit médical*, avril 1907, p. 12).

Mais dans le cas où le médecin a autorisé expressément ou tacitement l'emploi des éloges suivis de son nom, la maison de spécialités doit respecter les conventions qui ont présidé à la confection de la littérature. C'est le cas de notre espèce actuelle.

Cependant certains auteurs (PERREAU, *Eléments de jurisprudence médicale*, p. 114) vont plus loin : « Supposons que le médecin, en recommandant l'usage d'un produit, entende réellement donner à son inventeur l'autorisation de faire de ses paroles l'usage qu'il lui conviendra, même s'il en doit résulter pour lui quelque dommage. Une telle autorisation de ce genre est nulle : car les tribunaux jugent illicite toute convention par laquelle une personne en autorise d'avance une autre à lui nuire — témoin la jurisprudence bien connue sur les causes de non garantie (Cass. 31 déc. 1900, *Sirey*, 1901, 1. 201). »

Cette théorie peut-elle s'appliquer à un écrit? Le jugement du 12 mars 1913 semble s'y opposer.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

ANALYSES

CHIRURGIE

Résection des tumeurs malignes du maxillaire supérieur. (N. L. Chistiakoff. *Chirourgia*, t. XXXV, n° 206, fév. 1914, Moscou.) — L'étude de M. Chistiakoff est basée sur 77 cas observés dans la clinique de son maître le professeur Spijarny (de Moscou).

Après avoir étudié l'étiologie générale des tumeurs malignes du maxillaire supérieur, l'auteur insiste surtout sur le traitement et en particulier sur les soins pré et postopératoires qui par eux-mêmes constituent 50 p. 100 des succès opératoires.

Les sarcomes sont aussi fréquents que les cancers, et les statistiques de Ohlemann, Martens, Stein, concordent avec celle de M. Chistiakoff.

L'âge de l'apparition des sarcomes est plus précoce.

Ainsi nous trouvons 17 cas à l'âge de dix ans, tandis que le maximum des cancers s'observe entre quarante et soixante ans. Mais les cancers ne sont pas rares en bas âge et on en trouve un bon nombre chez des sujets jeunes entre dix et trente ans. Ainsi les statistiques réunies donnent 88 cas de cancers jeunes et 160 cas entre quarante et soixante ans. Enfin il y a un cas chez un enfant d'un an. Par contre les sarcomes sont très rares chez les adultes; on n'en trouve que 20 cas. Le maximum de fréquence des sarcomes est entre dix et vingt ans.

Un élément est favorable à cette opération : c'est que les vaisseaux lymphatiques sont rarement pris par ces tumeurs et cet élément favorable permettait à quelques chirurgiens d'espérer d'obtenir des résultats durables après les opérations. Nous en parlerons en donnant les résultats opératoires et définitifs.

Ainsi chez Martens sur 57 cas les ganglions n'étaient que deux fois augmentés de volume. Dans ces cas personnels les ganglions ont été pris plus fréquemment : sur 29 cancers, dix fois; sur 48 sarcomes, sept fois.

Les métastases sont presque exceptionnelles : deux fois sur 77 cas. D'après tous les auteurs qui ont écrit à ce sujet, les métastases sont exceptionnelles et les récidives se montrent toujours au niveau de la résection même.

Il est intéressant de constater que plusieurs tumeurs ont mis des années pour évoluer : ainsi nous trouvons pour le cancer des cas datant de neuf ans, même de dix ans. Plusieurs cas au-dessus de trois ans. Mais il faut ajouter que les cas au-dessus de trois ans sont d'origine cutanée et qu'ils ont évolué secondairement vers le maxillaire supérieur.

Quant aux sarcomes, nous trouvons également un grand nombre de cas au-dessus de trois ans, même de six, sept et huit ans.

Sur 77 cas, 7 seulement ont été inopérables.

Quant aux symptômes et diagnostic ils ne présentent généralement pas de grandes difficultés.

Un seul diagnostic différentiel est à retenir, c'est celui avec la gomme syphilitique qui peut être prise pour une tumeur maligne. Chistiakoff décrit deux cas semblables où la résection était déjà décidée et où un traitement spécifique court mais intensif a fondu pour ainsi dire la tumeur.

L'auteur attache une grande importance au mode d'anesthésie, à la trachéotomie préalable, au tamponnement de la glotte et à la ligature de l'artère carotide externe avant l'opération.

L'anesthésie générale a donné de si mauvais résultats (pneumonie par déglutition) que les chirurgiens qui ont pratiqué le plus grand nombre de résections (Fergusson, Hüter, Batches, Krontein) l'ont abandonnée pour opérer les malades à peine endormis dans la première moitié de l'acte opératoire, tandis que, pendant la deuxième moitié, le malade était presque réveillé de façon qu'il pût cracher le sang qui coulait dans sa gorge pendant l'opération même. Sur 35 cas opérés par ce procédé, Krontein n'a pas eu une seule pneumonie.

Les 70 cas de Chistiakoff ont été opérés de la façon suivante :

0g01 de morphine avant l'opération, une petite anesthésie générale courte et pas profonde jusqu'au moment où on arrive à l'os; ensuite on cesse l'anesthésie. Il n'a pas eu un seul cas de pneumonie.

La trachéotomie préalable et le tamponnement de la glotte pour empêcher la pneumonie par déglutition ne sont guère employés. La canule empêche l'expectoration qui est inévitable dans tous les cas et les chances de la pneumonie sont transportées de la salle d'opération au lit du malade.

Quant aux ligatures préalables des vaisseaux tous les auteurs sont d'accord pour dire qu'il faut lier seulement la carotide externe entre la thyroïdienne supérieure et la linguale et jamais la carotide primitive. L'hémostase est presque la même, mais la mortalité de la ligature de la carotide primitive est tellement grande, qu'elle dépasse celle de l'opération même. On a observé quelques cas de thrombose après la ligature de la carotide externe. Weiting conseille de ménager l'artère, de faire les manipulations avec prudence et surtout de ne pas serrer le fil jusqu'à l'écrasement de toutes les tuniques, mais se borner à l'arrêt du pouls au-dessus de la ligature.

Au XXXIXe Congrès de chirurgie allemande, Sauerbruch a proposé un appareil qui, faisant un appel du sang dans le thorax, l'abdomen et les membres, produit un vide relatif des vaisseaux de la tête. La ligature de la carotide externe est alors inutile. Il l'a employée cinq fois avec trois succès.

Pour empêcher le malade de déglutir le sang, Kocher a proposé de l'opérer demi-assis. Six fois l'auteur a employé ce moyen et il en est très satisfait.

Quant à l'opération même et aux autoplasties pratiquées, elles ont été exécutées par la technique habituelle classique.

Les résultats immédiats sont excellents : 25 résections complètes du maxillaire supérieur ne donnent pas de mortalité; 45 sarcomes donnent 15 p. 100 de mortalité pour les résections complètes et pas de mortalité pour les partielles.

Quant aux résultats définitifs ils sont loin d'être aussi brillants que les succès opératoires et les statistiques de tous les auteurs sont d'accord sur ce point.

Pour le cancer M. Chistiakoff ne donne les résultats que de 19 malades : 10 cas, résultats inconnus; 10 p. 100 sans récidive au delà de deux ans; 22 p. 100 au delà d'un an; tous les autres malades ont succombé avant un an.

Eiselsberg cite un cas avec une récidive au bout de dix-sept ans.

Pour les sarcomes, les résultats sont meilleurs : 32 cas, 15 résultats inconnus; 6 cas, sans récidive de six à quatorze ans; 9 cas, récidive avant un an. En somme, 33 p. 100 au delà de deux ans; 29 p. 100 au delà de trois ans, de 3 à sept ans.

En résumé les résultats obtenus pour les sarcomes sont meilleurs que ceux obtenus pour les cancers et ils le sont d'autant plus qu'on fait une résection complète et non pas partielle, comme l'ont fait certains.

I. MARCHAK.

Greffe vasculaire. Preuve de la vitalité du greffon par une double greffe. (Paul Moure. *Bull. de la Soc. anat.*, déc. 1913, pp. 489-492, 1 fig.) — Deux centimètres et demi de la carotide d'un gros chien danois sont réséqués entre deux clamps, et remplacés par un segment de la veine jugulaire externe droite du même animal (long de 4 centimètres et demi). Vingt-six mois plus tard, résection de 1 centimètre de longueur du greffon, entre les bouts rétractés duquel est interposé un segment de 8 centimètres de long de la veine jugulaire externe gauche du même chien. Cinq semaines plus tard, l'animal est sacrifié, et la pièce présentée à la Société anatomique montre que le premier

greffon a parfaitement repris sur la carotide et le deuxième également repris sur le premier, ce qui démontre la vitalité de celui-ci. Enfin, les parois des segments veineux ont acquis l'apparence et l'épaisseur des parois de la carotide à laquelle ils font suite, et le deuxième greffon est d'épaisseur égale à celle du premier.

L'examen histologique sera publié dans la thèse de l'auteur.

« En somme, cette expérience permet d'affirmer qu'un segment veineux, interposé sur le trajet d'une artère, se greffe véritablement et vit d'une vie réelle, puisqu'il est capable de faire les frais de la cicatrisation d'un nouveau greffon. »

L. ALQUIER.

NEUROLOGIE

Sur les aliénations mentales d'origine syphilitique. (A. Marie. *Arch. de neurol.*, janvier et février 1914.) — Les pseudo-parasyphilis ne sont, comme le disait Pierret, que des pseudo-diagnostics. En présence d'un délirant par méningo-encéphalite, il faut vérifier les réactions biologiques de la syphilis. Si elles existent dans le sang, on fera le traitement général de la syphilis auquel s'ajoutent les traitements cérébro-spinaux directs, quand les réactions existent aussi dans le liquide céphalo-rachidien. Lorsque ces dernières seules sont constatées le dernier mode de traitement est particulièrement indiqué, et le terme de parasyphilis convient. On ne saurait l'appliquer aux débiles mentaux issus de syphilitiques mais ne présentant pas eux-mêmes les réactions biologiques de la syphilis.

Sur 9 cerveaux de paralytiques généraux, l'auteur a trouvé 8 fois le tréponème. Il doit être cherché, non par l'imprégnation argentique positive une fois seulement, mais par des procédés rapides, ultra-microscope, méthode de Fontana, etc. On les trouve surtout dans les zones frontales antérieures, ils se développent par foyers successifs disséminés. Les 8 cas positifs provenaient de sujets morts en ictus apoplectiforme, qui semble correspondre à une pullulation de tréponèmes; il s'agissait de paralysies générales jeunes, diagnostiquées d'un à quatorze mois avant la mort. Toutefois, l'auteur annonce d'autres résultats positifs, dont un dans un cas à évolution clinique lente (entre dix-huit mois et deux ans).

L. ALQUIER.

Epithélioma de l'estomac avec généralisations multiples chez un dément. (Vigouroux et Pruvost. *Bull. de la Soc. anat.*, 1914, p. 45-48.) — Le malade, porteur d'un vaste ramollissement ayant détruit près d'un tiers de l'hémisphère gauche, n'a présenté qu'un affaiblissement mental léger et de l'hémiparésie droite. Les lésions histologiques, reconnues en dehors du ramollissement, sont diffuses et touchent les fibres tangentielles et les cellules nerveuses.

Chez ce malade, un cancer de la petite courbure de l'estomac a pu évoluer et se généraliser dans le pancréas, dans le foie, dans les ganglions de l'abdomen, sans provoquer aucun symptôme qui ait permis de le diagnostiquer. La généralisation du cancer aux poumons a provoqué la mort par asphyxie.

Malgré la masse cancéreuse énorme qui a envahi le foie, la malade n'a présenté aucun ictère. L. ALQUIER.

FORMULAIRE

ALBUMINURIE DES CARDIOPATHIES ARTÉRIELLES

Régime lacto-végétarien hypochloruré.

Restriction des liquides (1 200 grammes par vingt-quatre heures).

Deux à trois fois par jour, un cachet de 0g25 de Théosalvose pure ou phosphatée pour assurer la dépuration rénale et abaisser la tension artérielle.

Si le cœur fléchit, digitale à petites doses.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Journal de médecine interne. — (N° 13, 10 mai 1914.) F. Cailliau et Longevialle : Asystolie tardive secondaire à la myocardite typhique. — Aug. Broca et André Trèves : Traitement du mal de Pott par la méthode de Lannelongue. — J. Chalier et L. Nové-Josserand : Guérison d'un anévrisme de la crosse de l'aorte par les injections de sérum gélatiné.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 20, 12 mai 1914.) Buys : Méthode et direction de la spécialité otho-rhino-laryngologique.

Lyon chirurgical. — (N° 5, 1er mai 1914.) Latarjet et Murard : Les diverticules de l'intestin grêle (diverticule de Meckel excepté). — Bagnvald-Ingebrigtsen : Régénération des cylindraxes in vitro. — Anzilotti : Considérations sur l'opération de Stoffel pour paralysie spastique. — Delore et Arnaud : L'exclusion de la loge sous-hépatique en chirurgie biliaire (3 fig.).

NOTES POUR L'INTERNAT

DILATATION DES BRONCHES (1)

Anatomie pathologique. — Les dilatations bronchiques chez l'adulte et chez l'enfant présentent un certain nombre de caractères communs : à l'ouverture du thorax, les poumons s'affaissent peu; il existe un certain degré d'emphysème et l'on constate bien souvent des adhérences pleurales. Lorsque les dilatations sont superficielles, sous-pleurales, on peut les apercevoir à la simple inspection : elles sont alors conglomérées et présentent l'aspect de cavités aréolaires, creusées au milieu d'un tissu pulmonaire sclérosé; il s'agit là de la variété décrite par Laënnec sous le nom de *dilatation des extrémités bronchiques*. Bien plus souvent, surtout chez l'enfant, on note au niveau d'un lobe pulmonaire, le lobe inférieur du poumon gauche en général, l'existence d'une *broncho-pneumonie chronique* qui rend le parenchyme dur, pesant, violacé. A la coupe, il s'écoule un liquide mucopurulent assez abondant provenant des bronches dilatées; celles-ci forment à l'intérieur du parenchyme des cavités qui font ressembler la coupe à celle d'un *nid d'abeilles*, d'un fromage de Gruyère. Ces cavités sont disséminées dans un tissu grisâtre et scléreux; parfois elles sont rapprochées au point de se toucher, ou même de communiquer.

Laënnec, Andral et Cruveilhier ont décrit diverses variétés d'ectasies bronchiques, que l'on peut d'ailleurs retrouver chez l'enfant et qui dépendent uniquement de l'étendue de la lésion qui a facilité la distension bronchique : *le type moniliforme* est constitué par une série de renflements successifs sur une même bronche; *le type cylindrique* est assez fré-

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 69, p. 1134.

quent : si l'on fend la bronche suivant la longueur, on voit que les dimensions bronchiques, au lieu de diminuer de calibre, se renflent, au contraire, en se rapprochant des lobules; *le type ampullaire ou sacciforme* succède à une lésion très localisée de la bronche; en suivant le trajet des bronches on voit que celles-ci portent des dilatations à la façon d'un verre soufflé; d'autres fois l'ectasie forme une poche sessile qui communique avec la bronche par un étroit pertuis: dans ces cas le diagnostic anatomique pourra se discuter avec *la caverne tuberculeuse* surtout quand la lésion aboutit à la formation d'une vaste cavité ampullaire, anfractueuse. Les orifices réunissant une bronchectasie à la bronche peuvent être arrondis et lisses ou irréguliers ; parfois ils s'oblitèrent et la cavité bronchectasique se remplit de mucus ou de pus. La paroi de la dilatation est brillante et lisse ; la dilatation cylindrique peut atteindre 15 à 20 millimètres de diamètre; les dilatations ampullaires oscillent entre deux et dix centimètres. Le contenu de la cavité, en général peu abondant, est soit *visqueux*, soit puriforme. Parfois, il est d'odeur fétide, de teinte grisâtre (*gangrène curable des extrémités bronchiques*), parfois franchement putride (*gangrène secondaire de la muqueuse bronchectasique*). Assez exceptionnellement on observe la cicatrisation de la dilatation qui se transforme en un kyste muqueux ou en une cavité contenant une substance analogue à du mastic. Il faut en outre signaler des altérations concomitantes du parenchyme pulmonaire, placards scléreux entourant la dilatation, cicatrices rayonnées, anthracose, emphysème, *tubercules fibrocalcaires*, tuberculose en activité, symphyse pleurale.

Histologie. — L'épithélium cylindrique au niveau des grosses bronches est toujours atrophié : parfois il prend le type pavimenteux stratifié ; Tripier décrit chez l'adulte un *type angiomateux* kystique qu'il attribue à la syphilis : on observe dans ce cas des formations alvéolaires à épithélium cubique se présentant tantôt sous l'aspect de boyaux incurvés, tantôt sous l'aspect de cavités parfaitement dissociées : ces néoformations sont très analogues à celles de la *pneumonie syphilitique*. L'épithélium ainsi modifié s'insère sur une *basale fort épaissie*, brillante, anhiste; — *le chorion* est découpé par des zones d'atrophie scléreuse : *les bandes élastiques* ont presque partout disparu : il existe une *vascularisation excessive* du chorion de la bronche ectasiée, ce qui explique *la fréquence des hémorragies*. Les faisceaux musculaires sont éparpillés, atrophiés; on n'en retrouve que quelques minces pinceaux. Les cartilages subissent, eux aussi, un processus régressif; mais ce qui domine, c'est l'importance des lésions du *squelette élastique*. Le tissu péribronchique est anthracosique: très souvent il est le siège d'une sclérose dense, avec larges placards de tissu élastique hypoplasié (sclérose élastigène).

Au niveau des petites bronches l'épithélium est très atrophié, le chorion est soulevé par d'innombrables capillaires ; les fibres élastiques ont disparu; au niveau de la sous-muqueuse les vaisseaux sanguins sont oblitérés par endovascularite chronique; parfois la paroi bronchique n'est plus représentée que par une série d'épais trousseaux de fibres intimement intriquées et disposées d'une manière concentrique autour de la cavité.

La dilatation bronchique se complique souvent de *lésions infectieuses* de voisinage (infiltration leucocytique, alvéolite exsudative, suppurée, adénopathies) ; on peut observer également la *gangrène* qui se reconnaît à l'aspect pulpeux et hémorragique des lambeaux qui flottent dans la cavité bronchique ; — fréquemment *l'emphysème* s'associe à ces lésions de sclérose.

La tuberculose coïncide souvent avec la bronchectasie : elle peut être à l'origine de la bronchectasie; on trouve facilement alors, dans les bandes fibreuses interposées entre les dilatations, des nodules tuberculeux ; parfois la tuberculose est secondaire se greffant sur une bronchectasie; elle détermine quelquefois un pneumothorax par rupture spontanée des bronchectasies sous-pleurales.

La syphilis est souvent à l'origine des dilatations chez l'adulte (Tripier, Bériel) ; elle y réalise le type angiomateux, caverneux, et elle s'associe à une sclérose pulmonaire hyperplasique caractéristique; la syphilis est souvent en cause aussi chez l'enfant, qu'il s'agisse des dilatations congénitales, cylindriques, généralisées à tout un poumon, réalisant une *véritable maladie kystique* (Balzer et Grandhomme), ou des dilatations observées plus tardivement à la suite de broncho-pneumonies à évolution subaiguë (Hutinel, Milhit).

Bactériologie. — Les germes les plus divers ont été rencontrés au niveau des parois bronchiques dilatées : la flore microbienne est analogue à celle que l'on rencontre dans la caverne tuberculeuse (tétragènes, pneumocoques, staphylocoques, etc.).

Le bacille de Koch devra toujours être recherché, que la tuberculose soit primitive ou secondaire; Levaditi a signalé des tréponèmes en abondance dans les dilatations bronchiques des nouveau-nés ; — Garnier et Bory ont retrouvé l'oospora pulmonalis ; Nattan-Larrier décrit une dilatation bronchique parasitaire due à la présence dans la cavité bronchique d'un distome (Paragonimus Westermanni) et de ses œufs.

Expérimentalement, Claisse a reproduit la dilatation des bronches en insérant des étoiles de fer dans les bronches de petits animaux ; Thiroloix a réalisé chez le rat la dilatation des bronches par voie sanguine en inoculant dans les veines, dans le péritoine, des cultures atténuées d'un staphylocoque blanc qui se localisait ensuite électivement au niveau du tissu péribronchique, où il provoquait le processus destructeur nécessaire à l'apparition de la bronchectasie.

SYMPTOMATOLOGIE. — L'allure clinique de la dilatation des bronches est essentiellement différente suivant qu'il s'agit de l'enfant ou de l'adulte.

I Enfant. — La filiation des symptômes observés est le plus souvent la suivante (Hutinel) : un enfant a été soigné il y a peu de temps pour une bronchite ou pour une broncho-pneumonie survenue à la suite d'une rougeole, d'une coqueluche; cette broncho-pneumonie a duré longtemps; l'enfant a toussé beaucoup; il n'a même jamais cessé complètement de tousser; cependant en dehors des poussées fluxionnaires, catharrales, bronchiques, l'examen physique ne fournit que peu de renseignements et des semaines peuvent passer sans que l'on constate l'apparition de troubles fonctionnels, sauf parfois un peu de dyspnée à l'occasion d'une course, une légère toux L'affection peut rester ainsi longtemps latente, jusqu'au moment où elle va se démasquer à l'occasion d'une infection aiguë des voies respiratoires; ce que l'on va observer alors ce sont des poussées fluxionnaires péribronchiques et des signes physiques cavitaires très accusés ne concordant pas avec les symptômes généraux rarement inquiétants : l'auscultation fait entendre des râles humides, éclatant sous l'oreille dans presque tout le poumon, avec par places de véritables symptômes cavitaires (souffle, gargouillements), de préférence au niveau d'une base, mais aussi parfois au sommet, sous la clavicule; la percussion révèle à ce niveau de la submatité ou même une matité absolue : les vibrations sont quelquefois augmentées, parfois il existe un début de rétraction thoracique, conséquence d'adhérences pleurales; un clinicien non prévenu n'hésitera pas à conclure à l'existence d'une caverne pulmonaire étalée, d'autant plus que, pendant cette période aiguë, la toux est incessante, qu'elle s'accompagne parfois d'une expectoration purulente, abondante, même chez le petit enfant qui d'habitude ne crache pas; dans certains cas les mucosités sont rendues en une fois, comme en une vomique (pseudo-vomique). Contrastant avec ces signes physiques les signes généraux sont peu accusés : la fièvre, élevée les premiers jours, ne tarde pas à diminuer; l'appétit reste bon, il n'y a pas d'amaigrissement. Dans les cas favorables le catarrhe bronchique s'atténue rapidement et, dès que la sécrétion bronchique a cessé, les signes cavitaires disparaissent à leur tour : au bout de huit ou quinze jours il ne reste plus, à l'auscultation, ni souffle cavitaire, ni gargouillements, ni râles sonores. Tout au plus constate-t-on quelques signes d'adénopathie médiastine, une diminution du murmure vésiculaire au niveau du lobe atteint. L'examen radioscopique pratiqué pendant la poussée catharrale révèle souvent l'existence de zones obscures; pratiqué après la poussée il est en général négatif. *(A suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 10 francs par an.
Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 25 juin. — MM. Darré, 18 1/2; Chabrol, 17; Faure-Beaulieu et Léri; 19.

Prochaine séance samedi 25 juin, à seize heures quarante-cinq, à Lariboisière.

— Le concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine (année 1914-1915) et la nomination aux places d'élève interne en médecine vacantes le 15 février 1915 aura lieu le lundi 19 octobre 1914, à midi précis.

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du personnel médical, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à trois heures, depuis le mardi 1er septembre jusqu'au mercredi 30 du même mois inclusivement.

Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour la première épreuve. Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours. Un numéro d'ordre qui leur sera remis à l'entrée déterminera la place qu'ils devront occuper pour rédiger leur composition.

La lecture des compositions ainsi que l'épreuve orale auront lieu dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Avis important. — Aux termes du règlement, les candidats à l'internat parvenus à l'expiration de leur sixième année d'externat ne peuvent être nommés internes provisoires et en exercer les fonctions; d'autre part, ceux qui vont terminer leurs deux premières années d'externat ne pourront figurer sur la liste des internes provisoires que s'ils ont obtenu l'autorisation de faire une année supplémentaire d'exercice comme externe; il en est de même des externes de troisième, quatrième et cinquième années.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Clermont-Ferrand. — Après concours, le docteur Pakowski a été nommé chirurgien des hôpitaux de Clermont-Ferrand.

GUERRE. — Par décision ministérielle du 22 juin 1914, sont inscrits à un tableau d'avancement supplémentaire pour le grade de médecin-major de deuxième classe :

MM. les médecins aides-majors de première classe Tartavez, Xémard, Roux, Wateau, Schangel, Minguet, Delorme, Prat, Bornecque, Tricolet, Godar.

— Corps de santé militaire. — Par décret en date du 23 juin 1914, sont promus, et par décision ministérielle du même jour reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Martin, de l'hôpital militaire Hippolyte-Larrey à Toulouse (médecin chef); maintenu; — Landouzy, de l'hôpital militaire de Belfort (médecin chef); maintenu.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Apard, de l'hospice mixte de Tours; maintenu; — Sicard, des troupes d'occupation du Maroc oriental; maintenu; — Guirlet, des salles militaires de l'hospice mixte de Toul; maintenu; — Coste, de l'école militaire d'infanterie Saint-Maixent (médecin chef); maintenu; — Rouchaud, de l'hôpital militaire de Maubeuge (médecin chef); maintenu; — Roy, de l'hôpital militaire Villemin à Paris; maintenu.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Neumann, de l'Algérie; maintenu; — Malaspina, du 93e d'infanterie; maintenu; — Donier, du 82e d'infanterie; maintenu; — Chambon, du 90e d'infanterie; maintenu; — Fournereaux, du 170e d'infanterie; maintenu; — Blan, du 40e d'infanterie; maintenu; — Combe, du 3e génie; maintenu; — Béranger, de la direction du service de santé du 7e corps d'armée; maintenu provisoirement; — Bourgeois, du 54e d'infanterie; maintenu; — Cochoix, du 173e d'infanterie; maintenu; — Thomas, du 40e d'artillerie; maintenu; — Gueytat, hors cadres aux troupes d'occupation du Maroc occidental; maintenu hors cadres; — Mayer, du 47e d'artillerie; maintenu; — Caenens, désigné pour le 1er d'artillerie lourde (service).

MARINE. — Sont autorisés à prendre part aux concours qui auront lieu le 29 juin 1914, pour l'emploi de prosecteur d'anatomie dans les écoles annexes de médecine navale de Brest, Rochefort, Toulon, les officiers du corps de santé dont les noms suivent :

A Brest. — M. le médecin de deuxième classe Hamet, embarqué sur le *Duguay-Trouin ;*

RENSEIGNEMENTS

A Toulon. — M. le médecin de deuxième classe Curet, du port de Toulon;

A Rochefort. — M. le médecin de deuxième classe Le Jeune, embarqué sur le cuirassé *Patrie*.

Ce dernier officier devra être dirigé en temps utile sur le port de Rochefort.

LA VACCINATION ANTITYPHOIDIQUE OBLIGATOIRE. — Une instruction ministérielle vient de régler les conditions d'application de la loi du 28 mars 1914 qui a rendu obligatoire la vaccination antityphoïdique.

Dès le 1er octobre 1914, toutes les troupes blanches de l'armée sans exception seront soumises à la vaccination obligatoire, en commençant par les jeunes soldats et continuant sans désemparer par les anciens soldats et autres militaires non vaccinés, jusqu'à immunisation complète de tous les effectifs sous les drapeaux.

Mais il reste entendu que l'apparition de la fièvre typhoïde avant cette date dans une garnison quelconque aura pour conséquence la typho-vaccination immédiate des militaires de cette garnison.

LA NATALITÉ FRANÇAISE EN 1913. — Le nombre des naissances a encore diminué en 1913! On a compté 745 529 naissances d'enfants vivants contre 750 651 en 1912. Ce chiffre est le plus bas qu'on ait jamais enregistré, exception faite pour 1911 où il est descendu pour la première fois au-dessous de 750 000, alors qu'il y a moins de quarante ans la moyenne des naissances était de 945 000.

L'excédent des naissances sur les décès a été de 41 901 en 1913 (10 p. 10 000 habitants) contre 57 911 en 1912 (15 p. 10 000 habitants). Cette diminution provient à la fois d'un déficit de 5112 naissances et d'une augmentation de 10 898 décès.

Si nous comparons avec l'étranger pour l'année 1912, nous constatons que l'excédent des naissances sur les décès a été pour 10 000 habitants de 15 en France, de 158 aux Pays-Bas, 140 en Italie, 127 en Allemagne, 107 en Autriche, 105 en Angleterre.

La population française a augmenté en 1912 de 41 901 habitants, la population allemande a augmenté la même année de 800 000 habitants!

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME AU PARLEMENT. — Le groupe antialcoolique de la Chambre s'est reconstitué et a procédé à la nomination de son bureau qui est ainsi composé :

Président : M. Schmidt; vice-présidents : MM. Vaillant, Godart, Lemire, Siegfried ; secrétaire général : M. Lafont; secrétaires : MM. Honnorat, Lugol, Diagne, de Chambrun; questeur : M. Mauger.

Le groupe a décidé de mettre à l'ordre du jour de ses premières séances l'interdiction de l'absinthe, la limitation du nombre des débits et la suppression du privilège des bouilleurs de cru.

LIGUE FRANÇAISE CONTRE L'OPIUM. — La ligue française contre l'opium, qui vient de se fonder à Paris, nous adresse la circulaire suivante :

« Au moment où la lutte contre l'abus de l'alcool semble tout près d'entrer dans la phase des réalisations, un poison nouveau s'infiltre dans notre pays. L'opium, venu d'Extrême-Orient où il a tenu, depuis tant de siècles, les populations assoupies, l'opium s'est répandu en Europe. Des ports cosmopolites de la Méditerranée il a gagné la France, et les fumeries abondent aujourd'hui tant dans nos ports de guerre, où elles constituent un péril des plus graves pour nos jeunes marins, que dans les grands centres où la « drogue » est devenue le dangereux passe-temps d'étudiants, d'artistes, d'hommes enfin appelés à participer de cette élite intellectuelle dont l'éclat a porté, un peu partout à travers le monde, le bon renom du génie français.

Si réel est le péril qu'on a dû se préoccuper de lui opposer des moyens de défense et une ligue dans ce but vient d'être créée, sous la présidence d'honneur de M. Le Myre de Vilers, ancien gouverneur général de la Cochinchine, et de M. le professeur Ch. Richet, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine.

Cette ligue aura à cœur de s'employer de tout son pouvoir à la cessation du trafic de l'opium. Elle demandera en outre des sanctions plus efficaces contre les marchands de drogues de toutes sortes qui pullulent dans la métropole et que des amendes légères ne sauraient empêcher de récidiver. Par des conférences, des tracts, la ligue se propose de mettre en garde l'esprit public contre le danger de l'usage des stupéfiants, qu'il s'agisse d'opium, de cocaïne, de haschich, etc. Avant tout, il convient en effet que l'opinion soit éclairée afin qu'elle puisse seconder nos efforts.

Des organisations similaires ont obtenu, à l'étranger, les plus remarquables résultats et, grâce à leur initiative, certains pays asservis au joug de l'opium se sont, à l'heure actuelle, engagés dans la voie de la libération.

La France se doit à elle-même de ne pas se montrer moins généreuse dans cette grave question que les pays voisins, l'Angleterre, l'Allemagne ou la Hollande. Elle est parmi les nations les plus intéressées à cette lutte nouvelle, ayant à défendre à la fois sa jeunesse studieuse, sa jeunesse militaire et ses populations indigènes également menacées par le redoutable fléau.

Unissons donc nos efforts, engageons le bon combat avec un courage sans défaillances, et nous obtiendrons gain de cause.

Nous comptons sur votre précieux concours dans cette œuvre de salubrité morale. C'est l'avenir de notre pays et de notre race qui sont ici en jeu. »

Les adhésions sont reçues au secrétariat général, 93-95, rue La Boétie, Paris, 8e.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fête nationale du 14 juillet.* — A l'occasion de la Fête nationale du 14 juillet, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 7 juillet 1914 seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 20 juillet, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 6 AU 11 JUILLET 1914

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 6 juillet, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 7 juillet, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

Mercredi 8 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, A. R.), (1re et 2e séries).

2e (chirurgien-dentiste, A. R.).

5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

Jeudi 9 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, A. R.), (1re et 2e séries).

2e (chirurgien-dentiste, A. R.).

Vendredi 10 juillet, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Samedi 11 juillet, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re, 2e et 3e séries).

REVUE GÉNÉRALE

LES TUMEURS DE LA GLANDE PINÉALE [1]

Par A. SÉZARY,
Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris.

II. Troubles somatiques. — Dans un certain nombre d'observations concernant des garçons, les tumeurs de la glande pinéale s'accompagnent d'un syndrome spécial qui semble relever d'un développement corporel prématuré; ces faits ont été signalés dans 6 cas suivis d'autopsie et dans quelques relations cliniques sans contrôle anatomique. Il semble d'ailleurs, d'après l'observation de Hudovernig et Popovitz, qu'il puisse s'observer dans des cas où les signes de tumeur font défaut pendant plusieurs années, et peut-être même indépendamment d'un processus néoplasique.

Ce syndrome consiste dans :

1° L'accroissement rapide de la taille tel que celle-ci devient bientôt égale à celle d'un sujet plus âgé;

2° Le développement également rapide des organes génitaux externes;

3° L'apparition précoce de poils aux régions génitales, aux aisselles et à la face.

Ce syndrome, dont les éléments ont été bien mis en évidence dans les observations de Heubner, Œstreich et Salwyk, de Franckl-Hochwart, de Bailey et Jelliffe, de Gutzeit, de Ogle, de Raymond et Claude, a été étudié par Pellizzi, d'après deux faits cliniques personnels et celui de Hudovernig, sous le nom de *Macrogenitosomia precoce*.

D'après Pellizzi, il apparaîtrait toujours antérieurement aux signes de tumeur cérébrale. Cependant, dans les cas de Bailey et Jelliffe, de Ogle, il coïncide avec des troubles intellectuels; dans celui de Heubner, Œstreich et Salwick, il est accompagné de titubation, de strabisme et d'œdème papillaire; dans celui de Raymond et Claude, il survient trois ans après la céphalée et les vomissements, Gutzeit ne signale la pilosité de son malade que peu avant la mort.

Le syndrome peut s'observer au complet ou ne se manifester que par un seul symptôme.

Le malade de Franckl-Hochwart commença, à trois ans, à grandir d'une façon anormale, de telle sorte qu'à cinq ans il paraissait bien plus âgé. Les signes de tumeur cérébrale survinrent à ce moment. Six semaines avant la mort, qui survint à cinq ans et demi, les dimensions du pénis s'accrurent notablement, l'organe présentait des érections nettes, mais les testicules avaient la grosseur d'une noisette. Le pubis se garnit de poils, comme chez un garçon de quinze ans. La taille était de 1m23 (ce qui correspond à neuf ans).

Le petit garçon observé par Heubner, Œstreich et Slawik présenta à trois ans des signes de tumeur cérébrale et se mit à grandir très rapidement. Il mesurait à quatre ans et demi 1m08 (ce qui correspond à huit ans). Son pénis avait une longueur de 9 centimètres et le pubis était garni de poils de 1 centimètre. Les testicules avaient le volume d'un œuf de pigeon. Les mamelons étaient hypertrophiés (ce qui n'a été noté que dans ce cas) : par la pression, on en exprimait du colostrum.

Les observations cliniques de Pellizzi, celle de Hudovernig, celle de John Lovett Morse, celle de van der Heide, celle de Brunner et Rorschah, celle de Collin et Heuyer, présentent le même syndrome qui a permis de faire le diagnostic de syndrome épiphysaire.

L'accroissement de la taille ne s'accompagne d'aucune déformation; les proportions des divers segments du corps sont normales. La radiographie dénote, aussi bien au crâne qu'aux membres, une évolution prématurée, quoique normale, de l'ossification. Les cartilages de conjugaison, comme l'ont signalé Hudovernig et Pellizzi, sont très réduits, étant donné l'âge des malades : leurs dimensions sont celles qu'on observe chez des sujets bien plus âgés. En somme, il s'agit d'une ossification normale, mais accélérée et prématurée. Il en résulte que les sujets, s'ils pouvaient survivre, ne deviendraient pas des géants, mais auraient acquis, dès leur enfance, la taille qu'ils n'auraient dû atteindre qu'à l'âge adulte; c'est pourquoi la dénomination de gigantisme précoce, appliquée par Hudovernig à son cas, paraît impropre. Notons que la dentition ne participe pas à cette évolution précipitée; les dents changent et croissent selon les règles habituelles.

L'accroissement rapide de la taille s'accompagne ordinairement de celui des organes génitaux externes. Ceux-ci prennent l'aspect d'organes adultes. La verge, à l'état de flaccidité, mesure chez ces enfants jusqu'à 10 centimètres. Par contre, les testicules sont moins développés. Ogle les dit normaux. Ils étaient du volume d'une noisette chez le malade de Franckl-Hochwart, d'un œuf de pigeon chez celui de Heubner, Œstreich et Slawyk. Pellizzi pense que leur développement n'est pas aussi accusé que celui du pénis, qu'il ne saurait être comparé à celui qu'ils atteignent à l'âge adulte, mais que cependant il est plus marqué que chez les sujets normaux du même âge. Ces malades ont des érections, à la suite desquelles il peut se produire des éjaculations; l'examen du liquide a montré des spermatozoïdes dans les deux cas de Pellizzi. Ces érections sont spontanées ou provoquées par la masturbation. Mais elles ne semblent pas s'accompagner de sensations voluptueuses (Pellizzi). D'ailleurs l'instinct sexuel chez ces sujets ne paraît pas plus développé que chez les sujets du même âge.

L'existence de poils est notée dans tous les cas : tantôt ils siègent au pubis, aux aisselles, à la face; tantôt ils ne se développent que sur les organes génitaux. Dans le cas de Gutzeit, elle constituait le seul élément du syndrome que nous étudions. Assez souvent aussi, la voix mue et devient grave.

Ce syndrome somatique peut d'ailleurs être incomplet. En dehors de la pilosité précoce, le malade de Ogle ne présentait qu'un développement exagéré des organes génitaux externes; celui de Raymond et

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 70, p. 1141.

Claude, qui à dix ans mesurait 1^m38 (taille d'un garçon de treize ans), avait une verge et des testicules normaux, mais des poils au pubis.

L'état *intellectuel* des sujets est variable. Assez souvent, il n'est pas modifié au début de l'affection et, plus tard, présente des troubles en rapport avec l'hypertension intracranienne, il y a donc généralement dysharmonie somato-psychique. D'autres fois, l'affaiblissement intellectuel est un des premiers signes observés ; dans le cas de Bailey et Jelliffe, il marqua avec la croissance exagérée le début de l'affection. Enfin, mais beaucoup plus rarement, l'intelligence peut être très développée, le fait a été signalé par Franckl-Hochwart ; son malade, âgé de cinq ans, parlait de l'immortalité de l'âme et de l'au-delà, bien que son entourage ne le portât pas à de telles pensées.

Malgré la rareté de ce syndrome chez la femme, on peut se demander si des troubles analogues ne s'observent pas chez elle ; Neumann a signalé des anomalies de la menstruation chez une femme de vingt-huit ans et Schmidt a noté la cessation des règles chez une malade de vingt-deux ans. La banalité de ces symptômes ne nous autorise pas à les rapporter avec certitude à la tumeur épiphysaire.

Dans beaucoup d'observations, on a constaté une *adiposité* considérable ; le malade de Raymond et Claude pesait, à dix ans, 39 kilogrammes, au lieu de 25 ; celui de Daly, âgé de vingt-trois ans, gagna 75 livres pendant son séjour à l'hôpital ; une fillette augmenta de 700 grammes dans un mois (Marburg) ; un grand nombre d'autres malades sont considérés comme étant dans un état florissant ou obèse.

Cette adiposité, sur laquelle Marburg a surtout attiré l'attention, soulève des discussions pathogéniques fort délicates. Certains auteurs, se basant sur ce fait qu'on observe également une obésité marquée dans les tumeurs de l'hypophyse, croient qu'elle relève de la lésion de cette glande comprimée dans la selle turcique par le liquide de l'hydrocéphalie. Cette opinion n'est pas admise par Marburg, qui dans son observation a noté l'intégrité de l'hypophyse ; cet auteur l'attribue à un hyperfonctionnement de la glande pinéale. On pourrait aussi incriminer d'autres organes, comme le thymus, la corticosurrénale, la glande interstitielle du testicule, l'hypophyse, troublés secondairement dans leur fonctionnement. Aucune de ces hypothèses n'a reçu de confirmation. Nous pensons aussi que l'on a fait jusqu'ici trop bon marché de l'appétit souvent énorme que présentent ces malades d'ailleurs confinés au lit ou voués à une inactivité presque complète ; l'excès de l'apport alimentaire, la diminution des dépenses énergétiques sont des facteurs qu'il ne faut pas négliger. Notons d'ailleurs qu'à une période avancée de l'affection, l'appétit diminue, l'engraissement cesse et les malades tombent dans la cachexie ; il n'est peut-être pas nécessaire d'invoquer à ce moment l'hypofonctionnement des glandes à sécrétion interne. Une adiposité aussi marquée peut d'ailleurs s'observer chez des sujets atteints de tumeur cérébrale n'atteignant ni l'épiphyse, ni l'hypophyse. Aussi ne rangeons-nous pas avec certitude l'adiposité parmi les symptômes propres aux tumeurs pinéales.

Quant aux troubles somatiques indiqués plus haut, leur interprétation est très délicate. Ils ne s'observent naturellement que chez des sujets jeunes, âgés de moins de douze ans. On a tiré de ce fait la conclusion qu'ils survenaient à une époque où la glande pinéale n'a pas encore subi son involution totale et on les a considérés comme dus à un trouble de la sécrétion de cet organe qui apparaîtrait dès lors comme une glande intervenant dans la nutrition et le métabolisme de l'organisme (hypopinéalisme ou dyspinéalisme de Marburg, apinéalisme de C. Foa). On connaît bien le fait analogue des rapports étroits qui unissent l'appareil génital aux glandes surrénales. Cette hypothèse n'est cependant point démontrée ; dans le cas de Gutzeit, il existait de l'hyperplasie de l'épiphyse. De plus, elle n'est pas confirmée par les essais opothérapiques de Berkeley portant, il est vrai, sur des sujets sains. Mais Jean Camus et G. Roussy ont constaté, au cours d'hypophysectomies expérimentales, que des lésions graves de la base du cerveau chez le chien amènent une croissance rapide du corps et de l'atrophie des organes génitaux. Ce fait, que les auteurs n'ont pas observé au cours des opérations strictement limitées à l'hypophyse, semble bien prouver que des lésions nerveuses peuvent influencer l'accroissement du corps et celui des organes génitaux. La question n'est cependant pas tranchée, car on peut se demander si, dans ces expériences, des altérations de la glande pinéale n'ont pas été produites ; elle mérite de nouvelles recherches.

V

Evolution. — L'évolution des tumeurs pinéales est très variable. Dans certaines observations leur durée n'a pas dépassé trois mois, un mois, quinze jours (Askanazy) et même huit jours (Neumann). Le plus souvent elle oscille entre dix et dix-huit mois. Mais elle a atteint quelquefois deux ans et demi, quatre ans et même cinq ans et demi (Kny), six ans (Schulz). On peut alors observer des rémissions passagères.

Aux approches de la mort, les facultés intellectuelles sont très affaiblies ; il existe de l'incontinence des urines et des matières fécales. Une sorte de cachexie, contrastant avec le bon état antérieur de la nutrition, se produit ; des escarres peuvent apparaître. Enfin, le coma survient, et généralement aussi, une élévation de température, parfois très marquée (41°9), qu'on peut rattacher à la lésion cérébrale, lorsqu'elle n'est pas due à une broncho-pneumonie ou à une septicémie dont les escarres sont la cause. La mort peut être plus rapide et survenir au cours d'une crise épileptiforme.

VI

Formes cliniques. — Les tumeurs de l'épiphyse présentent parfois des formes cliniques spéciales. Nous distinguerons les suivantes :

1° La *forme latente*, où la tumeur est une trouvaille d'autopsie (cas de König, Garrod, Campbell, etc.) ;

2° La *forme pseudo-méningitique*, remarquable à la fois par sa symptomatologie et la rapidité de son évolution. Un cas de Neumann en est un bel exemple : un garçon de onze ans est pris de céphalée, de vertiges, de vomissements, de *fièvre*; le pouls est ralenti, la raie de Trousseau existe ; on note du strabisme, de la somnolence; la mort survient huit jours après les premiers symptômes et l'autopsie révèle un psammosarcome de l'épiphyse. Le cas de Stanley est analogue et évolua en moins d'un mois.

Si l'on ajoute la fréquence de la raideur de la nuque, de l'opisthotonos, des contractures, des convulsions, l'existence possible de la photophobie, on concevra facilement les difficultés du diagnostic. Le signe de Kernig a même été noté par Askanazy dans un cas qui évolua en quinze jours. De plus, comme nous l'avons dit, on a signalé la leucocytose céphalo-rachidienne dans deux observations. Aussi le diagnostic entre cette forme et la méningite tuberculeuse est-il délicat.

3° La *forme démentielle*, simulant la paralysie générale. Le type en est l'observation de Verger qui concerne une femme de quarante-deux ans. Celle-ci présentait des troubles démentiels sans céphalée, sans troubles oculaires; dans les derniers jours seulement apparurent des vertiges avec chute, des accès d'opisthotonos. L'autopsie révéla un gliome kystique de la pinéale.

4° La *forme du nouveau-né*, représentée par l'observation de Joukovski. Il s'agit d'une fillette venue au monde en état de mort apparente; les fontanelles n'étaient pas tendues et il n'y avait pas d'anomalie cranienne. Les pupilles, inégales, ne réagissaient pas; on notait du ptosis et du strabisme. La température rectale était de 33°2 le second jour, de 30°2 le sixième; le pouls était ralenti (60 pulsations). Les membres supérieurs étaient contracturés. L'enfant était somnolente et ne proféra pas un seul son. Elle mourut le sixième jour; il existait une énorme hydrocéphalie interne et une tumeur kystique de la pinéale.

On pourrait enfin distinguer les tumeurs de l'enfant de celles de l'adulte, puisque chez ce dernier les troubles somatiques font défaut. Ils ne sont d'ailleurs pas constants chez les jeunes sujets, du moins si l'on tient compte de toutes les observations publiées.

VII

Diagnostic. — I. Le plus souvent, l'affection débute par des signes évidents de tumeur cérébrale et le problème consiste surtout à localiser la lésion. C'est d'ailleurs sur un ensemble de symptômes, sur un véritable syndrome que le clinicien doit baser son diagnostic. La pluralité des signes indique, en effet, que les tubercules quadrijumeaux, les noyaux élevés des nerfs craniens, le système cérébelleux, et, d'une façon secondaire, la voie pyramidale sont intéressés à la fois et d'une façon généralement symétrique.

Aussi peut-on exclure les *tumeurs du cervelet*, les *tumeurs ponto-cérébelleuses*, où les troubles auditifs et cérébelleux, la paralysie du nerf facial, des autres nerfs craniens et celle des membres sont unilatéraux; les *tumeurs de l'hypophyse*, où, en dehors des troubles métaboliques qui sont inconstants et que nous rappellerons plus loin, l'hémianopsie temporale est fréquente, alors que la stase papillaire est rare ou tardive, l'ophtalmoplégie absente et, vue aux rayons X, la selle turcique est déformée.

La *sclérose en plaques* pourrait réaliser un syndrome nerveux analogue à celui des tumeurs pinéales; mais de tels faits sont exceptionnels, et surtout il n'existe pas d'hypertension intracranienne.

Quant aux *tumeurs des tubercules quadrijumeaux*, leur différenciation nous paraît très difficile et on ne saurait affirmer que, parmi les observations de tumeurs épiphysaires privées du contrôle histologique, ne soient pas rangées quelques-unes de celles-là. Dans le cas de Nothnagel rapporté comme tumeur des tubercules quadrijumeaux, l'état de l'épiphyse à l'autopsie n'est pas signalé, et bien que le néoplasme soit dit remplacer ces tubercules, le doute persiste. Le diagnostic clinique ne nous paraît possible que pour les tératomes et les psammomes, tumeurs qui contiennent du cartilage ou du calcaire et peuvent être visibles à la radiographie sous la forme d'une ombre située au-dessus et en arrière de la selle turcique. Ce diagnostic n'a d'ailleurs aucun intérêt pratique.

Certaines formes, comme nous l'avons dit, simulent la *méningite tuberculeuse* ou des états démentiels tels que la *paralysie générale*. Dans ces cas très difficiles à reconnaître il semble que ce soient surtout les résultats de la ponction lombaire (examen bactériologique, cytologique, chimique et biologique du liquide) qui puissent permettre le diagnostic. Mais dans le cas de Lawrence une méningite tuberculeuse coïncidait avec une tumeur épiphysaire.

II. Lorsque les troubles somatiques précèdent ou accompagnent les signes de tumeur cérébrale, le diagnostic doit être établi avec les tumeurs de deux organes à sécrétion interne, l'hypophyse et les glandes surrénales.

Les *tumeurs de l'hypophyse*, en dehors des troubles nerveux que nous rappelons plus haut, se manifestent par certains syndromes actuellement bien connus. Dans celui qu'ont étudié Fröhlich, Launois et Cléret, il existe de l'adiposité et de l'atrophie des organes génitaux : à tous points de vue, ce syndrome adiposo-génital se distinguera facilement du syndrome somatique des tumeurs épiphysaires, avec lequel il n'a de commun que l'adiposité. Dans d'autres cas, on observe des troubles de la croissance qui constituent l'acromégalie (P. Marie) ou le gigantisme (Launois et Roy). Nous n'insisterons pas sur l'*acromégalie*, dont le syndrome épiphysaire se distingue nettement. Quant au *gigantisme*, il ne doit pas être davantage assimilé aux troubles somatiques d'origine épiphysaire. En effet, ceux-ci consistent seulement dans le développement prématuré de la taille et des caractères sexuels secondaires. Chez les géants, au contraire, l'accroissement aboutit à un état anormal et il dure tant que les cartilages de conjugaison ne sont pas ossifiés, ce qui peut être assez tardif. De plus, les organes génitaux sont atrophiés : non seulement les testicules, mais encore

la verge, sont de dimensions réduites; souvent aussi les poils font défaut, la voix demeure élevée et, malgré leur taille, les géants sont des infantiles. C'est donc à tort qu'on a assimilé le gigantisme aux troubles de la croissance dus aux tumeurs de l'épiphyse. Rappelons que, dans tous ces cas, les signes nerveux et la radiographie confirment l'existence d'une tumeur de l'hypophyse.

Les *tumeurs surrénales* déterminent un syndrome, dont Apert, puis Gallais ont donné récemment une bonne étude d'ensemble et qui, par plusieurs points, rappelle le syndrome somatique des tumeurs épiphysaires : c'est le syndrome génito-surrénal. Celui-ci, à l'encontre de celui que nous avons étudié, s'observe presque toujours chez des femmes, exceptionnellement chez des hommes. Chez les femmes, il s'accompagne d'hypertrichose, d'hypersthénie musculaire; l'instinct sexuel devient anormal, le caractère violent; la voix prend un timbre grave, les règles disparaissent. Chez les petites filles surviennent d'une façon précoce les caractères sexuels secondaires à prédominance masculine : ceux-ci donc sont non seulement anticipés, mais encore anormaux. Chez l'homme, on note l'apparition d'une hypersthénie remarquable (qui démontre encore une fois les rapports des glandes surrénales avec le système musculaire et légitime notre conception des syndromes surréno-musculaires), et de plus, chez le garçon, l'apparition prématurée des caractères sexuels secondaires. Dans tous ces cas, l'obésité est marquée. De plus, on note l'existence dans un hypocondre d'une tumeur plus ou moins volumineuse qui est un hypernéphrome. Les signes cérébraux sont absents (cependant, dans le cas de Launois, Pinard et Gallais, il existait de la stase papillaire). En somme, les deux syndromes ont comme points communs l'adiposité et l'apparition précoce des caractères sexuels secondaires. Mais, dans le syndrome surrénal, la taille n'est pas accrue, les troubles nerveux font défaut : la tumeur perçue est lombo-abdominale. Dans le syndrome épiphysaire, la taille est celle d'un sujet plus âgé, la force musculaire n'est pas augmentée, l'instinct sexuel ne paraît pas modifié et il existe des signes de tumeur cérébrale.

Un état d'*obésité* ne devra susciter le diagnostic de lésion épiphysaire que lorsqu'il s'accompagne de symptômes nerveux ou somatiques : comme l'adiposité apparaît tardivement dans les tumeurs pinéales, elle ne met jamais sur la voie du diagnostic et ne constitue qu'un syndrome surajouté à ceux que nous avons décrits. Nous avons d'ailleurs dit quelles réserves il convient de faire sur ses rapports avec la tumeur épiphysaire elle-même.

VIII

Traitement. — A l'heure actuelle, il n'existe pas de traitement curatif des tumeurs de l'épiphyse; aucune méthode médicale, aucune technique chirurgicale ne saurait être utilisée.

On a cependant le devoir de calmer les symptômes si pénibles de l'hypertension intracranienne. Dans ces dernières années, dans les tumeurs cérébrales inaccessibles, on a fait de nombreuses trépanations décompressives et on a obtenu une sédation manifeste des souffrances des malades. Une telle opération a été tentée par certains auteurs dans les tumeurs épiphysaires (Marburg, Howells dans deux cas, Bailey et Jelliffe, Brunner et Rorschah). Faite en deux temps, elle ne semble pas avoir donné de résultats bien encourageants; le plus souvent, les malades ont succombé après l'opération.

Peut-être la technique n'était-elle pas autant au point qu'aujourd'hui. Nous croyons plutôt que l'ablation d'un volet osseux ne constitue pas l'intervention de choix dans une telle tumeur. On se souvient, en effet, que celle-ci amène une hydrocéphalie interne énorme et un refoulement considérable des hémisphères cérébraux; après la trépanation, ceux-ci, jusqu'ici comprimés contre la boîte cranienne, tendront à faire hernie par la fenêtre osseuse et supporteront encore moins bien l'hypertension intraventriculaire. Il peut en résulter des accidents graves, immédiats ou tardifs.

La ponction lombaire, dans le cas de Raymond et Claude, eut une heureuse action au début de l'affection; plus tard, elle ne fit qu'aggraver les symptômes. Nous interprétons ce fait de la façon suivante. Tout au début, lorsque la tumeur se développe vers le haut ou en avant, l'aqueduc de Sylvius est perméable ou même dilaté, la communication se fait largement entre les ventricules cérébraux et le quatrième ventricule; une ponction lombaire, qui n'est d'ailleurs pas sans dangers, peut diminuer l'hypertension céphalo-rachidienne et amener quelque soulagement. Plus tard, au contraire, l'aqueduc de Sylvius est oblitéré; la même intervention n'aura aucune action sur l'hypertension qui est seulement intraventriculaire et dont elle ne pourra qu'aggraver les effets. A ce moment, en effet, la soustraction du liquide ne doit pas se faire en un point quelconque des espaces sous-arachnoïdiens, mais dans les cavités ventriculaires surdistendues.

C'est pourquoi nous pensons que le traitement palliatif de choix dans les tumeurs épiphysaires doit consister dans la ponction ventriculaire, telle qu'elle est pratiquée dans la méningite cérébro-spinale pour introduire le sérum spécifique dans le cerveau. La technique de cette petite opération devient d'ailleurs plus courante, depuis qu'on essaye de traiter les paralytiques généraux par l'introduction dans les hémisphères de produits médicamenteux ou autres; mais elle n'a jamais encore été proposée ou utilisée en pareil cas.

Peut-être aussi une trépanation suivie de drainage ventriculaire donnerait-elle des résultats plus persistants. Nous nous contentons de proposer théoriquement cette méthode générale de traitement qui nous paraît la seule rationnelle, laissant aux chirurgiens, s'il y a lieu, le soin de régler la technique opératoire.

BIBLIOGRAPHIE

I. **Observations anatomo-cliniques.** — 1. Apert et Porak. *Soc. de neurol.*, 9 mars 1911, in *Revue neurol.*, 1911, t. XXI, p. 388.

2. Askanazy. *Verhandl. der deuts. path. Gesell.*, 1906, p. 58-76.

3. BAILEY et JELLIFFE. *Arch. intern. Méd.*, 1911, t. VIII, p. 851-880.
4. BLANE. *Trans. of Soc. for the impr. of med. and chir. knowledge*, 1800, t. II, p. 198-212.
5. BLANQUINQUE. *Gaz. hebd. de méd.*, 1871, t. VIII, p. 532-533.
6. BOUCHUT. *Gaz. des hôpit.*, 1872, p. 353-354.
7. BRUNNER et RORSCHAH. *Corresp. Blätt. f. schweizer Aerzte*, 20 juin 1911, p. 642.
8. COATS. *Trans. path. Soc. London*, 1887, t. XXXVIII, p. 44-52.
9. DALY. *Brain*, 1888, t. X, p. 234-236.
10. DUFFIN et FERRIER. *Trans. clin. Soc. London*, 1876, t. IX, p. 183-188.
11. FALKSON. *Virch. Arch.*, 1879, t. LXXV, p. 550-553.
12. FEILCHENFELD. *Neurol. Centralbl.*, 1885, t. IV, p. 409-412.
13. FRANCKL-HOCHWART. *Deut. Zeit. f. Nerven.*, 1909, t. XXXVII, p. 455-465.
14. GAUDERER. Inaug. dissert., Giessen, 1889.
15. GOWERS. *Lancet*, 1879, t. I, p. 364.
16. GUTZEIT. Inaug. dissert., Königsberg, 1896.
17. HART. *Berl. klin. Woch.*, 1909, t. XLVI, p. 2298, et *Veröffentl. der Hufeland-Gesell. in Berlin*, 1910, p. 37-42.
18. HEMPEL. Inaug. dissert., Leipzig, 1901.
19. HEUBNER. *Verhandl. der Gesell. deut. Naturf. und Aerzte*, 1898, t. LXX, p. 220; — *Deut. med. Woch. Verein.*, 1898, p. 214; — *Allg. med. Central.-Zeitung.*, 1899, p. 89 (même cas qu'Œstreich et Salwyk).
20. HIRTZ. *Bull. de la Soc. anat.*, 1875, p. 254.
21. HÖSSLIN (VON). *Münch. med. Woch.*, 1896, p. 292.
22, 23 et 24. HOWELL. *Proced. of the royal Soc. of med.*, 1910, t. III, p. 65-77.
25. JOUKOVSKY. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1901, t. XIX, p. 197-217.
26. KNY. *Neurol. Centralbl.*, 1889, t. VIII, p. 281.
27. MARBURG. *Deut. Zeit. f. Nervenheilk.*, 1908, p. 114, et *Wien. med. Woch.*, 1908, t. LVIII, p. 2617.
28. MASSOT. *Lyon méd.*, 1872, t. X, p. 373.
29. MEYER. *Med. Record*, 1905, t. I, p. 315.
30 et 31. NEUMANN (M.). *Monatschr. f. Psych. und Neurol.*, 1901, t. IX, p. 337.
32. NEUMANN (P.). Inaug. dissert., Königsberg 1900.
33. NIEDEN. *Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1879, t. II, p. 169.
34. NOTHNAGEL. *Top. Diagn. der Gehienkhrank.*, Berlin 1879, p. 206.
34 *bis*. ŒSTREICH et SALWYK. *Virch. Arch.*, 1899, t. CLVII, p. 475 (même cas qu'Heubner).
35. OGLE. *Trans. Path. Soc. of London*, 1899, t. L, p. 6.
36. PAPPENHEIMER. *Virch. Arch.*, 1910, t. CC, p. 122.
37. PONTOPPIDAN. *Neurol. Centralbl.*, 1885, t. IV, p. 553.
38. RAYMOND et CLAUDE. *Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, 1910, t. LXIII, p. 265.
39. REINHOLD. Inaug. dissert., Leipzig, 1886, et *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1886, t. XXXIX, p. 1.
40. SCHMIDT. *Med. Zeit.*, 1837, t. VI, p. 33.
41. SCHULTZE. *Med. Zeit.*, 1848, t. XVII, p. 108.
42. SCHULZ. *Neurol. Centralbl.*, 1886, p. 439 et 500.
43. STANLEY. *Lancet*, 1837, t. I, p. 935.
44. VERGER. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1907, p. 216.
45. ZENNER. *Alienist and Neurol.*, 1892, t. XIII, p. 470.

II. **Observations cliniques** (ne concernant probablement pas toutes des tumeurs). — 46. HEIDE (VAN DER). *Congrès de pédiatrie néerlandais*, Gröningen 1913 (compte rendu in *Gaz. des hôpit.*, 1913, p. 1383).
47. HUDOVERNIG et POPOVITZ. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1903, p. 181, et 1906, p. 398.
48. LOVETT MORSE (John). *New England ped. Soc.*, 2 nov. 1912, in *Boston med. and surg. Journ.*, 30 janv. 1913.
49 et 50. PELLIZZI. *Riv. ital. di neuropath., psic. e elettrot.*, 1910, t. III, p. 193 et 250.
51. COLLIN et HEUYER. *Soc. de neurol.*, mai 1914.

III. **Observations anatomiques**. — 52, 53 et 54. CAMPBELL. *Trans. path. Soc of London*, 1898, t. L, p. 15.
55. CHIRONE. *Med. ital.*, 1907, t. V, p. 141.
56. FINKELBURG. *Deut. Zeitsch. f. Nerven.*, 1902, t. XXI, p. 452.
57. FÖRSTER. *Virch. Arch.*, 1858, t. XIII, p. 271.
58. FRIEDREICH. *Virch. Arch.*, 1865, t. XXXIII, p. 165.
59. GARROD. *Trans. path. Soc. of London*, 1898, t. L, p. 14.
60. GAYET. *Arch. de physiol. norm. et path.*, 1875, p. 341.
61. KÖNIG. Inaug. dissert., Münich, 1894.
62. LAWRENCE. *Trans. path. Soc. of London*, 1898, t. L, p. 12.
63. LORD. *Trans. path. Soc. of London*, 1898, t. L, p. 18.
64. OGLE. *Trans. path. Soc. of London*, 1898, t. L, p. 4.
65. PIAZZA. *Berl. klin. Woch.*, 1909, t. XLVI, p. 1599.
66 et 67. RUSSELL. *Trans. path. Soc. of London*, 1898, t. L, p. 15.
68. SCHMID. *Virch. Arch.*, 1893, t. CXXXIV, p. 93.
69. SHEARER. *Edinb. med. Journ.*, 1875, t. XXI, p. 297.
70. SIMON. *Bull. de la Soc. anat.*, 1859, t. XXXIV, p. 306.
71. TURNER. *Trans. path. Soc. of London*, 1884, t. XXXVI, p. 27.
72. WEIGERT. *Virch. Arch.*, 1875, t. LXV, p. 212.
73. WERNICKE. *Lehrb. der Gehirnk.*, 1883, t. III, p. 299 (d'après Neumann, probablement cas de Weigert).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 24 JUIN 1914)

Estomac biloculaire. — M. HARTMANN a relevé les cas d'estomacs biloculaires opérés dans son service. Ces cas sont au nombre de huit. Six ont été opérés par lui, deux par M. Lecène. Tous ces malades ont guéri opératoirement. Les résultats fonctionnels ont été très variables. Les meilleurs résultats ont été fournis par la résection médiogastrique. Sur ce nombre il y a eu trois gastroplasties, sur lesquelles il fallut faire deux gastro-entérostomies pour sténose pylorique. Dans trois cas, il fallut ultérieurement faire la gastro-gastrostomie. Dans un cas on ne put faire qu'une gastro-entérostomie antérieure. Toutes ces opérations n'ont donné qu'une amélioration. La résection médiogastrique seule a donné un parfait résultat. C'est donc là l'opération de choix. Mais malheureusement elle n'est pas toujours possible. Quand il y a de la périgastrite, ou des adhérences plus ou moins étendues, on se trouve en présence de grandes difficultés.

C'est ainsi que, dans un cas, il n'a été possible de faire qu'une gastro-entérostomie antérieure. Telles sont les raisons pour lesquelles les résultats fonctionnels sont moins bons dans certains cas que dans d'autres.

M. WALTHER apporte une observation d'estomac biloculaire qu'il a opéré il y a un mois. Il s'agissait d'une femme très âgée ayant un passé pathologique très chargé. Elle avait présenté des symptômes d'ulcère de l'estomac. Il y a deux ans, M. Walther, à l'aide de la radioscopie, reconnut l'existence d'une sténose médiogastrique. Cette sténose, dans cer derniers temps, était très accentuée. M. Walther se proposait de pratiquer une résection partielle. Mais il se trouva en présence de difficultés particulières. Toute la partie postérieure de l'estomac était appliquée et adhérente à la colonne vertébrale. La sténose était très accentuée. M. Walther ne put faire qu'une gastro-entérostomie sur la poche supérieure. Le résultat fonctionnel fut bon. La radioscopie a montré que le passage se fait librement par la nouvelle bouche et que l'évacuation s'effectue par les deux orifices. En 1906, M. Walther avait opéré cette malade d'appendicite chronique et, en même temps, avait libéré le côlon de nombreuses adhérences. Au cours de cette appendicectomie, on avait constaté de nombreux points noirs sur l'intestin. Dans la seconde opération, M. Walther constata que le côlon était resté libre et retrouva les mêmes points noirs. L'examen d'un de ces points montra que c'était du

charbon, cette malade, en effet, prenait depuis fort longtemps de la poudre de charbon.

A propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Hartmann sur le fonctionnement ultérieur des bouches anastomotiques, M. Walther déclare qu'il obtient généralement de bons résultats fonctionnels qu'il attribue au procédé de Ricard qu'il a adopté pour les gastro-entérostomies : incision large, verticale et aussi rapprochée que possible du pylore.

M. Quénu a opéré deux malades atteints d'estomac biloculaire. Dans un premier cas il s'agissait d'un rétrécissement médiogastrique avec sténose du pylore et un gros kyste hydatique. Etant donné l'état grave de la malade, M. Quénu se contenta de pratiquer une anastomose sur la poche supérieure. Dans le second cas l'estomac biloculaire était fixé au foie et au pancréas par des adhérences. Il fit une large gastroplastie, ces deux malades ont guéri.

Néphrectomie pour tuberculose rénale. — M. Demoulin fait un rapport sur une observation présentée par M. Chevassu : ablation d'un gros rein tuberculeux par l'incision latérale qu'a préconisée l'auteur et qui avait été déjà proposée par Grégoire et, anciennement, par Lucas-Championnière.

Lésions traumatiques de l'urètre. — M. Hartmann fait un rapport sur une observation de M. Barthélemy. Il s'agit de deux cas de traumatismes graves de l'urètre ayant nécessité une intervention rendue très simple et très efficace par la dérivation antérieure de l'urine (ponctions vésicales, cystostomie).

Des opérations pour le cancer du rectum. — M. Quénu, à propos de deux observations communiquées par M. Anselme Schwartz dans lesquelles l'auteur a eu recours à l'opération combinée (voie abdominale et voie périnéale ou anale), lit un mémoire très documenté sur cette importante question de pratique chirurgicale que nous regrettons de ne pouvoir que résumer très brièvement. Voici d'abord les deux observations de M. Anselme Schwartz : premier cas, femme de cinquante-quatre ans, cancer du haut rectum, laparotomie médiane, libération d'adhérences coliques, décollement du rectum, hystérectomie totale, incision de la partie supérieure du vagin, terminaison de l'opération par la voie périnéale, abouchement du bout supérieur de l'intestin au périnée; deuxième cas : femme de cinquante ans, cancer rectal haut situé, opération abdomino-périnéale avec anesthésie par la voie rachidienne, incision abdominale médiane, hystérectomie, libération du rectum, résection, bout supérieur amené au périnée. Dans les deux cas, suites opératoires bonnes.

A propos de ces observations, M. Quénu fait une étude approfondie de l'opération combinée dans les cancers du haut rectum. Après un historique complet dans lequel il cite particulièrement Kœnig, Hildebrand, Gaudier qui publia une observation sur laquelle M. Quénu fit un rapport qui a été le point de départ de son étude, il conclut que c'est bien une opération d'origine française. Grâce surtout aux travaux de M. Quénu, l'opération combinée est maintenant admise partout. L'opération type s'amorce par le ventre pour la libération du rectum et s'achève par le périnée. On a proposé la voie sacrée pour le second temps de l'opération. M. Quénu la condamne et la repousse absolument. M. Anselme Schwartz, dans un de ses cas, a pu terminer l'opération par la voie anale. Cela n'est pas toujours possible.

M. Quénu rappelle la technique opératoire à laquelle il s'est tenu, qu'il a perfectionnée et qui lui a permis d'améliorer sensiblement sa statistique. Il insiste sur certaines particularités de l'opération, en particulier la ligature des gros vaisseaux. Il rejette la ligature de la mésentérique au niveau du promontoire. Dans plusieurs cas, elle a eu pour conséquence la gangrène. Enfin, M. Quénu donne la statistique de ses 48 opérations pour cancers du rectum, dont 12 abdomino-périnéales avec 33 p. 100 de mortalité. Il indique aussi la durée des non-récidives qu'il a pu constater.

Ostéite tuberculeuse. — M. Walther présente une jeune fille qu'il a guérie d'une ostéite tuberculeuse de l'astragale par les injections de chlorure de zinc, cette guérison se maintient depuis deux ans.

Sarcome du cuir chevelu. — M. Rochard présente une jeune femme qu'il a guérie d'un sarcome du cuir chevelu par la radiothérapie, après 3 opérations pratiquées sans succès.

LIVRES NOUVEAUX

Physiologie des reins (1), par le docteur L. Ambard.
Préface du professeur Legueu.

Ceux qui, voici quelques années, croyaient connaître la physiologie du rein ont confessé leur erreur depuis longtemps. Les travaux de Widal et de ses collaborateurs ont transformé nos connaissances et nous font prévoir bien d'autres surprises. Ils nous ont enseigné jusqu'à ce jour une notion fondamentale, à savoir que les néphrites affectent tantôt la forme d'un trouble de l'excrétion hydrochlorurée, tantôt celle d'un trouble de l'excrétion azotée; parfois enfin elles combinent ces deux formes. La conséquence pratique la plus connue de ces recherches a été la prescription d'une alimentation non chlorurée ; il est permis du reste de penser que la thérapeutique journalière n'a pas toujours su l'appliquer avec le discernement nécessaire; et cependant cette notion a eu tant de succès qu'elle est passée dans le domaine des connaissances courantes du public qui lit les *numéros médicaux* de nos grands quotidiens.

Les recherches de Widal et de son école ont donc eu les conséquences les plus fécondes, et nul ne les a mieux utilisées qu'Ambard. Placé, par sa situation de chef de laboratoire à Necker, sur un terrain où de tout temps ont fusionné de façon si fructueuse la médecine, la physiologie générale et la chirurgie, Ambard était tout désigné pour faire connaître aux chirurgiens les résultats obtenus par les médecins; mais il n'a pas limité aussi étroitement son rôle et chacun connaît l'ensemble des travaux par lesquels il a établi l'importance de ce qu'il a appelé la constante uréo-sécrétoire, de ce que tous appellent plus brièvement la constante d'Ambard.

Le livre qu'il vient de publier intéressera non seulement les spécialistes, mais encore tous les médecins praticiens susceptibles de s'intéresser encore aux conceptions de la pathologie générale, et ils sont nombreux fort heureusement. Il ne faut pas s'attendre à y trouver une étude complète de la physiologie normale et pathologique du rein, mais plutôt une étude critique des travaux récents et notamment de ceux dont les conséquences pratiques sont le plus immédiates : la concentration maxima, l'étude des débits, celle des seuils de certaines substances, comme le chlorure de sodium, le glucose; l'un des chapitres les plus intéressants pour le praticien sera certainement celui du pronostic envisagé en fonction de l'azotémie et de la constante.

Cet ouvrage, comme le *Manuel de cystoscopie* de Papin, comme celui d'*Electrothérapie* de Courtade que j'ai analysé ici même, fait le plus grand honneur à la nouvelle école de Necker et à Legueu, son chef.

J'ajoute que la présentation de ces volumes, qui ne dépassent pas 300 à 400 pages, est irréprochable; on me permettra de demander à l'éditeur de vouloir bien ne pas oublier les titres du haut des pages, si utiles à qui veut feuilleter le volume et le consulter sans peine, lorsque l'occasion s'en présente.

Léon Imbert.

(1) 1 vol. de 320 pages. — Paris, Gittler.

Atlas d'anatomie chirurgicale et de technique opératoire du labyrinthe (1), par le docteur Louis GIRARD, assistant d'ophtalmologie à l'hôpital Saint-Joseph.

On ne peut prononcer le mot de labyrinthe sans évoquer le fil d'Ariane. Mais combien mieux que les classiques le docteur Girard ne nous guide-t-il pas au cœur même du rocher, dans les méandres de ces régions profondes et si délicates vers lesquelles la chirurgie moderne vient à peine de concentrer ses audacieuses explorations.

A vrai dire ce fameux fil manque à la description classique, un peu schématique, qui n'est qu'une mise à nu de l'intus pétreux par tranches successives. Ici, au contraire, le docteur Girard laisse au squelette labyrinthique toute son individualité. Cette manière de voir donne à la première partie de l'ouvrage, réservée à l'étude topographique du labyrinthe, une clarté d'exposition très appréciable.

Le lecteur oubliera vite le labeur ardu de ses premières études en lisant les rapports, si minutieux soient-ils, de ce *nouveau labyrinthe*, avec, en premier plan, le cadre rocheux qui l'encastre, puis avec les organes périphériques. Je lui signale une très intéressante et complète description des traînées cellulaires périlabyrinthiques et du facial chirurgical.

Au courant de la plume, je note des réflexions très judicieuses de l'auteur sur l'orientation des canaux semi-circulaires et certaines précisions anatomiques importantes pour l'opérateur. Les voies chirurgicales d'accès au labyrinthe et la technique des différents otologistes, chapitres entièrement nouveaux, servent de transition entre cet exposé anatomique et l'atlas proprement dit.

Celui-ci est composé d'une cinquantaine de superbes photographies grandeur nature accompagnées pour la plupart de vues stéréoscopiques et reproduites par l'héliogravure.

Derrière l'anatomiste sommeille le clinicien. Aussi est-ce au fond de la cavité opératoire de l'évidement pétro-mastoïdien, au seuil chirurgical du labyrinthe, que le docteur Girard nous donne rendez-vous avec sa gouge. Peu à peu nous apparaît le squelette labyrinthique avec son orientation permanente, grâce au profil de la tête qui en reste inséparable.

Tout de suite se dressent les obstacles sous les pas du profane. Ici c'est la procidence de la fosse cérébrale moyenne; là, celle de la fosse cérébelleuse et du sinus latéral. Là encore c'est la carotide ou bien le dôme du golfe jugulaire qui, par l'inattendu de ses larges bonds, semble vraiment un cerbère redoutable du vestibule labyrinthique. Non loin de là c'est le facial, presque immuable dans son aqueduc, mais dont le voisinage est toujours inquiétant.

Cependant les routes sûres qui conduisent au labyrinthe ressortent nettement dans la succession attrayante de ces photographies. Les dernières planches nous montrent d'ailleurs les différentes techniques opératoires de ceux qui, au cours des années précédentes, n'ont pas craint de poursuivre l'infection jusque dans l'intérieur du labyrinthe. Quant aux infections périlabyrinthiques, nous en comprenons aisément le mécanisme en suivant ces traînées cellulaires péri ou translabyrinthiques qui aboutissent en haut au carrefour pétreux, en dedans du canal semi-circulaire supérieur et qui, le long des bords de la pyramide pétreuse, s'en vont gagner l'apex.

En 1912, la première édition de cet atlas a valu au docteur Girard le prix Meynot de l'Académie de médecine. L'épuisement rapide de cette première édition semble annoncer un bel avenir à la seconde à laquelle le travail incessant de son auteur donne un nouveau cachet. A notre jeune collègue, à la fois élève et ami, nous souhaitons de nombreux lecteurs, ou mieux c'est à nos confrères que nous souhaitons de mettre dans leur bibliothèque, en bonne place, cet atlas si vivant de documentation pratique. J. FOURNIÉ.

(1) 2e édition. — Prix : cartonné, 25 francs. — Paris, A. Maloine.

Formulaire des nouveaux remèdes (1), par le docteur G. BARDET, secrétaire général de la Société de thérapeutique.

Dire que cet ouvrage paraît pour la vingt-troisième fois et citer le nom de l'auteur suffiraient, je pense, comme présentation et comme éloge. Mais certaines modifications ont été apportées qu'il convient de signaler.

Dans la première partie, *Revue des nouveaux remèdes*, l'auteur n'a pas craint de faire des résumés très substantiels de pharmacologie critique pour tous les médicaments nouveaux d'une réelle importance. La deuxième partie est, depuis l'année dernière, consacrée au *Formulaire des nouveaux remèdes et des nouvelles médications*, et la troisième, qui sert en même temps de table alphabétique des matières, comprend la *liste des nouveaux remèdes avec leurs indications et leur posologie*.

Un ouvrage de ce genre échappe forcément à toute analyse, mais il n'est pas difficile de prédire à cette nouvelle édition le même succès qui accueillit régulièrement ses aînées et l'on ne saurait trop féliciter M. G. Bardet du soin qu'il prend de tenir sans cesse au courant et de perfectionner chaque année ce livre, si utile à tous les praticiens soucieux de ne pas faire de la thérapeutique de hasard tout en employant des remèdes nouveaux.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Le Laboratoire du praticien, troisième fascicule (2), par Paul GASTOU, chef du laboratoire central et de radiologie de l'hôpital Saint-Louis.

Ce fascicule renferme une série d'études sur l'examen des urines ; c'est d'abord l'analyse chimique des urines dans ses rapports avec le diagnostic et le pronostic des maladies, puis l'examen microscopique et ultramicroscopique qui donne des renseignements non seulement sur les maladies du système urinaire mais encore sur les troubles de nutrition et diathèses.

L'auteur expose ensuite la recherche des colloïdes et cristalloïdes, l'analyse des produits normaux ou pathologiques d'excrétion et de sécrétion.

Dans les chapitres suivants, on trouvera d'utiles renseignements sur l'examen des matières fécales, l'analyse histochimique des tissus et tumeurs, et enfin les séro-diagnostics.

Pour toutes ces questions, qui ont pris aujourd'hui dans la pratique journalière une si grande importance, des planches avec nombreuses figures et photographies facilitent beaucoup la lecture du texte et gravent bien dans la mémoire des réactions parfois un peu compliquées. M. BRELET.

FORMULAIRE

ENTÉRITES CHRONIQUES ET DIARRHÉES

Le képhir est un aliment excellent contre les diarrhées des hypopeptiques parce qu'il n'irrite pas l'intestin et que ses ferments exercent une action destructive non seulement sur les microbes intestinaux, mais aussi sur leurs toxines.

Donner le « Képhir Salières » à la dose d'un verre toutes les deux heures, pur ou coupé d'eau de Vals au début.

(1) 23e édition. Un vol. de XIV-370 pages. — Paris, O. Doin et fils.

(2) Un fascicule broché, avec 18 planches contenant 319 figures en noir et couleurs par Louis Niclet, dessinateur-photographe à l'hôpital Saint-Louis. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

CONGRÈS

XXIVe CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE. — Le XXIVe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Luxembourg, du 3 au 10 août 1914.

Le bureau est constitué de la façon suivante : président, M. E. Dupré, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, médecin en chef de l'infirmerie spéciale de la préfecture de police; vice-président, M. H. Meige, secrétaire général de la Société de neurologie de Paris; secrétaires généraux, M. L. Buffet, directeur médecin de l'asile d'aliénés d'Ettelbruck (grand-duché de Luxembourg); M. R. Lalanne, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Maréville, près Nancy (Meurthe-et-Moselle).

PROGRAMME. — *Lundi 3 août.* — A neuf heures et demie du matin, séance solennelle d'ouverture au Cercle de la municipalité. — L'après-midi, rapport et discussion sur la première question : *Les Psychoses postoniriques*. Rapporteur : M. Delmas, médecin de la maison de santé Esquirol, à Ivry-sur-Seine. — Le soir, réception offerte par la municipalité de Luxembourg.

Mardi 4 août. — Le matin, rapport et discussion de la deuxième question : *Les Maladies mentales professionnelles*. Rapporteur : M. Coulonjou, directeur médecin de l'asile d'aliénés de la Roche-sur-Yon (Vendée). — L'après-midi, excursion à Mondorf-les-Bains (par train spécial). Séance de communications à l'établissement thermal. — Le soir, réception offerte aux congressistes par M. Mollard, ministre de France à Luxembourg.

Mercredi 5 août. — Le matin, rapport et discussion de la troisième question : *Les Lésions du corps thyroïde dans la maladie de Basedow*. Rapporteur : M. Roussy, de la Faculté de médecine de Paris. — L'après-midi, séance de communications. Un appareil à projections et un cinématographe seront à la disposition des congressistes. — Le soir, réception offerte par le président et les membres du Congrès.

Jeudi 6 août. — Excursion automobile dans le grand-duché de Luxembourg. Aller par Esch-sur-Sûre et Wiltz. Déjeuner à Clervaux. Retour par la vallée de l'Our, le château de Vianden et Diekirch. Arrivée à Ettelbruck vers quatre heures. Visite de l'asile d'aliénés sous la conduite du médecin directeur, M. Buffet, secrétaire général du Congrès. Séance de communications et clôture des travaux du XXIVe Congrès. Lunch offert par l'asile d'Ettelbruck. Retour à Luxembourg.

EXCURSION FACULTATIVE (Bords du Rhin). — *Vendredi 7 août.* — Départ le matin de Luxembourg pour Metz. Déjeuner à Metz. Visite de la ville. Départ de Metz pour Mayence, (dîner et coucher).

Samedi 8 août. — Le matin, visite de Mayence. L'après-midi, départ en bateau sur le Rhin jusqu'à Coblentz (dîner et coucher).

Dimanche 9 août. — Départ en bateau pour Kœnigswinter. Montée en funiculaire au Drachenfels (déjeuner). L'après-midi, départ pour Bonn et arrivée à Cologne.

Lundi 10 août. — Le matin, visite de Cologne et dislocation. Les billets de retour, valables trente jours, donneront aux congressistes la faculté de prolonger le séjour et de rentrer individuellement à Luxembourg par la vallée de la Moselle.

Le prix par personne pour ce voyage est de 110 francs (agence Cook).

Une réduction de 50 p. 100 sur le prix des billets ordinaires (tarif plein à l'aller, gratuité au retour), avec validité du 27 juillet au 20 août, a été obtenue sur tous les réseaux de chemins de fer français.

Prière d'adresser sans retard les adhésions, cotisations et communications au docteur Lalanne, médecin en chef de l'asile de Maréville, près Nancy (Meurthe-et-Moselle).

Membres adhérents, 20 francs; membres associés, 10 francs.

COURS ET CONFÉRENCES

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER (89, rue d'Assas. Professeur : M. Paul BAR). — COURS DE PRATIQUE OBSTÉTRICALE, par MM. Jeannin et Lequeux, professeurs agrégés; assistés de MM. Dupont et Lemeland, anciens chef de clinique; Metzger, chef de clinique. — Deux cours réservés aux étudiants ayant seize inscriptions, et aux docteurs français et étrangers, auront lieu : le premier, du 6 au 21 juillet 1914; le second, du 17 au 29 août 1914.

Ces cours comprendront une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours, à neuf heures du matin, à trois heures et à cinq heures du soir. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales.

Programme du premier cours, du lundi 6 juillet au mardi 21 juillet 1914. — Lundi 6 juillet, à neuf heures du matin. M. Lequeux. Examen des femmes accouchées et des nouveau-nés (visite dans les salles); — à cinq heures. M. Dupont. Diagnostic des présentations et des positions (palper, auscultation, toucher).

Mardi 7 juillet, à neuf heures. M. Jeannin. Présentation de malades; — à trois heures. Exercices de palper, d'auscultation et de toucher au lit des malades; — à cinq heures. M. Dupont. Le forceps sur le sommet (positions directes).

Mercredi 8 juillet, à neuf heures. M. Lequeux. Policlinique des femmes enceintes. Examen des malades par les élèves du cours; — à trois heures. Exercices pratiques de forceps; — à cinq heures. M. Metzger. Le forceps sur le sommet (positions obliques).

Jeudi 9 juillet, à neuf heures. M. Jeannin. Examen des femmes accouchées (visite dans les salles); — à trois heures. Exercices pratiques de forceps; — à cinq heures. M. Metzger. Le forceps sur la face et le front.

Vendredi 10 juillet, à neuf heures. M. Lequeux. Policlinique des femmes enceintes. Examen des malades par les élèves du cours; — à trois heures. Exercices pratiques de forceps; — à cinq heures. M. Lemeland. Le forceps sur les présentations élevées.

Samedi 11 juillet, à neuf heures. M. Jeannin. Traitement actuel de l'hémorragie par insertion vicieuse du placenta; — à trois heures. Exercices pratiques de forceps; — à cinq heures. M. Lemeland. La version par manœuvres internes (version séparée).

Jeudi 16 juillet, à neuf heures. M. Jeannin. Examen des femmes accouchées (visite dans les salles); — à trois heures. Exercices pratiques de version; — à cinq heures. M. Lemeland. L'extraction du siège décompléte, mode des fesses.

Vendredi 17 juillet, à neuf heures. M. Lequeux. Policlinique des femmes enceintes. Examen des malades par les élèves du cours; — à trois heures. Exercices pratiques de version et d'extraction du siège; — à cinq heures. M. Lemeland. L'extraction après version, les difficultés.

Samedi 18 juillet, à neuf heures. M. Jeannin. Le traitement actuel de l'éclampsie puerpérale; — à trois heures. Exercices pratiques de version (revision); — à cinq heures. M. Dupont. L'embryotomie céphalique.

Lundi 20 juillet, à neuf heures. M. Lequeux. Examen des femmes accouchées et des nouveau-nés (visite dans les salles); — à trois heures. Exercices pratiques d'embryotomie céphalique; — à cinq heures. M. Dupont. Les différents procédés d'embryotomie rachidienne.

Mardi 21 juillet, à neuf heures. M. Jeannin. Présentation de malades; — à trois heures. M. Lequeux. Les procédés de dilatation rapide du col; — à quatre heures. Exercices pratiques d'embryotomie rachidienne.

(Nous publierons ultérieurement le programme du second cours.)

Pour renseignements et inscriptions, s'adresser à M. le chef de clinique, à la Clinique Tarnier.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Le droit à verser pour chacun de ces cours est de 50 francs.

NOTE DE PRATIQUE

INSUFFISANCE DIGESTIVE

L'insuffisance digestive est, comme toute autre insuffisance, justiciable de l'opothérapie, avec cette différence qu'on obtient des résultats bien supérieurs en en cherchant l'agent en dehors du règne animal. La Papaïne Trouette-Perret, en élixir, cachets ou comprimés a, en effet, la précieuse propriété de remédier, avec un seul produit, aussi bien à la dyspepsie gastrique qu'à la dyspepsie intestinale, souvent associée.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 18, 3 mai 1914.) H. Secousse : Recherches sur la fragilité leucocytaire. — (N° 19, 10 mai.) H. Verger : Leçon d'ouverture du cours de médecine légale. — G. Jeanneney : Contribution à l'étude de la pathogénie des « troubles intestinaux post coïtum chez certaines entérocolitées ». — (N° 20, 17 mai.) H. Morin : Pathogénie et traitement du bubon chancreux de l'aine, par W. Dubreuilh. — J. Gourdon : Le traitement orthopédique des paralysies infantiles graves. — L. Verdelet : Cancer de l'intestin simulant une appendicite.

Montpellier médical. — (N° 17, 26 avril 1914.) Courrent : La vallée de l'Aude thermale; ses sources sulfureuses; application des eaux d'Usson-les-Bains dans le traitement de l'ulcère variqueux (*fin*). — Forgue et Jeanbrau : Des maladies localisées, révélées ou aggravées par les accidents du travail; leur interprétation au point de vue de la loi de 1898. — (N° 18, 3 mai.) Marcel Carrieu : Le bacille d'Achalme doit-il être considéré comme l'agent pathogène du rhumatisme articulaire aigu? — (N° 19, 10 mai.) J. Euzière : Manie épileptique équivalentaire ou manie post-paroxystique.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 17, 28 avril 1914.) Abderhalden et Ewald : Le sérum des lapins, auxquels on a injecté leur propre sérum ou un sérum de même espèce, contient-il des ferments protéolytiques qui n'existaient pas avant l'injection? — Lichtenstein et Hage : Recherche des ferments spécifiques à l'aide de la dialyse. — Freymuth : Contribution à l'étude de la réaction d'Abderhalden. — Nakano : Hémochromatose sous l'aspect de maladie d'Addison. — Riebold : Les porteurs de bacilles diphtériques sont-ils infectieux pour leur entourage? — Franck : Recherches sur la trachéotomie transversale. — Hohlweg : La polyurie dans le carcinome mammaire. — Hufschmidt : Mort par hémorragie cérébrale dans la diathèse hémorragique. — Brandes et Buschmann : Les instruments d'irritation électriques pour les opérations chirurgicales. — Celter : Sur la facilitation des travaux sérologiques. — Schneider : Traitement du delirium tremens. — Schmidt-Ottmann : Sur un nouveau médicament cardiaque, la cymarine.

Paris médical. — (N° 21, 25 avril 1914.) Manquat : Notions complémentaires sur l'emploi et les indications de l'huile de paraffine à l'intérieur. — Henri Dufour : De l'épilepsie réflexe thérapeutique. — Sikedey et H. Lemain : Traitement des dysménorrhées. — Pauron : Un cas de dysenterie amibienne dite autochtone.

Pédiatrie pratique. — (N° 326, 15 mai 1914.) Hutinel : Les septicémies chez l'enfant. — H. Méry, H. Salin et A. Wilborts : Asystolie à répétition consécutive à la dilatation aiguë primitive du cœur chez l'enfant. — M. Comby et Mlle Condat : Méningite cérébro-spinale avec arthrite à méningocoques du genou droit.

Progrès médical. — (N° 18, 2 mai 1914.) Louis Sauvé : Les interventions chirurgicales dans les crises gastriques du tabes. — (N° 19, 8 mai.) R. Barthélemy : Les hémorragies méningées. — (N° 20, 16 mai.) M. Goormaghtigh et Deheegher : Au sujet de la technique de la réaction d'Abderhalden. — F. Mouisset : Séméiologie de l'espace de Traube.

Province médicale. — (N° 18, 2 mai 1914.) J. Brau-Tapie (de Pau) : Nouveau procédé pour la cure de l'hypospadias pénien ou péno-scrotal. — J. Montpellier et A. Viguier (d'Alger) : « Tribondeau » et diagnostic microscopique des spirilloses. — (N° 19, 9 mai.) Léon Bérard (de Lyon) : Leçon d'ouverture. — (N° 20, 16 mai.) Chauvet (de Royat) : La trémulation des oreillettes (auricular Flutter). — Louis Courty (de Lyon) : La chylurie non parasitaire.

Policlinico. — (Fasc. 5.) *Section chirurgicale.* G. Mingazzini et R. Alessandri : Les indications de l'extraction tardive des projectiles intracraniens. — L. C. Zapelloni : Homœoplastie de la pachyméninge. — S. Solieri : Les plaies de l'encéphale par pénétration d'un instrument pointu à travers la base du crâne.

Revue neurologique. — (N° 8, 30 avril 1914.) G. Bourguignon : Localisation de l'excitation dans la méthode dite « monopolaire » chez l'homme, pôles réels et pôles virtuels dans deux organes différents. — G. Calligaris : Sur l'anesthésie hystérique à type longitudinal.

Riforma medica. — (N° 20, 16 mai 1914.) Salvatore Fichera : Recherches sur les altérations fonctionnelles du pancréas. — Vincenzo Marcozzi : Nouvelle méthode de plombage des os par les sels de chaux. — Pier Luigi della Torre : A propos d'un cas de rupture traumatique de la vessie. — Girolamo Lionti : La hernie de l'appendice vermiforme du cæcum. — (N° 21, 23 mai.) Salvatore Fichera : Recherches sur les altérations fonctionnelles du pancréas. — Otello Finzi : L'ictère par compression dans les kystes échinococciques du foie. — (N° 22, 30 mai.) Carlo Carginale : L'action de la fumée de tabac ordinaire et de tabac dénicotinisé. — Arnaldo Cantani : Symptômes et complications peu communs de la fièvre de Malte. — (N° 23, 6 juin.) A. Rovighi et R. Secchi : La leucocytose a frigore. Considérations et recherches expérimentales. — Gherardo Forni : Contribution à l'étude du sarcome.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 19, 7 mai 1914.) Schmiedl : Recherches expérimentales sur la genèse mécanique de l'artériosclérose. — Heinz : Sur les différences locales de la température cutanée dans les affections pulmonaires. — Pulauwski : Contribution au traitement de la leucémie par les rayons Röntgen et le benzol. — Saphier : Traitement de l'ulcère chronique de jambe par les émanations de radium. — Moculski : Contribution clinique à l'étude de l'action des injections intraveineuses d'eau salée à 10 p. 100 dans les hémorragies pulmonaires. — (N° 20, 14 mai.) Karplus : Contribution expérimentale à l'étude des processus cérébraux dans l'attaque épileptique. — Rothberg et Winterberg : Sur la pathogénie de l'arythmie fébrillaire. — Sachs : Différence qualitative entre la teneur en formol de l'urotropine et celle de l'hexaméthylènetétramine. — Melikjauz : Importance clinique du dosage de l'albumine dans l'expectoration au cours de la pneumonie et de la tuberculose. — Von Schrötter : Sur la question de l'héliothérapie au bord de la mer.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.


Sirop Roche
Ch. Weiss
Sirop Roche au Thiocol préparé par Ch. Weiss
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
Prix 4fr le Flacon
CACHETS "ROCHE" DE THIOCOL
Chaque cachet renferme 0gr50 DE THIOCOL "ROCHE"
PRIX 2frs.
COMPRIMÉS ROCHE DE THIOCOL

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, **10** francs par an. Étudiants étrangers, **15** francs par an.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **5** fr. **50**. — 6 mois : **11** fr. — 1 an : **20** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 27 juin. — MM. Weil (M.-Pierre), 18 ; Armand-Delille, Ramond et Baudouin, 20.

Séance du 28 juin. — MM. Bénard (René), 18 ; Monier-Vinard, 19 1/2 ; Debré, 18 ; Paillard, 19.

Liste des candidats admis à subir la deuxième épreuve définitive (épreuve clinique) :

MM. Armand-Delille, Ramond, Camus, Halbron, Baudouin et Tixier, 20 ; Monier-Vinard, Balthazard et Beaufumé, 19 1/2 ; Harvier, Faure-Beaulieu, Léri et Paillard, 19 ; Darré, 18 1/2 ; Foix, 18.

Prochaine séance (deuxième épreuve clinique), mardi 30 juin, à seize heures trente, à Lariboisière.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury du concours pour quatre places d'interne en médecine et en chirurgie de la maison départementale de Nanterre est définitivement constitué de la manière suivante :

MM. Emile Reymond, Sapelier, Oppenheim, F. Dainville, H. Français, Navarre et Poirier de Narçay.

Les candidats inscrits sont au nombre de 18.

HOPITAUX DE PROVINCE. — NANTES. — M. le docteur Gendron (André) a été nommé, après concours, médecin suppléant des hospices.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un arrêté du ministre de l'Intérieur, en date du 19 juin, vient de décider que :

« Les médecins adjoints reçus au concours, qui occuperont effectivement les postes de chefs de clinique des maladies mentales dans les facultés de médecine, seront considérés, pendant un laps de temps qui ne pourra excéder trois années, comme exerçant leurs fonctions dans un asile public d'aliénés. »

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — *Médailles d'or.* — MM. les médecins-majors de première classe Percheron et Violle (des troupes coloniales) ; M. le médecin aide-major Colin (du Maroc).

Médaille de vermeil. — M. le médecin-major de deuxième classe Beau (du Maroc).

Médailles d'argent. — M. le médecin principal de deuxième classe Chevalier (de Casablanca) ; M. le médecin-major de deuxième classe Dorange (du Maroc) ; M. le médecin aide-major de première classe Gony (des troupes coloniales).

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du 23 juin 1914, sont promus, et par décision ministérielle du même jour reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Vendeuvre, hors cadres aux troupes d'occupation du Maroc occidental ; maintenu hors cadres ; — Le Mansois Duprey, des troupes d'occupation du Maroc occidental ; maintenu ; — Jullian, des troupes d'occupation du Maroc occidental ; maintenu ; — Péré, du 107e d'infanterie ; maintenu ; — Grenot, du 4e bataillon de chasseurs à pied ; maintenu ; — Doniol, du 16e d'artillerie ; maintenu ; — Tartavez, de l'Algérie ; maintenu ; — Xambeu, du 59e d'infanterie ; maintenu ; — Merlat, du 11e génie ; maintenu ; — Xémard, du 31e dragons ; maintenu ; — Roux, du 159e d'infanterie ; maintenu ; — Wateau, de l'Algérie ; maintenu ; — Schangel passe au 8e d'infanterie (service) ; — Malgat, du 105e d'infanterie ; maintenu ; — Minguet, du 62e d'infanterie ; maintenu ; — Delorme, des troupes d'occupation du Maroc oriental ; maintenu ; — Druard, de l'Algérie ; maintenu ; — Pellet passe à la direction du service de santé du 1er corps d'armée (service) ; — Prat, des troupes d'occupation du Maroc occidental ; maintenu ; — Clot, du 49e d'infanterie ; maintenu ; — de Labonnefon, du 114e d'infanterie ; maintenu ; — Bornecque passe au 149e d'infanterie (service) ; — Chanoine, de l'Algérie ; maintenu ; — Bordet, désigné pour le 42e d'infanterie (service).

LES DEMANDES DE SURSIS ET LES NOMINATIONS AU GRADE DE MÉDECIN AUXILIAIRE. — L'addition suivante vient d'être apportée à l'instruction relative à l'affectation des jeunes soldats :

« Aux termes de l'article 15 de la loi du 7 août 1913, des sursis renouvelables d'année en année jusqu'à l'âge de vingt-sept ans révolus peuvent être accordés, après une première

RENSEIGNEMENTS

année de service, aux étudiants en médecine et en pharmacie, ainsi qu'aux élèves vétérinaires.

Les demandes des intéressés sont transmises aux généraux commandant les corps d'armée, qui statuent et doivent d'ailleurs se montrer très larges dans l'attribution de ces sursis, qui ne peuvent être refusés que pour des raisons majeures ou sous réserve d'un compte rendu au ministre de la guerre.

Il demeure entendu que les jeunes gens qui auront subi avec succès l'examen de médecin ou de pharmacien auxiliaire ne seront nommés à ces emplois que dans la limite des besoins pour accomplir leurs deuxième et troisième années de service.

Les dispositions qui précèdent sont applicables non seulement aux appelés, mais encore aux engagés par devancement d'appel. »

VISITE DE CHIRURGIENS AMÉRICAINS. — La semaine dernière une centaine de chirurgiens américains appartenant au « Georgia Surgeous Club » sont venus à Paris pour visiter nos établissements hospitaliers.

Nos confrères américains ont d'abord été reçus à la Faculté de médecine où notre éminent doyen M. le professeur Landouzy, au nom du Conseil de l'Université et de la Faculté, leur a réservé un accueil aussi somptueux qu'aimable.

Ils ont ensuite consacré plusieurs jours à nos hopitaux visitant successivement le Val-de-Grâce et les principaux services de chirurgie de Paris.

Avant de se rendre à Londres où doit avoir lieu cette année, du 27 juillet au 3 août, le Ve Congrès de clinique des chirurgiens de l'Amérique du Nord, nos confrères américains doivent visiter encore les principaux centres chirurgicaux suisses, allemands, belges et hollandais.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Onfroy de Bréville, aide-major de réserve à l'hôpital du Belvédère (Tunis); Patenostre (de Sézanne); Joseph Piquot, médecin-major de première classe; Porre (de Saint-Maxime-sur-Mer), victime du devoir professionnel.

CHRONIQUE

LA MÉTHODE DE MILNE (1) EXPÉRIMENTÉE AVEC SUCCÈS DEPUIS TROIS ANS EN FRANCE PAR UN MÉDECIN-MAJOR.

Il semble bien que la méthode de Milne s'impose maintenant à l'observation et à l'expérimentation. Les articles nombreux publiés à ce sujet depuis quelques jours soit dans la presse scientifique, soit dans les journaux politiques à grand tirage, ont attiré de force l'attention sur le procédé si simple et inoffensif dont notre confrère d'outre-Manche affirme avoir obtenu les magnifiques résultats que l'on sait. Il est donc probable que des documents cliniques ne tarderont pas à apparaître de tous côtés et c'est une raison de plus pour rendre justice dès maintenant aux ouvriers de la première heure.

Je tiens donc à faire connaître les principaux passages d'une lettre que je viens de recevoir de M. le docteur Escher, médecin-major de deuxième classe au 7e hussards, et médecin en chef de l'hospice mixte de Niort. Ils constituent, ce me semble, les premières observations cliniques faites en France quant à la méthode de Milne et apportent à cette dernière une confirmation de haute valeur.

« Vous indiquez, me dit notre confrère, qu'en 1911 vous avez signalé la méthode de Milne. J'ai, en effet, lu à ce moment votre article, et la preuve en est qu'en 1912, lors d'une épidémie de rougeole où j'avais perdu de nombreux malades par broncho-pneumonie, malgré toutes les méthodes thérapeutiques usuelles employées, *j'ai essayé la méthode de Milne et j'ai vu disparaître les complications pulmonaires... A l'hôpital j'ai pu voir disparaître tout cas de contagion intérieure et toutes complications graves pour la scarlatine et la rougeole* (épidémies de 1913 et 1914). »

Entrant plus avant dans les détails, M. le docteur Escher parle de l'épidémie de rougeole qui eut lieu du 14 octobre 1911 au 9 mai 1912 et qui donna lieu à 75 cas sur 700 hommes d'effectif. « L'épidémie fut au début bénigne comme toujours; vers Pâques, malgré des conditions atmosphériques paraissant favorables, la maladie prit un caractère de gravité très marqué et chez presque tous mes malades survinrent, en dépit de leur répartition dans un grand nombre de petits locaux, des complications pulmonaires ou autres. C'est alors que votre article m'étant tombé sous les yeux j'ai eu l'idée d'expérimenter la méthode de Milne. Soyez-en ici remercié au nom de mes malades, car malgré la sévérité des complications broncho-pulmonaires — 9 cas dont 4 furent considérés comme désespérés — j'ai eu la joie de ne pas perdre un malade, or la mortalité des broncho-pneumonies rubéoliques est de 60 à 65 p. 100. »

Notre confrère ne manqua pas de signaler ces résultats au ministre de la Guerre dans le rapport de fin d'épidémie qu'il lui adressa le 25 juin 1912. Depuis lors, survinrent d'ailleurs d'autres épidémies : en 1913 épidémie de scarlatine, du 22 avril au 4 août, avec 25 cas; épidémie de rougeole, du 3 mai au 5 juin, avec 46 cas. En 1914, épidémie de scarlatine, du 25 février au 1er mai, avec 15 cas; épidémie de rougeole et de rubéole, du 26 janvier au 18 mai, avec 42 cas.

« Au cours de ces épidémies, dit M. Escher, nous avons appliqué chez nos malades la méthode de Milne, mais avec une variante que nous n'avons apportée que parce que nous n'avions pas d'essence d'eucalyptus en quantité suffisante. Nous l'avons remplacée par des onctions avec un liniment renfermant de l'essence d'eucalyptus, de la sauge, de l'acide salicylique et de l'huile camphrée; mais la méthode resta intégrale quant aux badigeonnages à l'huile phéniquée. Or nous n'avons plus eu qu'un seul cas de complication broncho-pulmonaire, chez un élève brigadier qui n'était venu à la visite qu'à bout de souffle et surmené. Chez tous les autres, l'évolution de la période aiguë fut sensiblement diminuée et par ailleurs nous n'avons eu à enregistrer aucun cas de contagion chez le personnel hospitalier.

A mon avis ces bons résultats sont dus à la méthode de Milne, car des coïncidences qui durent trois ans et qui portent sur 128 cas de rougeole ou de scarlatine ne sauraient être admises sans un certain scepticisme.

Mais ce n'est là qu'un côté de la question, le moins important peut-être. Guérir est bien, mais prévenir est mieux, surtout pour nous, médecins de l'armée, et au lendemain de ces épidémies meurtrières qui ont coûté des larmes à tant de mères françaises, c'est plus qu'un devoir de rechercher les moyens capables de mettre en échec les épidémies qui nous guettent à l'entrée de l'hiver. C'est là qu'il faut essayer la méthode de Milne, et si sa valeur prophylactique se confirme, comme je le crois, il convient de l'adopter. Enfin n'oublions pas que, trop souvent, la rougeole fait le nid de la tuberculose et c'est encore lutter contre cette dernière que de mettre des organismes à l'abri des atteintes rubéoliques. »

M. Escher termine ses réflexions en souhaitant que le gouvernement envoie des médecins en Angleterre pour voir les services du docteur Robert Milne et faire sur place une enquête approfondie et impartiale. On ne peut qu'applaudir à cette idée, car il importe d'arriver promptement à une lumière complète en présence d'une méthode susceptible peut-être de réduire fortement du jour au lendemain la mortalité infantile et celle des jeunes soldats.

Pour ma part, si j'ai pu, il y a trois ans, en faisant connaître la méthode de Milne, attirer sur elle l'attention de notre confrère M. Escher et en suscitant son intelligente initiative collaborer indirectement à sauver quelques existences de soldats français, je considère qu'aucun honneur plus grand, aucun succès plus éclatant, aucune récompense plus émouvante ne pouvaient être réservés à ma modeste plume.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 24 juin 1911 et 20 juin 1914.

CLINIQUE MÉDICALE

ÉTUDES SUR LA PATHOLOGIE DE L'ULCUS

XI

LA CHIRURGIE DE L'ULCUS ET LE MÉDECIN

Par M. ALBERT MATHIEU (*),
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

COLLABORATION MÉDICO-CHIRURGICALE. — L'ulcère est la maladie de l'estomac qui amène le plus souvent l'intervention chirurgicale, soit directement, soit indirectement, par ses complications ou ses suites éloignées. C'est l'ulcère de l'estomac qui exige le plus souvent la collaboration médico-chirurgicale.

Comment se fait habituellement cette collaboration ? Il est dans l'ordre naturel des choses que le malade se présente tout d'abord au médecin qui constate l'existence d'un ulcère ou de lésions d'origine ulcéreuse, et c'est à lui qu'il appartient de décider si, oui ou non, il y a lieu d'avoir recours au chirurgien pour une intervention opératoire. Le chirurgien fait cette opération, puis, lorsque le malade a été opéré, lorsqu'il est rendu plus ou moins complètement à sa vie ordinaire, s'il présente quelque accident, quelque trouble ultérieur de la digestion, c'est le médecin qui sera de nouveau consulté.

Si l'intervention du médecin se comprend très bien dans la première période et dans la dernière, avant l'opération et après l'opération, doit-elle être complètement nulle au moment même de l'intervention chirurgicale ? Je ne le crois pas pour ma part, et je pense que le médecin doit tout au moins comprendre quel est le genre d'opération qui sera faite, et même, si ses connaissances, son expérience lui ont donné des notions suffisantes à ce point de vue, qu'il aura voix au chapitre et contribuera à décider, séance tenante, avec le chirurgien, quel est le mode d'opération qu'il convient d'adopter.

Par conséquent, si la collaboration doit exister non seulement avant et après l'opération, l'idéal, c'est qu'elle existe même pendant l'opération.

Il ne peut être question d'exposer ici quelles sont les diverses variétés d'opérations que l'on peut faire sur l'estomac, soit au cours de l'ulcus, soit ultérieurement pour ses suites éloignées. On en trouvera la description technique dans les ouvrages spéciaux. Que les médecins lisent, par exemple, ce qui a été écrit par MM. Tuffier et Roux-Berger dans le *Traité médico-chirurgical des maladies de l'œsophage et de l'estomac*. Ils trouveront là ce qu'il est essentiel qu'ils sachent

Mon but actuel est de dire tout d'abord quelle est l'idée que je me suis faite des opérations que j'ai vu faire le plus souvent : la gastro-entérostomie, la résection du pylore, et la gastroplastie pour cause de sténose mésogastrique.

La première des gastro-entérostomies que j'ai provoquée remonte à l'année 1892, il y a vingt-deux ans. Elle a été pratiquée par mon malheureux ami Guinard. Il y a quelques années, le malade opéré pour une sténose pylorique serrée d'origine ulcéreuse vivait encore. Il était même tellement reconnaissant à Guinard du service qu'il lui avait rendu que, de temps en temps, il allait lui demander des secours pour l'aider à vivre. Je ne sais pas ce qu'il est devenu depuis; je l'ai perdu de vue, il y a cinq ou six ans. Depuis 1892, j'ai fait opérer environ 200 malades pour des lésions ulcéreuses ou d'origine ulcéreuse. Je crois donc avoir le droit d'émettre une opinion personnelle sur les opérations dont j'ai été le témoin. A l'heure présente, certaines de ces opérations ne me paraissent plus suffisantes, et j'ai cherché dans ces derniers temps, entraîné du reste par le courant actuel, à me faire une opinion personnelle sur d'autres interventions qui paraissent logiques, justifiées, appelées à donner de bons résultats. Je fais surtout allusion en ce moment à l'exclusion du pylore et à la résection circulaire de l'estomac dans le cas d'ulcus de la petite courbure, avec sténose mésogastrique.

Qu'on me permette donc d'exposer d'une part quel est le résultat de mon expérience de la gastro-entérostomie et de la résection du pylore, et les raisons pour lesquelles j'ai tendance actuellement, dans un certain nombre de cas, à demander aux chirurgiens de pratiquer non seulement la gastro-entérostomie, mais l'exclusion du pylore, ou encore, le cas échéant, la résection annulaire de l'estomac.

Je laisse de côté la question des indications que je supposerai connues. Nous allons prendre les opérations les unes après les autres, et chercher à dire le plus clairement et le plus utilement possible, ce qu'on peut en attendre, et aussi quels sont les dangers que courent les malades. Ceci fait, et ce sera le programme du prochain exposé, je prendrai le malade à la sortie du service chirurgical pour dire ce que doit être le rôle du médecin dans le traitement postopératoire des ulcéreux.

LES DIVERSES OPÉRATIONS. — Tout d'abord les opérations palliatives, en laissant de côté la jéjunostomie et la duodénostomie qui ne sont employées que dans des cas tout à fait particuliers.

Plasties. — Les plasties consistent, étant donné qu'il existe un rétrécissement sur un canal, à faire une incision en long et à recoudre en travers de façon, en raccourcissant un peu la longueur du tube, à obtenir que son diamètre soit notablement augmenté.

La *pyloroplastie* est une opération abandonnée. Je ne l'ai rencontrée que dans deux cas, et j'ai dû faire réopérer des malades qui, ayant subi antérieurement la pyloroplastie, avaient vu la sténose du pylore se reproduire. Il a été nécessaire de pratiquer la gastro-entérostomie.

Quant à la *gastroplastie*, nous en avons eu ici une expérience assez étendue avec M. Ricard, pour le

(*) Conférence faite le 7 mai 1914 à l'hôpital Saint-Antoine. (Compte rendu sténographique revu par l'auteur.) — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 8, p. 117; n° 14, p. 213; n° 21, p. 325; n° 29, p. 464; n° 36, p. 581; n° 41, p. 661; n° 46, p. 745; n° 55, p. 901; n° 56, p. 917; n° 63, p. 1029 et n° 68, p. 1109.

traitement de la sténose mésogastrique d'origine ulcéreuse. Les résultats immédiats de cette opération palliative, relativement bénigne, sont satisfaisants dans le plus grand nombre de cas tout au moins; mais le bénéfice procuré menace de ne pas durer, étant donnée la tendance des lésions à se reconstituer et de la sténose à se refaire. Parmi les malades opérés, plusieurs ont commencé à souffrir de nouveau, et chez eux l'examen radioscopique a montré que la communication entre la poche supérieure et la poche inférieure était sensiblement moins large qu'elle ne l'était immédiatement après l'opération. Il est donc à craindre que prochainement on ne soit obligé d'intervenir à nouveau chez plusieurs d'entre eux, ou plutôt d'entre elles, car ce sont toutes des femmes. On devra alors, s'il en est temps encore, faire une opération plus complète, la résection annulaire de l'estomac dont je parlerai plus longuement tout à l'heure.

Dans deux cas, il a été nécessaire — et c'est une indication qui se présente de temps en temps — de faire non seulement une gastroplastie mais en plus une *gastro-entérostomie*, en raison de la coïncidence d'une sténose pylorique d'origine ulcéreuse avec une sténose mésogastrique. Il y a là, je le répète, un diagnostic différentiel d'une certaine difficulté. Pour l'établir, il ne faut pas, je l'ai montré, s'en rapporter d'une façon trop rapide et trop précoce aux renseignements premiers fournis par l'examen radioscopique, lorsqu'il montre un retard dans l'élimination du bismuth accumulé dans la poche inférieure; je n'y reviens pas.

Gastro-entérostomie. — La gastro-entérostomie, depuis l'époque où Wöllfler l'a réalisée pour la première fois, le 28 décembre 1881, sur les indications d'un médecin, Nicoladoni, et où elle a été pour la seconde fois exécutée, dix jours plus tard, par Billroth chez des malades qui ont du reste succombé tous les deux, a été pratiquée un grand nombre de fois.

Je rappelle simplement, d'une façon très rapide ses modalités principales qui sont du reste nettement indiquées dans les schémas que voici : tout d'abord la gastro-entérostomie antérieure (fig. 1), la première mise en œuvre. Ici, l'anse du jéjunum passe en avant du côlon pour venir s'implanter sur l'estomac. C'est une mauvaise disposition à différents points de vue, et actuellement cette opération n'est plus guère employée, en France tout au moins, que quand il est impossible de pratiquer une gastro-entérostomie postérieure : gastro-entérostomie postérieure transmésocôlique de von Hacker que schématise la figure 2. Ici, l'anse jéjunale se trouve retournée, tandis que, dans le procédé de Mayo (fig. 3), l'anse jéjunale n'est pas retournée, ce qui est, paraît-il, sans inconvénient et d'une exécution plus simple.



FIG. 1.

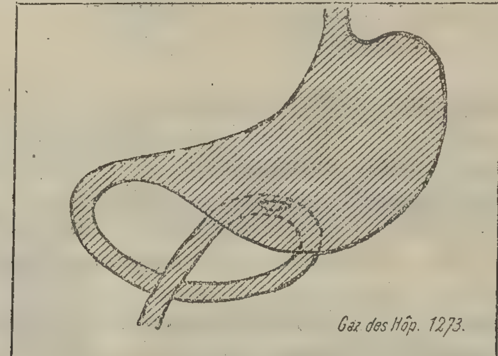


FIG. 2.

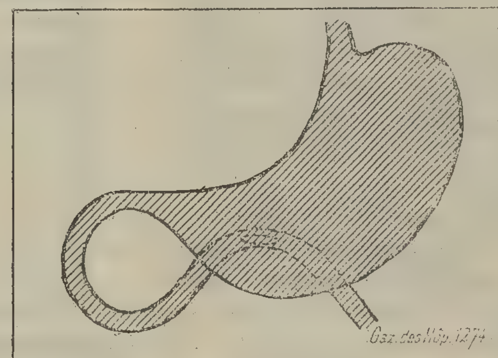


FIG. 3.

Les avantages de la gastro-entérostomie postérieure sont considérables. Il n'y a pas interposition du côlon entre l'estomac et l'intestin grêle; d'autre part, il est possible d'atteindre l'estomac sur sa partie la plus déclive, ou encore, ce qui vaut mieux, près du pylore.

Les chirurgiens à l'heure actuelle, comme l'a préconisé Ricard, établissent la bouche anastomotique, le plus près possible du pylore, et ils ont raison. L'examen radioscopique montre en effet que c'est dans cette condition que l'évacuation se fait le mieux et que le fonctionnement de l'estomac se rapproche le plus complètement du fonctionnement de l'estomac normal.

On a donné souvent cette formule : « Etablir la poche sur la partie la plus déclive. » Elle est acceptable lorsqu'il s'agit d'un estomac médiocrement dilaté; mais quand l'estomac est très dilaté, qu'il tombe très bas, si l'on établit la bouche tout à fait à la partie déclive, il peut se produire — et je l'ai vu deux fois dans ces derniers temps — que l'estomac se vidant mieux, sa partie supérieure se rétracte et que la bouche se trouve remontée et reportée vers la gauche. La conséquence est qu'il persiste entre

le pylore et la bouche un cul-de-sac plus ou moins profond dans lequel vont s'accumuler des matières stagnantes. La stase persiste encore parce que, précisément, au lieu d'établir l'anastomose tout près du pylore, on l'a faite trop à gauche, à la partie la plus déclive.

Pour éviter un accident, le *circulus vitiosus*, que, pour ma part, je n'ai vu que sur un seul de mes malades et, encore, après une gastro-entérostomie antérieure, on a proposé des modifications dont la plus connue est le procédé en Y de Roux (de Lausanne) [fig. 4]. On paraît employer volontiers en

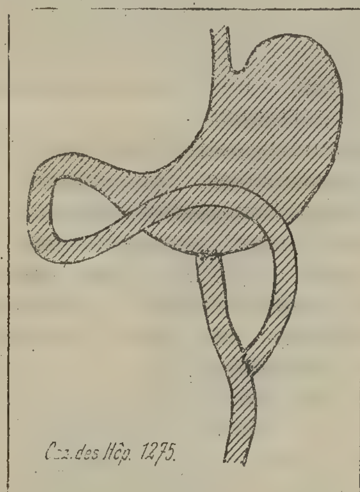


Fig. 4.

Allemagne, l'anastomose de Braun, entre l'anse duodénale et l'anse jéjunale au-dessous de l'abouchement gastrique. Ceci équivaut à peu près à une gastro-entérostomie en Y.

Les chirurgiens ont renoncé d'une façon générale à pratiquer la gastro-entérostomie en Y, et il paraît que Roux (de Lausanne) lui-même l'a abandonnée. C'est en effet un procédé assez complexe, et d'exécution assez longue. La bouche qui établit la communication entre l'estomac et le jéjunum est étroite ; elle se ferme donc facilement, et, d'un autre côté, c'est avec ce procédé, beaucoup plus souvent qu'avec les autres, qu'on a trouvé un ulcus du jéjunum. Il se produit toujours sur la partie de l'intestin intermédiaire entre l'abouchement gastrique et l'abouchement de l'anse duodénale dans le jéjunum.

On sait dans quelles conditions la gastro-entérostomie est employée contre l'ulcus en activité ou pour remédier à des accidents éloignés d'origine ulcéreuse. C'est surtout contre la sténose pylorique serrée d'origine ulcéreuse qu'elle a été mise en œuvre. Puis, ultérieurement, on l'a exécutée dans des cas où il n'y avait pas de sténose à proprement parler, ou bien une sténose incomplète, dans des cas où il y avait un ulcus permanent ou récidivant avec des crises paroxystiques de spasme pylorique, crises avec douleurs et hypersécrétion dont le tableau clinique est bien connu. Plus récemment les chirurgiens anglo-américains l'ont faite dans des cas d'ulcus jeune, pour le plus grand nombre de cas, du reste des ulcus pyloriques ou juxta-pyloriques. Dans ces divers cas, l'anastomose gastro-jéjunale est une soupape de sûreté contre les crises de spasme pylorique et ses conséquences, la douleur, l'hypersécrétion et la rétention. Enfin, on l'a utilisée dans des cas d'ulcus du duodénum vrai.

Il est encore un cas dans lequel la gastro-entérostomie est justement employée ; c'est lorsqu'il existe une sténose méso-gastrique. Il peut se faire que la poche supérieure soit tellement dilatée, qu'il soit tellement difficile, soit de reséquer, soit d'inciser le rétrécissement, que, ce qu'il y a de mieux à faire, c'est d'aboucher la poche supérieure avec l'intestin.

Il est encore d'autres opérations dont je n'ai aucune expérience et dont je ne parlerai pas. On a pratiqué par exemple la gastro-duodénostomie par des procédés différents.

La gastro-entérostomie dans l'ulcus duodénal. — Il serait inutile d'insister sur l'utilité et les bons effets de la gastro-entérostomie dans l'ulcus pylorique ancien ou récent. Par contre, il est moins banal de parler de la gastro-entérostomie dans l'ulcus duodénal vrai, dans l'ulcus duodénal compris à la façon française.

L'ulcus duodénal, je le rappelle, peut être divisé cliniquement en *ulcus duodénal vrai et récent*, et en *ulcus ancien* compliqué souvent de péri-duodénite, d'adhérences qui fixent le duodénum et le déforment plus ou moins et en ulcus duodénal sténosant. Dans ces divers cas, on a pratiqué la gastro-entérostomie, et souvent, mais non toujours, les résultats ont été tout à fait satisfaisants.

Dans un cas typique que j'ai cité déjà, il y avait un petit ulcus duodénal ne paraissant guère dater que de six semaines environ. La gastro-entérostomie a suffi pour faire complètement disparaître les accidents, et le malade continue à se réjouir des résultats de l'opération ; il ne présente aucun trouble soit local, soit général.

Il s'agissait là d'un ulcus tout à fait récent, sans adhérence périphérique, sans induration calleuse. Par contre, j'ai eu l'occasion de m'apercevoir dans ces dernières années, que des malades opérés pour un ulcus ancien du duodénum, n'avaient pas tous tiré un semblable bénéfice de l'intervention. Certains ont continué à souffrir d'une façon plus ou moins intermittente, plus ou moins intense, et j'ai acquis la conviction que, pour certains d'entre eux, il aurait mieux valu ne pas se contenter de pratiquer la gastro-entérostomie, qu'il y aurait eu lieu en plus de pratiquer l'exclusion du pylore.

Exclusion du pylore. — Les recherches radiologiques nous montrent que, dans la majorité des cas, le bismuth, et vraisemblablement aussi les aliments après la gastro-entérostomie, continuent à passer par le pylore si la sténose pylorique n'est pas extrêmement serrée, ou encore s'il ne se produit pas un spasme pylorique momentané. Quand ce spasme n'existe pas, le contenu de l'estomac continue souvent à passer par le pylore dans une proportion plus ou moins considérable. Cela, comme le faisait récemment remarquer M. Cunéo, se produit d'autant plus facilement avec l'ulcus du duodénum non sténosant, que non seulement il n'y a pas alors retard, mais plutôt accélération, initiale, tout au moins, de l'évacuation stomacale.

C'est pourquoi comme d'autres auteurs, et en particulier comme MM. Gosset et Enriquez, qui ont fait sur ce sujet une communication à la Société de chirurgie le 10 mars 1914, je suis d'avis que, dans les cas d'ulcus du duodénum anciens tout au moins, il vaut mieux avoir recours d'emblée à l'exclusion du pylore. MM. Gosset et Enriquez ont cité à ce propos des faits démonstratifs; ils viennent s'ajouter à ceux que l'on connaissait déjà. Chez trois de leurs malades, la gastro-entérostomie simple pour lésion ulcéreuse du pylore n'avait pas suffi pour faire disparaître les douleurs. Elles ont complètement disparu le jour où, par une seconde intervention, l'exclusion du pylore a été réalisée.

Résection de l'ulcus. — Depuis longtemps déjà, les chirurgiens ont proposé de réséquer l'ulcère. Quelques outranciers sont même allés jusqu'à dire qu'il faudrait toujours réséquer l'ulcère, que c'était le traitement idéal parce que radical. Les arguments qu'ils donnaient étaient que l'ulcus est toujours d'une guérison difficile, qu'on ne sait jamais quand il finira, qu'il peut s'indurer, devenir calleux, et par conséquent, même sans s'être transformé, devenir à peu près incurable. Ils rappelaient aussi qu'il y avait fréquemment transformation néoplasique de l'ulcus traité médicalement.

Les adversaires de l'excision systématique ont fait remarquer que cette opération ne pouvait pas donner une sécurité complète, parce que, si on enlevait un ulcus, on n'enlevait pas à l'estomac sa propension à l'ulcération. En effet, nous savons que nombre de malades ont des accidents ulcéreux un très grand nombre de fois au cours de leur existence. Jamais il n'a été dans notre esprit de penser que pendant dix ans, que pendant quinze ans, le même ulcus avait été en jeu. Il est très vraisemblable, au contraire, qu'il y avait eu des poussées ulcéreuses différentes, que vraisemblablement aussi, et on peut en juger par les cicatrices disséminées trouvées parfois à l'autopsie, il s'agissait dans beaucoup de cas de poussées d'ulcus se produisant dans des endroits différents. Par conséquent, l'excision d'un ulcus n'empêcherait pas d'autres ulcus de se produire, de sorte qu'il vaudrait mieux encore, qu'on excise ou qu'on n'excise pas l'ulcus, mettre l'estomac dans des conditions telles que d'autres poussées ulcéreuses ne se produisent pas ultérieurement, résultat qu'on peut assez souvent attendre de la simple gastro-entérostomie.

Un autre argument enfin est la gravité relativement considérable de cette opération dont l'avantage pouvait paraître, à première vue, d'être d'une bénignité relative.

Voici, par exemple, une statistique de Payr, citée par M. Lubetsky dans une thèse intéressante sur l'*Ablation de l'ulcère dans le traitement de l'ulcère de l'estomac* (Paris 1912).

Sur 465 cas d'excision de l'ulcus cités par Payr, il y a eu 46 cas de mort soit 40 p. 100; je dois ajouter que Moynihan, sur 51 cas, n'a cité qu'un décès, que Payr lui-même, sur 30 cas n'a eu que deux morts : un cas sur 10 excisions et l'autre sur 10 résections.

Il est du reste très difficile de comparer les cas les uns avec les autres. Ils sont extrêmement différents suivant que l'ulcus est récent ou ancien, limité ou étendu, induré ou non, qu'il y a ou non des adhérences plus ou moins étendues, ou encore une biloculation de l'estomac. Les conditions sont aussi très différentes suivant le siège de l'ulcération.

Il semble que, dans les cas où l'ulcus se présente sur la face antérieure, sur la grande courbure, ce qui est rare, et où il est facile de le cueillir, la résection de l'ulcus doit être recherchée. On l'a, en particulier, pratiquée avec succès dans des cas dans lesquels l'ulcus avait tendance à prendre une forme hémorragique, à donner lieu à des hémorragies successives, répétées, susceptibles de mettre la vie du malade en danger ou tout au moins à provoquer un état d'anémie permanent.

Pour l'ulcus de la petite courbure, il y a des difficultés de divers ordres. Tout d'abord, parfois une grosse difficulté d'exécution inhérente à cette localisation même, surtout lorsque la lésion siège au voisinage du cardia ou qu'il y a des adhérences sous-hépatiques. Il faut alors que le chirurgien travaille profondément dans une région profonde, quelquefois avec des adhérences. Il se fait là facilement des hémorragies difficiles à arrêter. L'opération se prolonge, et, au lieu d'une intervention bénigne, elle devient une opération grave. Si la résection porte sur un ulcus un peu étendu, il se fait ultérieurement une rétraction de toute la petite courbure, de sorte que la grosse tubérosité tend à bomber, que le pylore se rapproche du cardia, et qu'il se produit une sténose pylorique secondaire par coudure. De là le conseil de Jaboulay de ne pas faire seulement l'exclusion un peu étendue de la petite courbure, mais de pratiquer en même temps la gastro-entérostomie.

Résection annulaire. — La résection du pylore, la pylorectomie, pratiquée depuis longtemps est la plus usitée des résections annulaires pour ulcus gastrique. Lorsqu'il existe une lésion ulcéreuse du pylore avec induration suspecte, le mieux est d'enlever le pylore quand même il ne s'agirait que d'une lésion bénigne. Cela vaut mieux encore que de laisser en place une lésion ulcéreuse incurable, suspecte, susceptible ultérieurement de subir la transformation néoplasique. Au moment même de l'intervention, il est souvent extrêmement difficile, impossible même, de savoir de quel genre de lésion il s'agit, et on peut se tromper dans un sens ou dans un autre, considérer comme ulcéreuse une lésion cancéreuse ou comme cancéreuse une lésion simplement ulcéreuse.

La résection du pylore, cependant, ne doit pas être faite dans tous les cas d'ulcus à siège pylorique sans exception, comme on l'a proposé, en raison surtout d'idées théoriques, étant donné sa gravité qui est relativement considérable. Dans sa thèse Lubetsky indique une mortalité de 40 à 45 p. 100 pour des résections du pylore. Il est vrai que, récemment, ces statistiques se sont améliorées. Robson, en 1901, n'avait perdu aucun malade, et Rodmann, sur 40 cas, n'avait eu que 6 morts, ce qui ne fait que 15 p. 100.

Pour ma part, j'ai vu la pylorectomie pratiquée soit pour l'ulcus, soit pour un néoplasme limité, présenter une gravité notablement supérieure à celle de la gastro-entérostomie. J'ai donc eu peu de tendance à être convaincu lorsque j'ai vu des chirurgiens affirmer que la pratique de la pylorectomie n'augmentait pas sensiblement la gravité de la gastro-entérostomie.

Cette gravité peut souvent être diminuée si l'opération est faite en deux temps, mais il n'en reste pas moins que cette intervention est sensiblement plus grave que la simple gastro-entérostomie.

Voici le schéma de la pylorectomie par la méthode de Billroth (première manière), c'est-à-dire avec abouchement direct de l'estomac avec le duodénum (fig. 5). C'est une opération contre laquelle j'ai des

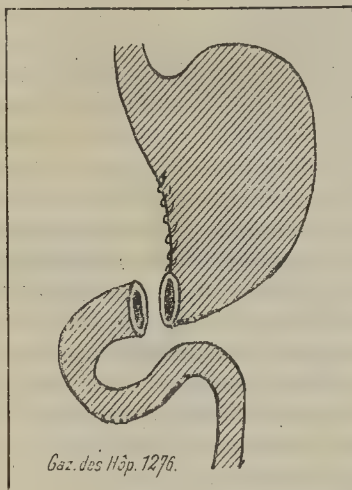


Fig. 5. — *Billroth, première manière.*

préventions. Avec elle j'ai eu 2 morts sur 4, et chez les 2 survivants des fistules secondaires. Voici le schéma de la pylorectomie par la méthode de Billroth (deuxième manière) : la tranche gastrique et la tranche duodénale sont recousues séparément, puis une gastro-entérostomie est faite sur le moignon supérieur de l'estomac (fig. 6). Il est facile de faire

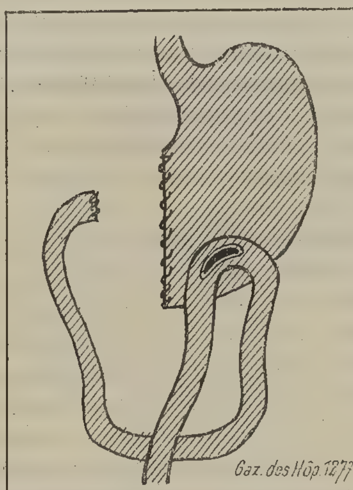


Fig. 6. — *Billroth, deuxième manière.*

cette opération en deux temps, gastro-entérostomie dans le premier temps et, quinze jours ou trois semaines après, enlèvement du pylore.

Résection annulaire méso-gastrique. — La résection annulaire méso-gastrique va maintenant nous occuper (fig. 7).

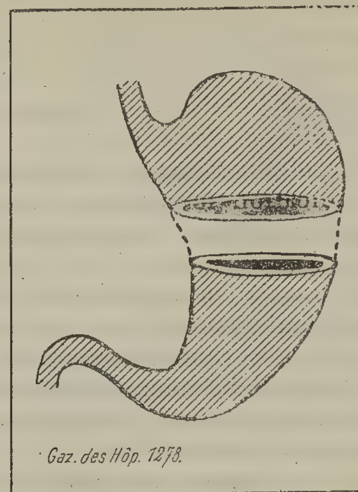


Fig. 7.

Cette exérèse s'applique surtout aux cas dans lesquels il existe un ulcus de la petite courbure, et plus particulièrement encore un ulcus de la petite courbure avec sténose méso-gastrique soit spasmodique récidivante, soit lésionnelle et persistante. J'ai dit tout à l'heure que la gastroplastie n'était pas une opération pleinement satisfaisante parce qu'elle laissait en place des lésions ulcéreuses qui pouvaient continuer à évoluer, devenir néoplasiques, et que d'autre part la sténose tendait à se reconstituer ultérieurement. On a donc été amené à pratiquer la résection de la zone moyenne de l'estomac, mais au début on l'a peu employée. Dans la thèse de Lubetsky on ne trouve, en 1904, que 7 cas cités, mais plus tard, en 1909, MM. Delore et Alamartine (de Lyon), dans la *Revue de chirurgie*, pouvaient en réunir 30 observations. Puis cette opération a été pratiquée de plus en plus fréquemment; dans ces derniers temps elle a été faite avec une habileté plus grande de la part des chirurgiens, de telle sorte que la mortalité, qui était considérable, a eu tendance à s'abaisser notablement. Avant 1906 elle était de 11 p. 100 d'après Lubetsky. Lubetsky, toutefois, à partir de 1906, a relevé 7 cas dans lesquels il n'y avait pas eu de mort. Récemment, a paru sur ce sujet, dans le *Lyon chirurgical*, en mars 1914, un travail de MM. Delore et Santi (de Lyon). Ils écrivent tout d'abord un chaud plaidoyer en faveur de la résection annulaire de l'estomac dans les cas d'ulcus sténosants de la petite courbure, et ils citent, ce qui est le meilleur des arguments, que sur les 6 cas dans lesquels ils sont intervenus ils n'ont pas eu de décès. Il est à noter que, dans 5 de ces cas, il s'agissait d'un ulcère adhérent au pancréas. Ils ont été obligés de le détacher de la substance du pancréas pour pratiquer la résection.

MM. Tuffier et Roux-Berger, dans un article de la *Presse médicale* de mai 1913, ont aussi plaidé d'une façon très convaincue en faveur de la résection annulaire de l'estomac biloculaire. Ils ont fait remarquer que ses résultats sont bien supérieurs à ceux que donnent les autres procédés. Il s'agirait là véri-

tablement d'un rétablissement à l'état normal. Disons toutefois que certains auteurs, par exemple M. Stierlin dans le service de de Quervain à Bâle, ont vu que, après l'opération, on trouvait encore une sténose méso-gastrique assez accusée, tenant sans doute dans une certaine mesure à la couture elle-même, mais aussi vraisemblablement à la persistance du spasme au même endroit.

MM. Tuffier et Roux-Berger considèrent comme une contre-indication le mauvais état général du malade et aussi certaines dispositions anatomo-pathologiques.

S'il s'agit d'un vieil ulcus calleux très étendu et très adhérent, l'enlèvement peut être très difficile; il faut quelquefois y renoncer bien que les chirurgiens soient devenus beaucoup plus hardis qu'autrefois et que les résultats paraissent favorables à une audace excessive à première vue.

Le siège de la sténose, surtout si elle est située très haut, peut être aussi une cause d'abstention. Il faut se défier encore qu'il y ait coexistence de la sténose du pylore avec la sténose méso-gastrique. car il ne suffirait pas alors, pour guérir le malade, de réséquer la partie moyenne de l'estomac.

En tout cas, étant donné ce que l'on obtient avec la gastroplastie, je pense pour ma part qu'il y a lieu, en effet, de demander aux chirurgiens de faire la résection méso-gastrique dans les cas dans lesquels son indication se présente dans de bonnes conditions.

Accidents postopératoires à brève échéance. — J'en arrive maintenant à passer une revue rapide des accidents postopératoires à brève échéance, de ceux qui se passent dans le local chirurgical dans les deux semaines qui suivent l'intervention.

J'aurai surtout en vue ce que je connais le mieux par expérience personnelle, les accidents qui suivent la gastro-entérostomie et la résection du pylore.

Ils sont malheureusement nombreux, et je ne ferai guère que les énumérer. Tout d'abord le *choc opératoire* grave surtout chez des malades épuisés, la *cachexie postopératoire*, les accidents *dus au chloroforme et à l'éther*. J'ai vu deux malades succomber à l'ictère grave chloroformique. Dans ces cas, par suite de circonstances diverses, l'opération avait été prolongée et l'administration du chloroforme plus longue qu'elle ne l'est habituellement.

L'hémorragie postopératoire, diverse dans ses causes, est toujours à craindre. Elle se fait dans l'estomac ou dans la cavité péritonéale. M. Moutier, dans nos autopsies, a toujours trouvé une quantité assez notable de sang dans le péritoine, bien que certains chirurgiens prétendent que le sang ne doit jamais exister dans ces conditions, si la suture est bien faite. La suture était certainement aussi bien faite qu'elle pouvait l'être et cependant il y avait du sang dans le péritoine.

Les hémorragies postopératoires peuvent aussi être dues au chloroforme, en raison d'une véritable gastrite toxique aiguë. Elles peuvent être dues à des sutures qui ne réalisent pas suffisamment l'hémostase. Elles peuvent tenir aussi à l'ulcus lui-même.

Il peut y avoir *perforation* en raison des tiraillements exercés par le chirurgien au cours de l'intervention. Les sutures peuvent céder et la péritonite par perforation éclater. Je ne parle pas de la péritonite par défaut d'aseptie qui doit être supposée ne plus exister à l'heure actuelle.

Une chose que nous avons vue quelquefois c'est le *non fonctionnement de la bouche* pendant quelques jours. Les malades restent pendant trois ou quatre jours sans vider leur estomac, ils vomissent souvent un liquide sanglant. Dans ces conditions, M. Hartmann n'hésite pas à pratiquer un lavage de l'estomac.

Dans certains cas, M. Moutier a pu constater à l'autopsie une tuméfaction des lèvres ou un petit hématome dans les lèvres de la plaie, lésions susceptibles d'empêcher momentanément l'anastomose de fonctionner; de là l'indication de faire une bouche suffisamment étendue de façon que cette tuméfaction de ses lèvres ne puisse pas oblitérer la communication gastro-jéjunale. J'ai vu deux malades mourir parce que la bouche n'a jamais fonctionné. Pourquoi? Je ne le sais pas.

J'ai vu deux fois le *circulus vitiosus*; une fois d'emblée, après une gastro-entérostomie antérieure précôlique faite dans des conditions défavorables, dans un cas de vieil ulcus calleux très étendu et largement adhérent. Une autre fois, il s'agissait d'un circulus vitiosus à évolution lente chez une malade opérée en dehors de moi pour des accidents, je crois, de simple dilatation atonique de l'estomac. On peut donc désormais considérer cette complication comme très rare.

Nous avons vu aussi un *étranglement interne postopératoire* tardif, d'une notable partie de la masse du grêle. C'est un fait exceptionnel dont la prévision entre peu en ligne de compte étant donnée la précaution, que prennent les chirurgiens pour l'éviter, de suturer la brèche du mésentère.

Parlons maintenant, pour terminer, des *accidents pulmonaires* postopératoires.

Ils sont trop fréquents dans certains milieux hospitaliers où ils touchent parfois un malade sur 4 ou 5 et causent directement la moitié des décès. Ils peuvent être bénins et consister simplement en phénomènes de bronchite ou de congestion pulmonaire, avec élévation de la température. On peut trouver alors quelques râles sous-crépitants, sinon un peu de matité en foyer, parfois quelques crachats sanguinolents.

Il n'y a presque pas d'autopsies faites par Moutier chez des malades morts pour des raisons diverses, dans lesquelles on n'ait trouvé des foyers plus ou moins étendus de congestion ou de broncho-pneumonie, et cela, assez souvent chez des malades chez lesquels rien dans l'évolution clinique ne faisait soupçonner cette complication.

C'est à se demander s'il n'est pas très fréquent que les malades qui ont subi la gastro-entérostomie, la résection du pylore, ou toute autre opération gastrique sérieuse ne présentent des accidents de ce genre qui passent le plus souvent complètement inaperçus. Ils sont vraisemblablement beaucoup plus communs en tout cas qu'on ne le croit en géné-

ral. Certains autres forcent l'attention, parce qu'ils deviennent graves, et prennent la forme de congestion pulmonaire étendue, de broncho-pneumonie à noyaux disséminés, quelquefois de pneumonie massive. Il faut citer en particulier des broncho-pneumonies observées non seulement à Paris, mais aussi dans d'autres pays, et, en particulier en Allemagne, qui revêtent une tendance suppurative marquée : broncho-pneumonie avec dilatation aiguë des bronches et expectoration purulente abondante. Dans certains de ces cas, on peut se demander si le malade n'a pas une pleurésie purulente interlobaire, avec de véritables vomiques. A l'autopsie, dans les cas de ce genre, à la section, la base du poumon, et quelquefois le poumon sur une hauteur considérable donne tout à fait l'impression d'une éponge gorgée de pus. Il peut y avoir alors de la pleurésie purulente. Nous avons même eu l'occasion de voir en peu de temps, dans le même milieu, 2 cas dans lesquels il y avait une véritable gangrène pulmonaire, et de la pleurésie purulente à pus fétide.

Les malades atteints d'accidents pulmonaires, de broncho-pneumonie, et probablement d'une forme atténuée de ces broncho-pneumonies suppuratives, ne meurent pas toujours. Nous en avons vu finir par guérir après une convalescence très longue; ils ont mis six mois, un an pour se remettre, après être restés dans un état de grand affaiblissement pendant très longtemps. L'un d'eux a succombé dix mois après l'opération. Il avait présenté quelques jours après l'intervention de la broncho-pneumonie suppurée de la base gauche. Sorti de l'hôpital en apparence guéri, il fut repris pendant son séjour à la maison de convalescence et il revint avec des accidents analogues de la base droite. A la nécropsie, les deux bases du poumon présentaient toutes deux cet aspect de broncho-pneumonie suppurée dont je viens de parler.

Ces accidents pulmonaires paraissent plus fréquents à certaines périodes de l'année, lorsqu'il y a un état épidémique de grippe ou de pneumonie. Aucun chirurgien n'est à l'abri de ce genre d'accident, et ils s'observent alors que les interventions ont été faites dans des conditions parfaites de rapidité et d'asepsie. Je suis convaincu, qu'on doit incriminer, dans une large mesure, l'infection de certains locaux. Je crois qu'il y a là quelque chose d'analogue à ce qui se passe pour la rougeole, où l'on voit les enfants prendre des broncho-pneumonies graves avec une fréquence extrême, dans des salles infectées. Ces complications pulmonaires les tuaient autrefois à Paris, dans la proportion de 25 p. 100, alors que, s'ils avaient été soignés dans un local sain, cette mortalité serait tombée à 1 ou 2 p. 100. De là, une indication prophylactique sur laquelle il est inutile d'insister.

En fait de prophylaxie, il peut être bon que les malades ne séjournent pas d'une façon prolongée avant l'opération, dans les milieux infectés comme des salles d'hôpital. Il convient de leur faire le mieux possible le nettoyage de la bouche comme cela a été proposé à plusieurs reprises, et c'est un point sur lequel a insisté M. Faix dans la thèse qu'il a écrite, il y a quelques années, sur les soins à employer avant les grandes interventions abdominales. Il faut que les malades soient opérés rapidement, de façon à restreindre la durée du traumatisme opératoire et à ce qu'ils soient soumis le moins longtemps possible à l'influence des anesthésiques auxquels il est assez logique d'attribuer une action irritante sur les bronches et le poumon. Il est bon aussi que ces malades soient suffisamment garantis contre toute espèce de refroidisssement. Il convient qu'ils soient bien couverts et ne passent pas brusquement d'une salle surchauffée à une salle relativement froide. J'approuve vivement ce qu'a fait M. Quénu qui a pu, à l'hôpital Cochin, mettre ses opérés dans de petites chambres immédiatement adjacentes à la salle d'opération et ayant à peu près la même température. De cette façon, ils sont mobilisés au minimum; et ils restent après l'opération, en milieu sain, à peu près dans les mêmes conditions de température qu'ils étaient dans la salle d'opération elle-même.

Il serait utile aussi, de ne pas trop sangler ces malades de façon à immobiliser la partie inférieure du thorax et de les laisser s'asseoir et se lever le plus rapidement possible. Il ne faut pas oublier, en effet, que les accidents pulmonaires ne surviennent pas toujours immédiatement après l'opération. Dans certains cas, ils ne se produisent que six à huit jours après l'opération. Il ne faut pas se considérer comme indemne de leur survenue tant qu'il ne s'est pas passé une dizaine de jours après l'intervention.

Conclusions. — Après cette énumération assez sombre, il semblerait qu'on doive redouter beaucoup les interventions sur l'estomac. Il faut cependant, note rassurante, considérer que les statistiques ont partout tendance à s'améliorer dans une large proportion. Ces opérations sont faites d'une façon de plus en plus satisfaisante, soit au point de vue du résultat immédiat, c'est-à-dire de la mortalité et de la morbidité opératoire à bref délai, soit au point de vue des résultats éloignés. Il faut du reste tenir grand compte des conditions dans lesquelles les malades sont opérés. Il convient pour apprécier justement les résultats bons et mauvais de la chirurgie gastrique de considérer non seulement des séries variées de faits comparables, mais, dans ces séries elles-mêmes, les circonstances particulières à chaque cas.

A côté de statistiques mauvaises, comportant par exemple une mortalité de 20 ou 25 p. 100 pour la gastro-entérostomie, on en trouve d'autres dans lesquelles la mortalité s'élève à peine à 1 p. 100. C'est dans ce sens que tend à se faire et que se fera sans doute l'unification des statistiques de l'avenir.

La formule sur laquelle je veux clore cette revue, c'est que, si les médecins ne doivent pas provoquer ces opérations à la légère étant donné le risque couru par les malades, ils doivent aussi ne pas trop attendre pour les proposer. Elles deviennent, en effet, d'autant plus graves qu'elles sont pratiquées plus tardivement, contre des lésions plus étendues et plus complexes, chez des malades dont les

forces de résistance tendent de plus en plus à s'épuiser. A ce point de vue, comme à d'autres, la collaboration médico-chirurgicale méthodique et avertie peut rendre les plus grands services et contribuer puissamment à améliorer les résultats de l'avenir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 26 JUIN 1914)

Un cas de méningite cérébro-spinale à paraméningocoques. Sérothérapie. Guérison. — MM. BRODIN et PASTEUR VALLERY-RADOT rapportent l'observation d'une malade atteinte de méningite cérébro-spinale. Malgré 120 centimètres cubes de sérum antiméningococcique injecté en trois fois, les symptômes présentés par la malade s'accentuaient et le liquide céphalo-rachidien conservait les mêmes caractères. Pensant alors qu'il pouvait s'agir d'une méningite à paraméningocoques, les auteurs, avant que M. Dopter ait pu identifier le germe, et alors que la malade était dans le coma, injectèrent, toujours par voie rachidienne, 40 centimètres cubes de sérum antiparaméningococcique. Dès le lendemain de cette injection, contre toute attente, l'état s'était amélioré et le liquide céphalo-rachidien était moins trouble. Les jours suivants, on fit trois injections de sérum antiparaméningococcique; la malade reçut 145 centimètres cubes de ce sérum. Chaque injection amena une modification du liquide céphalo-rachidien et une amélioration progressive de l'état général. En quelques jours, la guérison devint définitive et bientôt le liquide céphalo-rachidien redevint normal.

L'étude bactériologique du germe de la malade a été faite par M. Dopter, qui, après des recherches très minutieuses, a pu identifier un paraméningocoque d'un type spécial.

Cette observation montre les merveilleux résultats que l'on est en droit d'attendre du sérum antiparaméningococcique de Dopter, même lorsque le malade est dans le coma et lorsqu'il semble que tout essai thérapeutique soit devenu inutile. Elle indique enfin la règle de conduite à tenir quand on n'a pas obtenu, après les premières injections de sérum antiméningococcique, les résultats qu'on devait en espérer : il faut alors, de toute nécessité, même si l'identification du germe n'a pu encore être faite, recourir aux injections de sérum antiparaméningococcique.

Diagnostic bactériologique des méningites à méningocoques et à paraméningocoques. — MM. DOPTER et PAURON. Il y a quelque temps encore, le diagnostic bactériologique de la méningite cérébro-spinale était relativement simple. Une agglutination positive du germe isolé, mis en contact avec le sérum antiméningococcique, suffisait pour affirmer l'existence du méningocoque. Quand on connut l'existence des paraméningocoques, on effectua la même recherche avec le sérum antiparaméningococcique.

Dans ces recherches comparatives, si l'agglutination était positive avec le sérum antiméningococcique, il s'agissait du méningocoque, positive avec le deuxième sérum, il s'agissait du paraméningocoque. A vrai dire, cette règle n'est pas absolue, et avec les deux sérums il est fréquent d'observer des coagglutinations sur les deux germes, coagglutinations qui troublent évidemment l'interprétation que doit fournir le laboratoire. Le problème peut être résolu par la recherche du taux d'agglutination respectif de chaque sérum, mais cette recherche expose encore à des erreurs. C'est à l'épreuve de la saturation des agglutinines qu'il faut donner la préférence. Les résultats qu'elle donne sont d'une netteté saisissante. Mais cette épreuve, telle qu'on la conçoit habituellement, retarde considérablement la réponse que doit donner le bactériologiste expert; et cependant elle est indispensable. Pour la rendre pratique, les auteurs ont imaginé d'ajouter, aux tubes nécessaires à la recherche habituelle de l'agglutination, un tube supplémentaire contenant du sérum antiméningococcique saturé à l'avance et qu'ils préparent actuellement. Soit un germe agglutiné par les deux sérums spécifiques ; si dans le sérum saturé il ne subit aucune agglutination, il s'agit du méningocoque, s'il y est encore agglutiné, il s'agit d'un paraméningocoque. Telle est la méthode simple qui, en certains cas très difficiles à interpréter, leur a rendu les plus grands services. Ce nouveau procédé présente en outre l'avantage appréciable de pouvoir donner, qu'il s'agisse de l'un ou de l'autre des deux germes en question, une réponse ferme d'emblée, utile au thérapeute pour injecter au malade le sérum qui convient.

Fièvre typhoïde et syphilis. — MM. O. JOSUÉ et F. BELLOIR apportent l'observation d'une malade qui, entrée à l'hôpital pour une fièvre typhoïde, eut dès les premiers jours une hémoculture positive. La fièvre typhoïde persista très longtemps, la température restant élevée et l'état général s'aggravant de jour en jour. Au cinquante-deuxième jour de la maladie apparut une éruption de syphilides papuleuses, le Wassermann fut fortement positif et le traitement mercuriel institué amena la transformation rapide de l'état de la malade et l'apyrexie complète au bout de neuf piqûres. Grâce aux injections de néosalvarsan pratiquées par la suite, la convalescence fut des plus courtes et la guérison complète. On n'a aucun renseignement sur la date de la syphilis chez cette malade. Il s'agit soit d'une syphilis avivée par la fièvre typhoïde, soit d'une évolution parallèle, la syphilis étant devenue tardivement évidente. Le traitement mercuriel si efficace a pu agir soit en permettant à l'organisme débarrassé de l'infection syphilitique de triompher de l'infection typhique, soit en s'attaquant directement à la typho-syphilose qui aurait alors remplacé la fièvre typhoïde durant la deuxième phase de la maladie.

En présence d'une fièvre typhoïde prolongée, à allure cachectisante, sans nier la possibilité d'une évolution sûrement typhique, on ne peut s'empêcher de se demander à un moment donné s'il n'y a pas une infection surajoutée et on redoute la granulie. Mais ce n'est pas là la seule hypothèse à envisager, il faut songer aussi à la syphilis évoluant avec la fièvre typhoïde ou après elle. Il faut en rechercher les symptômes, faire le Wassermann. Ce diagnostic ne présente pas seulement un intérêt théorique puisque le traitement antisyphilitique a permis dans notre cas d'obtenir la guérison complète et rapide.

Dans les cas de fièvres typhoïdes prolongées, il y aura donc lieu de penser à l'association possible de la syphilis et si l'enquête est positive instituer le traitement spécifique.

Autosérothérapie sous-cutanée dans le rhume des foins. — MM. ACHARD et FLANDIN rapportent deux cas de rhume des foins dans lesquels ils ont obtenu la disparition des accidents par l'injection sous la peau du propre sérum du malade (2/10 de centimètre cube deux fois dans un cas ; 1 centimètre cube une seule fois dans l'autre).

Les succès de l'hétéro et de l'autosérothérapie ont été expliqués soit par un choc anaphylactique, soit par le traumatisme sanguin produit par l'introduction de substances étrangères. Mais les modifications sanguines du choc anaphylactique n'ont rien de spécial. D'autre part, l'injection sous-cutanée du sérum ne produit pas de modifications du sang.

Il paraît donc probable que des effets thérapeutiques puis-

sent être obtenus de l'autosérothérapie en l'absence de modifications sanguines.

M. MARTIN fait remarquer que l'autosérothérapie est toujours moins nuisible que la sérothérapie hétérogène et c'est ce qui fait l'intérêt de la communication de M. Achard. Chez les malades atteints d'asthme ou de rhume des foins on a voulu employer systématiquement la sérothérapie hétérogène et souvent on a eu des accidents très graves. En Amérique on a signalé des cas de mort et M. Martin tient à ce que l'on connaisse ces faits qui montrent avec quelle prudence il convient d'employer toute sérothérapie hétérogène dans le traitement de l'asthme ou du rhume des foins.

Acromégalie partielle familiale type chiro-palpébral. — MM. SICARD et HAGUENAU présentent un homme de quarante ans atteint d'acromégalie partielle affectant le type chiro-palpébral. L'occlusion palpébrale par hypertrophie des tarses était telle qu'une résection de ces cartilages fut nécessaire. Cette affection s'est montrée dans ce cas familiale, un des frères du malade est atteint de réactions dystrophiques tout à fait semblables.

L'origine pituitaire de ces troubles ostéo-cartilagineux a été prouvée par la radiographie de la selle turcique dont les apophyses clinoïdes sont détruites et par l'hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien.

Sclérodermie en voie de généralisation avec sclérodactylie et atrophie du corps thyroïde. — MM. CHANTEMESSE et COURCOUX présentent un jeune homme de dix-sept ans atteint de sclérodermie à marche progressive ayant débuté il y a huit ans après une rougeole par les mains. Actuellement la peau sèche indurée est collée contre les tissus, les doigts repliés dans la main, la dernière phalange étant à peu près disparue par résorption progressive. La face, le cou, le thorax sont atteints. Le malade a un aspect infantile quoique ses organes génitaux soient bien développés. L'état mental du sujet est normal. Les troubles de la sensibilité consistent seulement en une légère hypoesthésie au niveau de la face dorsale des mains. Les urines montrent une déminéralisation très marquée, les phosphates, chlorures, l'acide urique, l'urée sont éliminés en grande quantité. Les faits surtout importants à retenir sont les suivants. Le corps thyroïde paraît absent, il est impossible de le percevoir à la palpation. La peau est pigmentée, la pression artérielle étant légèrement diminuée. On peut aussi se demander si les phénomènes observés ne sont pas sous la dépendance d'un syndrome pluriglandulaire.

A ce sujet l'examen radiographique de la selle turcique qui est normale ne permet pas d'incriminer un trouble hypophysaire.

Le traitement thyroïdien et surrénal alterne montreront le bien-fondé de cette hypothèse.

Stomatite ulcéro-membraneuse grave traitée par le salvarsan. — M. QUEYRAT a eu l'occasion d'observer un cas de stomatite ulcéro-membraneuse compliquée de gangrène de la bouche accompagnée d'un état général très grave, et qui a guéri contre toute attente par l'application locale de salvarsan.

M. GRENET traite habituellement toutes les ulcérations de la bouche par cette méthode. Il a eu l'occasion de voir une guérison remarquable chez un enfant atteint de noma avec symbiose fuso-spirillaire.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

JURISPRUDENCE

INFIRMITÉS ET RECHERCHE DE LA PATERNITÉ

La loi du 16 novembre 1912, sur la recherche de la paternité, a fait surgir un nombre considérable de procès, basés sur des présomptions si peu graves et si peu concordantes que des amendes et même des peines d'emprisonnement sont distribuées à la femme imprudente.

D'après cette loi qui a modifié l'article 340 du Code civil, la paternité hors mariage peut être judiciairement déclarée dans cinq cas bien définis : enlèvement ou viol; séduction accomplie à l'aide de manœuvres dolosives, abus d'autorité, promesse de mariage ou fiançailles; aveu écrit et non équivoque de paternité; concubinage notoire pendant la période légale de la conception; participation du père prétendu à l'entretien et à l'éducation de l'enfant en qualité de père.

Mais en dehors de ces cas bien spécifiés peut-on apporter un autre argument pour prouver la paternité : par exemple la constatation médicale que le prétendu père et l'enfant sont atteints d'une même infirmité?

C'est le point qui était soumis dernièrement au tribunal civil de la Seine. Une jeune femme intentait contre son ancien amant, un procès en recherche de paternité. L'un des arguments était le suivant :

« Mon enfant est pied bot du pied gauche, ainsi que mon ancien amant. Cette infirmité établit bien, en outre de la vie commune que j'ai menée avec celui-ci, que ce dernier est le père de mon enfant. »

Mais le tribunal a rendu le 5 mai 1914 un jugement duquel nous extrayons l'attendu relatif à l'argument du pied bot :

« Attendu que la demanderesse tire en outre argument de ce que l'enfant auquel elle a donné naissance est atteint d'une infirmité dont le père prétendu serait lui-même atteint; mais attendu que le tribunal ne saurait faire état d'une présomption de cette nature, alors surtout qu'aucune des conditions imposées par le législateur ne se rencontre dans la cause. »

La femme a donc été déboutée de son procès en recherche de paternité.

La théorie des tares héréditaires, si chère à Darwin, à Weissmann, à Delage et à Le Dantec, semble être battue en brèche par les juges de la première chambre du tribunal civil de la Seine.

Comme quoi la jurisprudence tranche des questions capitales de pathologie.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

VARIÉTÉS

M. LEBUREAU AUX ASSISES DANS LES PAYS ANNEXÉS

La *Gazette de Metz* écrit :

« Samedi, le 20 juin, s'est terminé devant la Cour d'assises un procès pour meurtre avec préméditation contre une demoiselle X... et son ancien fiancé, le docteur Z...; les deux accusés furent acquittés. Il s'est produit pendant le procès le curieux incident suivant. L'expert médico-légal, le docteur Putz, venait de rendre une expertise très longue sur l'hystérie de Mlle X..., et, épuisé par le long discours, il se versait un verre d'eau. Mais il avait compté sans le président qui lui disait : « Monsieur le conseiller médical, je vous prie de ne pas boire de l'eau dans la salle. Je l'ai permis aux accusés mais je ne peux pas le concéder aux médecins

experts. » Sur quoi le docteur Putz répondit : « Monsieur le président, la lourdeur de l'atmosphère de la salle archicomble et surtout les longues expositions de mon expertise ont provoqué une grande soif chez moi, surtout à mon âge. » Sur quoi le président : « Alors je vous prie, Monsieur le docteur, de sortir de la salle et de boire au dehors. » L'expert : « Mais, Monsieur le président, il faut tout de même que j'entende encore les rapports des autres experts. » Le président : « Je ne puis permettre qu'on boive de l'eau ici; cela ressemble trop au cabaret! »

Saint Lebureau, priez pour ce président! »

Dr WITRY
(de Metz).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 6 AU 11 JUILLET 1914

THÈSES

Mercredi 8 juillet, à une heure. — M. VIGNES. Notes et recherches sur la menstruation. (MM. Pinard, président; Gaucher, Couvelaire et Guéniot.) — M. GUILLEMET. Contribution à l'étude du traitement prophylactique des acnés éclamptiques. Statistique de la clinique Baudelocque de 1891 à 1913. (MM. Pinard, président; Gaucher, Couvelaire et Guéniot.) — M. ARBASSIER. Revue critique de l'action des rayons X sur l'ovaire en gynécologie. (MM. Pinard, président; Gaucher, Couvelaire et Guéniot.) — Mlle JACOBSON. Traitement prophylactique et curatif de la syphilis du nouveau-né. (MM. Gaucher, président; Pinard, Couvelaire et Guéniot.) — M. BEZIÈRE. Contribution à l'étude du formolage préalable des kystes hydatiques. Temps opérateur de F. Dévé. (MM. Blanchard, président; Delbet, Legueu et Richaud.) — M. DOUAY. Le thorax et l'emphysème. La chondrectomie. (MM. Delbet, président; Blanchard, Legueu et Richaud.) — M. VACHER. De l'emploi de l'argyrol dans le traitement précoce de la blennorragie chez l'homme. (MM. Legueu, président; Blanchard, Delbet et Richaud.) — M. DE BERNE LAGARDE. Des lésions histologiques de l'hydronéphrose expérimentale aseptique. (MM. Legueu, président; Blanchard, Delbet et Richaud.) — M. BENARD. Le pied bot varus équin congénital. Etude générale. Thérapeutiques diverses. Conduite à tenir en présence d'un pied bot. (MM. Reclus, président; Aug. Broca, Ombrédanne et Alglave.) — Mlle MARGOULIS. Contribution à l'étude chirurgicale de l'emphysème. Anesthésie du nerf au point de l'émergence. Auto-syphon. (MM. Reclus, président; Aug. Broca, Ombrédanne et Alglave.) — M. JUMON. L'entorse juxta-épiphysaire. (MM. Reclus, président; Aug. Broca, Ombrédanne et Alglave.) — M. GAUDIN. Contribution à l'étude des occlusions intestinales mécaniques d'origine appendiculaire. (MM. Reclus, président; Aug. Broca, Ombrédanne et Alglave.) — M. BACQUE. De l'emphysème sous-cutané généralisé dans la rougeole non compliquée. (MM. Marfan, président; Teissier, Letulle et Léon Bernard.) — Mlle REICHENECKER. L'adénite sus-épitrochléenne. Sa valeur diagnostique dans la syphilis héréditaire du nourrisson et de l'enfant. (MM. Marfan, président; Teissier, Letulle, et Léon Bernard.) — Mlle STOCK. Allergie vaccinale dans les fièvres éruptives. (MM. Teissier, président; Marfan, Letulle et Léon Bernard.) — M. MAGNIER. Tuberculose et fièvre typhoïde. (MM. Letulle, président; Marfan, Teissier et Léon Bernard.)

Jeudi 9 juillet, à une heure. — M. HALGAUD. De quelques complications locales et éloignées et de certains troubles nerveux et psychiques consécutifs aux interventions sur la mastoïde. (MM. Pozzi, président; Bar, Ribemont-Dessaignes et Jeannin.) — Mme EYRAUD-DECHAUX. Du prurit vulvaire. Etude clinique. (MM. Pozzi, président; Bar, Ribemont-Dessaigne et Jeannin.) — Mlle ALRAMOVITCH. Contribution à l'étude du céphalématome. (MM. Bar, président; Pozzi, Ribemont-Dessaignes et Jeannin.) — M. FONTAINE. De la myomectomie au cours de la grossesse. (MM. Ribemont-Dessaignes, président; Pozzi, Bar et Jeannin.) — M. GILLET. Contribution à l'étude du perfectionnement physique et de ses critères. (MM. Chantemesse, président; Widal, Achard et Rathery.) — Mlle POLIAKOFF. Traitement de la gangrène pulmonaire par les injections intrabronchiques. (MM. Widal, président; Chantemesse, Achard et Rathery.) — M. RENAUX. La symbiose fuso-spirillaire et son traitement par l'arsenobenzol. (MM. Achard, président; Chantemesse, Widal et Rathery.) — M. CONTRERAS. L'endocardite maligne à forme anémique. (MM. Achard, président; Chantemesse, Widal et Rathery.) — M. VIGOUROUX. Etude des troubles oculaires observés dans le syndrome de Little. (MM. de Lapersonne, président; Quénu, Lejars et Terrien.) — M. KOHN. Contribution à l'étude des chondromes du larynx. (MM. Quénu, président; de Lapersonne, Lejars et Terrien.) — M. CHENET. Contribution à l'étude clinique des kystes paradentaires. (MM. Quénu, président; de Lapersonne, Lejars et Terrien.) — M. PEZON. Le traitement conservateur et la réaction dans la tumeur blanche du genou chez l'adulte. (MM. Lejars, président; de Lapersonne, Quénu et Terrien.) — M. BEAUFLE. Le cancer en pointe de l'attache mésentéro-intestinale. (MM. Gilbert, président; Thoinot, Pierre Marie et Roussy.) — M. KERLINE. Le séro-diagnostic de l'échinococcose et la réaction de fixation de groupe. (MM. Gilbert, président; Thoinot, Pierre Marie et Roussy.) — Mlle SALOME. De la transfusion du sang dans l'anémie pernicieuse. (MM. Gilbert, président; Thoinot, Pierre Marie et Roussy.) — M. FRUICTIER. Le secret médical et la déclaration des maladies contagieuses. (MM. Thoinot, président; Gilbert, Pierre Marie et Roussy.) — M. GILSON. Recherches expérimentales sur un cancer épithélial et sa radiothérapie. (MM. Pierre Marie, président; Gilbert, Thoinot et Roussy.)

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Train spécial à prix réduits pour Lyon.* — A l'occasion de l'exposition de Lyon, la Compagnie P.-L.-M. mettra en marche de Paris à Lyon, le 4 juillet, un train spécial à prix réduits de 2e et 3e classes :

Départ de Paris à 11 h. 25; arrivée à Lyon-Perrache à 21 h. 45.

Prix aller et retour, au départ de Paris : 31 fr. 10 en 2e classe, 20 fr. 35 en 3e classe.

Le retour des voyageurs aura lieu par tous les trains omnibus et par les trains 56, 58, 8, 52 et 62 suivant les conditions d'admission fixées pour chacun de ces trains et dans un délai de huit jours, non compris le jour de départ, soit, au plus tard, par le train 56 du 12 juillet (nuit du 12 au 13).

Ce train spécial recevra les voyageurs de la section de la ligne Paris-Dijon-Tournus et des régions de Malesherbes, Sens, Auxerre, Avallon, Autun, Montchanin, Besançon, Belfort, Lons-le-Saunier.

Pour tous renseignements, consulter les affiches ou s'adresser aux gares.

Toutes les gares et stations des compagnies du Nord et de l'Est délivreront des billets pour ce train.

Les coupons de retour des billets d'aller et retour ordinaires délivrés par les gares du réseau de l'Etat pour Paris (Paris-Saint-Lazare, Montparnasse ou Invalides) seront rendus valables jusqu'au 13 juillet par la gare de Paris-P.-L.-M. qui délivrera, en temps utile, un billet du train spécial.

— La Compagnie P.-L.-M. informe le public que son bureau de ville, 3, rue Bernouilli, à Paris, qui fonctionne déjà pour les services de la messagerie, de la petite vitesse et des colis postaux, sera également ouvert, à dater du 29 juin, au service complet des voyageurs (bagages, location de places et d'omnibus, délivrance des billets et renseignements sur les combinaisons de voyages).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 10 francs par an.
Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

(2e SÉRIE)

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs, du 1er août au 30 septembre, des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements étant en nombre limité, toutes les demandes doivent nous parvenir avant le 15 juillet.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 30 juin. — MM. Baudoin et Camus, 20; Tixier, 19 1/2.

Prochaine séance, jeudi 2 juillet, à seize heures trente, à l'Hôtel-Dieu,

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Dans sa dernière réunion, le Conseil de la Faculté a présenté pour la chaire vacante de clinique obstétricale, en première ligne, par 30 voix sur 37, M. le professeur agrégé Couvelaire.

M. le professeur agrégé Lepage a été proposé en seconde ligne.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — TOULOUSE. — Une place de professeur titulaire est déclarée vacante à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

Un délai de vingt jours, à partir du 29 juin 1914, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

LA SCOLARITÉ DES ÉTUDIANTS SOUS LES DRAPEAUX. — Un arrêté ministériel du 29 juin 1914 modifie l'arrêté du 15 avril 1914 relatif aux actes de scolarité des étudiants des classes 1913 et suivantes sous les drapeaux.

Cet arrêté disposait que les étudiants ayant échoué à un examen à la session de juillet précédant leur incorporation pourraient se présenter audit examen à la session suivant immédiatement leur incorporation.

La modification apportée a pour conséquence de faire bénéficier des mêmes dispositions les étudiants qui ont été autorisés à ne pas se présenter à l'examen de la session de juillet précédant leur incorporation.

GROUPE MÉDICAL INTERPARLEMENTAIRE. — A l'occasion de la nouvelle législature, le groupe interparlementaire des médecins du Sénat et de la Chambre des députés a renouvelé son bureau.

Il a, de nouveau, élu président, le docteur Léon Labbé, sénateur de l'Orne.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décret du 23 juin 1914, ont été promus aux grades ci-après, et par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. le médecin-major de première classe Ilbert, du Maroc; maintenu.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Viala, du Tonkin; maintenu; — Robert, du Tonkin; maintenu; — Pouthiou-Lavielle, du Tonkin; maintenu.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Motais, de l'Institut Pasteur de Paris; maintenu; — Blandin, du 6e d'infanterie coloniale; maintenu; — Euvrard, de l'Indochine; main-

RENSEIGNEMENTS

516. — **DOCTEUR ANCIEN EXTERNE** demande remplacement Paris ou environs, de suite.

S'adresser au journal.

517. — **HOPITAL DIEPPE.** — INTERNE, 12 inscriptions, est demandé pour le 1er octobre 1914.

Nourri, logé, chauffé, éclairé. Appointements 600 francs par an. Durée minimum du stage : un an.

S'adresser au directeur de l'hôpital.

tenu; — Deneufbourg, du corps d'occupation de Chine; maintenu.

— Par décret du 29 juin 1914, sont promus, et par décision ministérielle du même jour reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Jojot, de la Guinée; maintenu provisoirement; — Brochard, des îles Wallis; maintenu provisoirement.

— MUTATIONS. — Par décision ministérielle en date du 23 juin 1914 :

Médecin principal de première classe. — M. Sieur est nommé sous-directeur de l'école d'application du service de santé militaire et médecin chef de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

Médecins-majors de première classe. — MM. Lair est affecté à l'hôpital Villemin à Paris; Grall passe aux troupes d'occupation du Maroc occidental; Lesterlin, au 39e d'artillerie; Védrines, au 85e d'infanterie.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Ehrmann passe au 164e d'infanterie; Lannou, est maintenu au 3e d'artillerie à pied; Dupuich passe au 162e d'infanterie; Forget, au 3e d'artillerie à pied; Pinat est affecté aux troupes d'occupation du Maroc occidental; Querleux passe au 13e bataillon de chasseurs à pied; Dorlange, au 7e d'artillerie à pied; Lacoste, au 12e d'infanterie; Pernod est désigné pour l'Algérie.

Médecin aide-major de première classe. — M. Scharenberger passe aux troupes d'occupation du Maroc oriental.

Médecin aide-major de deuxième classe. — M. Lacronique passe au 26e d'infanterie.

MARINE. — L'effectif des médecins principaux étant insuffisant pour assurer les besoins du service à terre et à la mer, le ministre a décidé que provisoirement il ne sera plus embarqué d'officiers supérieurs de ce grade sur les bâtiments ayant un effectif inférieur à 700 hommes (état-major et équipage). Le service médical sera assuré par un médecin de première classe avec un médecin de deuxième classe en sous-ordre.

Cette mesure sera appliquée au fur et à mesure que les médecins principaux embarqués sur les bâtiments de cette catégorie auront accompli l'année d'embarquement exigée pour l'avancement, exception faite pour ceux qui sont en campagne lointaine qui achèveront la période réglementaire de deux années d'embarquement. Il reste entendu que les fonctions de médecin de division seront toujours confiées à un médecin principal, quel que soit l'effectif du bâtiment.

SERVICE MÉDICAL DU SÉNAT. — Le docteur Depasse, médecin en chef du Sénat, atteint par la limite d'âge, est admis à la retraite et nommé médecin en chef honoraire. Le docteur Ermenge, médecin adjoint, est nommé médecin en chef.

HOPITAL SADIKI. — Une place d'interne sera vacante au mois d'octobre prochain à l'hôpital Sadiki à Tunis.

Avantages : Logement, éclairage, chauffage, blanchissage. Traitement annuel : 2400 francs. Bibliothèque. Amphithéâtre. Très grand mouvement chirurgical.

Conditions : Etre Français, scolarité terminée avec ou sans thèse. Engagement minimum d'un an. Le service comprend : l'assistance, la visite et contre-visite, les pansements, les opérations d'urgence. Garde de vingt-quatre heures, un jour sur trois. Préférence accordée à interne en exercice justifiant d'une pratique chirurgicale sérieuse.

Adresser la demande, avec toutes pièces justificatives utiles, à M. le docteur Brunswic le Bihan, médecin chef de l'hôpital Sadiki, Tunis.

ENSEIGNEMENT DE L'HYDROLOGIE. — EXPOSITION INTERNATIONALE DE LYON. — *Conférences de thérapeutique thermale.* — Une série de conférences thermales doit être donnée, on le sait, à l'occasion de l'exposition internationale de Lyon.

Ces conférences ont été organisées, sous l'inspiration des présidents de la section des Etablissements thermaux et Eaux minérales, par un comité placé sous la présidence de M. le docteur Pic, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Lyon.

Ce Comité est ainsi constitué : M. le professeur Albert Robin; M. le docteur Barbier, médecin des hôpitaux de Paris; M. le docteur Bardet, secrétaire général de l'Institut d'hydrologie de Paris.

A Lyon : MM. les professeurs Pic, président; Renaut, Weill; Jules Courmont, commissaire général de l'Exposition; Roque, Paul Courmont, Nicolas, Jean Lépine; MM. les médecins des hôpitaux : Cade, professeur agrégé à la Faculté de médecine; Mouisset, Lyonnet, Gallavardin et Bonnamour.

Ces conférences seront données de six à sept heures, dans la salle des conférences de l'exposition de Lyon; elles seront illustrées par des projections.

Les premières auront lieu aux dates suivantes :

1° Vendredi 3 juillet : « La thérapeutique thermale en général », par M. le docteur Pic, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Lyon.

3° Vendredi 10 juillet : « Le traitement hydrominéral des maladies nerveuses », par M. le docteur Jean Lépine, professeur de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de médecine de Lyon.

3° Vendredi 10 juillet : « Traitement hydrominéral des maladies cutanées et syphilitiques », par M. le docteur Nicolas, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Lyon.

Un avis ultérieur fera connaître le programme des autres conférences, mais il n'y en aura probablement pas au mois d'août.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Stéphane Bonnamour, médecin des hôpitaux de Lyon, 137, avenue de Saxe.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Trains spéciaux à prix réduits (2e et 3e classes) pour le Dauphiné.* — Départs de Paris, les 27 juillet et 6 août.

Retour, au gré des voyageurs, jusqu'au 1er novembre 1914, par tous les trains du service régulier, sans arrêt en cours de route, et sous réserve, pour l'usage des express et des rapides, des conditions de parcours fixées pour l'admission dans ces trains.

Les billets pour ces trains spéciaux seront délivrés exclusivement à la gare de Paris P.-L.-M., du 18 au 26 juillet (18 heures) pour le train partant le 27 juillet, du 29 juillet au 5 août (18 heures) pour le train partant le 6 août.

Pour tous renseignements sur les conditions, les prix et l'horaire de ces trains, à nombre limité de places, se reporter à l'affiche spéciale ou s'adresser aux bureaux de ville de la Compagnie.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DE LA VACCINATION ANTITYPHIQUE AU MAROC

Monsieur le directeur,

Veuillez avoir l'obligeance d'insérer la note suivante en réponse à la lettre ouverte adressée par le professeur Vincent :

J'ai eu l'honneur de voir le professeur Vincent pour plus amples renseignements sur la vaccinothérapie typhique et j'ai appris que les résultats au Maroc sont aussi satisfaisants qu'en France; ce fait s'explique par l'adjonction au vaccin utilisé de races microbiennes très virulentes provenant précisément de cas de fièvre typhoïde marocains.

Je constate donc qu'il y a là un argument en faveur de la thèse que j'ai soutenue sur les propriétés différentes des races microbiennes, comme le démontre la clinique et la bactériologie (Levaditi et Marie).

Veuillez agréer... A. COLLIN.

CLINIQUE DES MALADIES DES PAYS CHAUDS

QUELQUES RECHERCHES HÉMATOLOGIQUES

AU COURS DE LA

FIÈVRE RÉCURRENTE NORD-AFRICAINE

Par MM. J. BRAULT,
Professeur de clinique à la Faculté de médecine d'Alger,
et J. MONTPELLIER,
Interne des hôpitaux d'Alger.

Au cours d'une véritable épidémie de fièvre récurrente qui nous a permis de suivre de près d'assez nombreux cas de cette spirillose, nous nous sommes particulièrement attachés à rechercher chez nos malades les variations de la formule hémo-leucocytaire et de la résistance globulaire. Nous venons apporter aujourd'hui les résultats de ces recherches. Nous verrons s'il est permis d'en tirer quelques conclusions pratiques au point de vue du diagnostic de l'affection.

Nous avons systématiquement examiné le sang de nos spirillaires en période d'accès et en apyrexie. Nos recherches et l'opinion que nous avons pu nous faire sur ce sujet, portent sur une vingtaine de cas. Toutefois, afin de ne pas allonger démesurément le cadre de cet article nous ne résumerons, et ceci très succinctement d'ailleurs, que douze de nos observations, les plus complètes.

Observation I. — Sm. Am... ben S... entre à l'hôpital après son premier accès le 29 décembre 1913. Paludisme certain.

31 décembre 1913 (apyrexie).

Formule leucocytaire.

Polynucléaires neutrophiles......	60
Mononucléaires................	22
Lymphocytes..................	18
Polynucléaires éosinophiles......	0,25

Résistance globulaire.

R_1..........................	50
R_2..........................	44

9 janvier 1914 (pyrexie, second accès).

Formule leucocytaire.

Polynucléaires neutrophiles......	78
Mononucléaires................	16
Lymphocytes..................	6
Polynucléaires éosinophiles......	0,50

Résistance globulaire.

R_1..........................	48
R_2..........................	44

27 janvier (apyrexie depuis quinze jours).

Formule leucocytaire.

Polynucléaires neutrophiles......	54
Mononucléaires................	26
Lymphocytes..................	20
Polynucléaires éosinophiles......	0,75

Résistance globulaire.

R_1..........................	38
R_2..........................	42

Résistance normale. Polynucléose pendant l'accès; mononucléose (lymphocytose) en apyrexie. Pas d'éosinophilie.

Obs. II. — Bel. t... entre à l'hôpital le 13 janvier 1914 au cours de son premier accès. Tuberculose ano-rectale et pulmonaire.

17 janvier 1914 (pyrexie).

Formule leucocytaire.

Polynucléaires neutrophiles......	82
Mononucléaires................	14
Lymphocytes..................	4
Polynucléaires éosinophiles......	0,50

Résistance globulaire.

R_1..........................	46
R_2..........................	40

18 janvier (apyrexie).

Formule leucocytaire.

Polynucléaires neutrophiles......	72
Mononucléaires................	17
Lymphocytes..................	10
Polynucléaires éosinophiles......	1

9 février (apyrexie).

Formule leucocytaire.

Polynucléaires neutrophiles......	74
Mononucléaires................	14
Lymphocytes..................	12
Polynucléaires éosinophiles......	0,75

Résistance globulaire.

R_1..........................	48
R_2..........................	42

Résistance globulaire normale. Polynucléose marquée pendant l'accès; persistant légèrement en apyrexie. Pas d'éosinophilie notable.

Obs. III. — Ben. Ald... entre à l'hôpital le 1er février 1914 au cours de son premier accès. Paludisme certain.

2 février 1914 (pyrexie, troisième jour du premier accès).

Formule leucocytaire.

Polynucléaires neutrophiles......	67
Mononucléaires................	25
Lymphocytes..................	7
Polynucléaires éosinophiles......	1

4 février (pyrexie, dernier jour du premier accès).

Résistance globulaire.

R_1..........................	48
R_2..........................	40

14 février (apyrexie, deux jours avant le second accès).

Formule leucocytaire.

Polynucléaires neutrophiles......	66
Mononucléaires................	44
Lymphocytes..................	7
Polynucléaires éosinophiles......	3

Résistance globulaire.

R_1..........................	56
R_2..........................	44

2 mars (apyrexie, dix jours après son second accès).

Fragilité globulaire normale en période fébrile, augmentée en apyrexie. Pas de polynucléose. Eosinophilie notable après le premier accès.

Obs. IV. — Han. M... entre au cours de son premier accès le 30 mars 1914. Paludisme très probable.

10 mars 1914 (pyrexie).

Formule leucocytaire.

Polynucléaires neutrophiles	75
Mononucléaires	12
Lymphocytes	12
Polynucléaires éosinophiles	0,25

Résistance globulaire.

R_1	46
R_2	40

13 mars (apyrexie).

Formule leucocytaire.

Polynucléaires neutrophiles	44
Mononucléaires	43
Lymphocytes	13
Polynucléaires éosinophiles	0,50

15 mars (apyrexie).

Résistance globulaire.

R_1	46
R_2	38

30 mars (apyrexie, veille du troisième accès).

Formule leucocytaire.

Polynucléaires neutrophiles	74
Mononucléaires	15
Lymphocytes	11
Polynucléaires éosinophiles	0,50

1er avril (pyrexie, troisième accès).

Résistance globulaire.

R_1	44
R_2	38

Résistance globulaire très légèrement augmentée au cours du troisième accès. Polynucléose en période pyrétique. Mononucléose en apyrexie. Pas d'éosinophilie.

Obs. V. — D... S... entre à l'hôpital au cours de son premier accès, le 6 mars 1914. Antécédents paludéens manifestes.

7 mars 1914 (pyrexie, premier accès).

Formule leucocytaire.

Polynucléaires neutrophiles	56
Mononucléaires	36
Lymphocytes	8
Polynucléaires éosinophiles	2

Résistance globulaire.

R_1	44
R_2	38

9 mars (apyrexie).

Résistance globulaire.

R_1	42
R_2	34

14 mars (apyrexie).

Formule leucocytaire.

Polynucléaires neutrophiles	49
Mononucléaires	26
Lymphocytes	25
Polynucléaires éosinophiles	0,50

Résistance globulaire.

R_1	50
R_2	40

17 mars (pyrexie, second accès).

Résistance globulaire.

R_1	50
R_2	42

31 mars (apyrexie).

Formule leucocytaire.

Polynucléaires neutrophiles	45
Mononucléaires	37
Lymphocytes	18
Polynucléaires éosinophiles	0,50

Résistance globulaire augmentée légèrement au début de la maladie, diminuée vers la fin; courbe de la fragilité globulaire ne suivant pas la courbe thermique. Mononucléose constante surtout en apyrexie (lymphocytose). Eosinophilie au cours du premier accès.

Obs. VI. — Zer... entre à l'hôpital au cours de son premier accès, le 26 février 1914. Maladie de Recklinghausen fruste. Paludisme (?).

27 février 1914 (pyrexie, premier accès).

Formule leucocytaire.

Polynucléaires neutrophiles	50
Mononucléaires	16
Lymphocytes	34
Polynucléaires éosinophiles	0,75

Résistance globulaire.

R_1	52
R_2	40

8 mars (apyrexie).

Formule leucocytaire.

Polynucléaires neutrophiles	54
Mononucléaires	28
Lymphocytes	16
Polynucléaires éosinophiles	2

10 mars (pyrexie, deuxième accès).

Formule leucocytaire.

Polynucléaires neutrophiles	76
Mononucléaires	21
Lymphocytes	2
Polynucléaires neutrophiles	1

Résistance globulaire.

R_1	50
R_2	42

14 mars (apyrexie).

Formule leucocytaire.

Polynucléaires neutrophiles	68
Mononucléaires	30
Lymphocytes	30
Polynucléaires éosinophiles	0,50

Résistance globulaire.

R_1	50
R_2	40

Tendance à la fragilité globulaire constante. Mononucléose en période apyrétique; polynucléose au cours du second accès. Eosinophilie légère après le premier accès.

Obs. VII. — Soud. Mess... entre le 8 avril 1914 au dernier jour d'un accès.

8 avril 1914 (pyrexie, dernier jour d'un accès fébrile).

Formule leucocytaire.

Polynucléaires neutrophiles	88
Mononucléaires	11
Lymphocytes	1
Polynucléaires éosinophiles	0,50

Résistance globulaire.

R_1	46
R_2	38

15 avril (apyrexie depuis six jours).

Formule leucocytaire.

Polynucléaires neutrophiles	64
Mononucléaires	34
Lymphocytes	2
Polynucléaires éosinophiles	0,75

Résistance globulaire.

R_1	48
R_2	42

Légère augmentation de la résistance globulaire et polynucléose marquée au moment de l'accès.

Obs. VIII. — R. J... entre le 16 mars 1914 au sixième jour de son premier accès. Paludisme.

16 mars 1914 (pyrexie).

Formule leucocytaire.

Polynucléaires neutrophiles	73
Mononucléaires	20
Lymphocytes	6
Polynucléaires éosinophiles	1

Résistance globulaire.

R_1	48
R_2	42

16 avril (apyrexie).

Formule leucocytaire.

Polynucléaires neutrophiles	46
Mononucléaires	37
Lymphocytes	17
Polynucléaires éosinophiles	0,50

Résistance globulaire.

R_1	50
R_2	44

Résistance globulaire normale en accès; tendance à la fragilité en période apyrétique. Polynucléose légère en période d'accès; mononucléose accentuée (lymphocytose) en apyrexie.

Obs. IX. — Ali... b... M... entre le 4 mars 1914 au dernier jour de son premier accès. Syphilis et paludisme certains.

5 mars 1914 (pyrexie).

Formule leucocytaire.

Polynucléaires neutrophiles	65
Mononucléaires	30
Lymphocytes	5
Polynucléaires éosinophiles	0,75

Résistance globulaire.

R_1	38
R_2	30

8 mars (apyrexie, troisième jour après le deuxième accès).

Formule leucocytaire.

Polynucléaires neutrophiles	60
Mononucléaires	20
Lymphocytes	20
Polynucléaires éosinophiles	0,50

Résistance globulaire.

R_1	42
R_2	34

13 mars (apyrexie, sixième jour après accès).

Formule leucocytaire.

Polynucléaires neutrophiles	52
Mononucléaires	26
Lymphocytes	22
Polynucléaires éosinophiles	0,50

Résistance globulaire.

R_1	50
R_2	40

Résistance globulaire augmentée au cours du premier accès; diminuée dans la suite et d'autant plus que l'on s'éloigne du premier et seul accès fébrile. Equilibre leucocytaire normal en pyrexie; mononucléose (lymphocytose) en apyrexie.

Obs. X. — B... Ahm... entre à l'hôpital le 2 avril au sixième ou septième jour de son premier accès. Pas de paludisme dans les antécédents.

3 avril 1914 (pyrexie).

Formule leucocytaire.

Polynucléaires neutrophiles	75
Mononucléaires	21
Lymphocytes	4
Polynucléaires éosinophiles	0,50

Résistance globulaire.

R_1	40
R_2	32

5 avril (apyrexie).

Formule leucocytaire.

Polynucléaires neutrophiles	63
Mononucléaires	26
Lymphocytes	10
Polynucléaires éosinophiles	1

Résistance globulaire.

R_1	46
R_2	38

Résistance globulaire augmentée et polynucléose notable au moment de l'accès fébrile.

Obs. XI. — M... ben K... entre à l'hôpital le 23 mars 1914, salle Ricord, pour accidents tertiaires. Paludisme certain.

3 avril 1914 (pyrexie, troisième jour).

Formule leucocytaire.

Polynucléaires neutrophiles	45
Mononucléaires	44
Lymphocytes	11
Polynucléaires éosinophiles	0,75

Résistance globulaire.

R_1	50
R_2	44

Mononucléose très marquée au cours de l'accès. Tendance à la fragilité globulaire.

Obs. XII. — L... ben A... entre le 2 avril 1914 après son premier accès. Paludisme possible (?).

2 avril 1914 (apyrexie depuis deux jours).

Formule leucocytaire.

Polynucléaires neutrophiles......	51
Mononucléaires................	34
Lymphocytes..................	13
Polynucléaires éosinophiles......	2

3 avril (apyrexie).

Résistance globulaire.

R_1..........................	48
R_2..........................	40

10 avril (pyrexie, second accès).

Formule leucocytaire.

Polynucléaires neutrophiles......	56
Mononucléaires................	39
Lymphocytes..................	4
Polynucléaires éosinophiles......	1,50

Résistance globulaire.

R_1..........................	48
R_2..........................	42

Mononucléose constante. Résistance globulaire normale. Légère éosinophilie.

Résistance globulaire. — Si l'on dépouille ces observations, on remarque que la valeur de la résistance globulaire dans le sang de nos spirillaires s'est montrée assez variable d'un malade à l'autre. Dans un tiers des cas environ, nous l'avons trouvée augmentée, au moins légèrement, en périodes fébriles. Dans un autre tiers, elle est restée à peu près normale ; enfin dans les derniers cas, nous avons noté de la fragilité globulaire.

A première vue la valeur de cette résistance des globules au cours du typhus récurrent paraîtrait donc éminemment variable et capricieuse. Cependant une chose nous a frappés : c'est que les cas où nous avons trouvé de la fragilité globulaire, soit en apyrexie, soit en période d'accès, concernaient tous des malades dont le paludisme antérieur était certain. Chez les non-paludéens, au contraire, ou tout au moins chez les autres spirillaires qui ne présentaient pas de sequelles nettes de malaria, la résistance globulaire s'est montrée à peu près constamment ou augmentée, ou normale.

Il y a là, nous semble-t-il, mieux qu'une simple coïncidence. On sait qu'au cours du paludisme la résistance globulaire se trouve diminuée, surtout en apyrexie, en période de latence.

Il est donc tout naturel que l'on retrouve au cours d'une fièvre récurrente chez un vieux paludéen cette fragilité globulaire, empreinte persistante de la malaria. Mais on doit s'attendre naturellement à la trouver moins marquée du fait de l'atteinte spirillaire qui tend le plus souvent à donner aux globules sanguins une résistance qu'ils n'ont pas en dehors de ses accès fébriles.

Il nous paraît donc que l'on doive, dans l'interprétation de cette valeur de la résistance globulaire, tenir compte des antécédents du sujet et tout particulièrement des traces de paludisme.

Au total, nous pensons que l'on peut tirer de nos constatations cette règle très générale : c'est que, au cours des accès du typhus récurrent, la valeur de la résistance globulaire est légèrement augmentée. Mais il ne s'agit là que *d'une augmentation relative :* nous voulons dire que cette résistance se trouve seulement augmentée comparativement à ce qu'elle est chez le même sujet, en dehors des périodes pyrétiques de sa fièvre récurrente.

Formule hémoleucocytaire. — Nos observations nous ont encore montré que, au cours des accès fébriles du typhus récurrent, on note généralement une polynucléose sensible. Mais jamais cette polynucléose n'a atteint chez nos malades le degré excessif que signalent quelques auteurs et en particulier Détis (1). Nous ne l'avons pas vu dépasser 88 p. 100.

Dans quelques cas, la formule leucocytaire s'est montrée normale en plein accès, et parfois même nous avons rencontré une mononucléose manifeste.

Cette mononucléose en période de pyrexie, nous l'avons observée chez plusieurs malades. Chaque fois, il s'est agi d'un sujet dont l'organisme portait encore les traces soit d'un paludisme sévère, soit d'une syphilis en évolution.

En somme, il en est de la formule leucocytaire comme de la résistance globulaire. Sa constitution dépend avant tout de l'état antérieur du sujet. On comprend très bien que l'organisme d'un paludéen ou d'un syphilitique, présentant de par leur maladie antérieure une mononucléose constante, ne puisse en cours de la nouvelle infection élever le taux de ses polynucléaires au même chiffre qu'un organisme sans tare.

On peut donc répéter ici ce que nous avons avancé au sujet de la résistance globulaire, et dire que, au cours des accès fébriles de la fièvre récurrente, il n'y a, d'une manière générale, que polynucléose *relative* ; c'est-à-dire que le taux des polynucléaires ne se trouve augmenté que par rapport à ce qu'il était déjà antérieurement chez le même sujet.

Dans quelques cas, toujours chez des paludéens avérés, la formule leucocytaire est restée invariable au cours de toute la maladie, et la mononucléose n'a pas faibli. Il nous a paru que, dans ces cas, l'organisme du sujet se refusait ou plus exactement était dans l'impossibilité, à cause de sa déchéance antérieure, de faire les frais de la polynucléose que déclanchent habituellement les maladies infectieuses. La clinique nous a montré que, dans ces cas, l'asthénie, l'abattement, la lenteur de la convalescence étaient particulièrement accentués.

Nous avons essayé de suivre la marche ascendante et descendante de la réaction polynucléaire, quand elle s'est manifestée, et la rapidité avec laquelle elle est apparue. En définitive, nous ne sommes arrivés à aucune constatation permettant de poser une règle précise. Cependant, il nous a semblé que généralement cette polynucléose apparaissait brusquement le jour même de l'ascension thermique, mais

(1) C. Détis. *Contribution à l'étude de la fièvre récurrente. Recherches hématologiques*, Th. de Lyon, 1911.

que, d'autre part, le retour à la formule normale s'accomplissait plus lentement et demandait plusieurs jours d'apyrexie.

Nous avons également cherché si l'accès de fièvre récurrente était suivi de l'apparition de polynuclaires éosinophiles dans le sang et s'il se produisait cette sorte de crise éosinophilique qui apparaît au cours de la convalescence de la plupart des maladies infectieuses. Dans de très rares cas seulement, nous avons pu noter l'apparition de quelques polynucléaires acidophiles; aussi croyons-nous pouvoir dire qu'au cours du typhus récurrent et dans sa période de convalescence l'éosinophilie manque.

Conclusions. — Que peut-on tirer de nos constatations au point de vue pratique? Nous avons vu combien était variable la résistance globulaire chez nos malades, et nous avons éclairci au moins une partie des causes de cette variabilité. Nous avons vu également les raisons qui empêchent dans de nombreux cas la polynucléose de se manifester au cours de la pyrexie spirillaire et de s'élever au taux très marqué qu'elle atteint chez les sujets indemnes de certaines tares.

Les conclusions s'imposent d'elles-mêmes. Sans doute, dans quelques cas, une polynucléose accentuée pourra écarter le diagnostic du paludisme en faveur du typhus récurrent, à supposer que l'on n'ait à faire le diagnostic différentiel qu'entre ces deux affections. Mais le plus souvent cette polynucléose manquera ou sera insuffisante pour mériter quelque attention.

En somme, il ne nous semble pas que dans la grande majorité des cas, surtout lorsqu'on se trouve dans un milieu où pullulent la syphilis et le paludisme, l'on puisse accorder à ces recherches hématologiques une valeur qu'elles ne possèdent en réalité que fort rarement; en pratique, il n'y aura donc pas à compter beaucoup sur elles.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 22 JUIN 1914)

Les effets comparés sur la pression du sang de la fatigue physique produite par une marche prolongée et de la fatigue psychique résultant d'un travail d'attention. — M. J.-M. Lahy. Les travaux où l'*attention continuellement en éveil* est dirigée vers un même objet sont ceux qui agissent le plus pour amener une augmentation de la pression du sang. Cette augmentation ne peut être indifférente au point de vue de la santé. Elle doit entrer en ligne de compte dans la fixation de la durée du travail.

Sur les modifications des urines dans l'anaphylaxie. — MM. J.-E. Abelous et C. Soula.

La circumduction ne peut pas exister dans l'articulation temporo-maxillo-dentaire. — M. Pierre Robin. L'articulation temporo-maxillaire étant le résultat d'une adaptation simultanée des surfaces articulaires, osseuses et dentaires, à une même fonction, il ne peut y avoir d'autonomie pour chacune d'elles.

Conséquemment, dit l'auteur, l'étude séparée de la physiologie de l'articulation temporo-maxillaire d'une part, et de celle des dents d'autre part, a-t-elle conduit les savants à des interprétations erronées qui leur ont fait admettre la possibilité de la circumduction, laquelle n'a jamais existé dans aucune mâchoire engrenée.

Ainsi, tous les travaux qui ont pris pour base la circumduction ou pivotement de la mandibule, autour d'un condyle ou d'un centre imaginaire de rotation, doivent être repris.

Recherches cytologiques dans le tétanos humain. — M. Y. Manouélian. Il est possible de se rendre compte par la méthode histologique que le passage de la toxine tétanique fait subir des modifications aux neurones moteurs périphériques consistant dans l'apparition dans le cytoplasme et les expansions cytoplasmiques, de corpuscules qui subissent une série de transformations.

Il est digne de remarque que, pendant que le cytoplasme et les expansions cytoplasmiques du neurone moteur périphérique subissent des changements importants, le réseau neurofibrillaire qui existe dans les mêmes portions de ce neurone garde son aspect normal.

Des périodes de latence du spirille chez le malade atteint de fièvre récurrente. — MM. Ed. Sergent et H. Foley. Le virus de la fièvre récurrente existe, dans le sang circulant, depuis le début jusqu'à la fin de la première période d'apyrexie sans que les spirilles y soient décelables pendant ce temps à l'examen microscopique. Le virus doit donc revêtir, au cours de l'apyrexie, une autre forme d'évolution très petite.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 30 JUIN 1914)

De la pigmentation résultant de l'héliothérapie. — M. Vidal (d'Hyères), s'appuyant sur l'exemple tiré du règne végétal, émet l'hypothèse que les vibrations solaires transportent des matières impondérables, dont la coloration est décelée par le prisme et l'arc-en-ciel. Ces vibrations seraient analogues à celles du radium. On peut en induire que la pigmentation de la peau est causée par le dépôt de couches successives de la matière contenue dans les rayons violets.

Étiologie de la pellagre. — M. Sambon lit un travail intéressant sur la pellagre. Il conclut de ses recherches que le maïs n'est pas l'agent responsable de la production de cette maladie qui, d'ailleurs, existait bien avant l'introduction du maïs en Europe et qui s'observe dans les pays où l'on ne consomme pas de maïs. Il pense que la pellagre est produite par un protozoaire pathogène analogue à celui du paludisme.

La loi Roussel. — L'Académie reprend la discussion sur cette loi. MM. Guéniot et Pinard viennent de nouveau défendre leur opinion, M. Guéniot en faveur des quatre mois, M. Pinard en faveur des sept mois.

M. Guéniot s'applique à démontrer que, en voulant protéger outre mesure l'enfant de la nourrice, on prive beaucoup d'enfants des villes pour lesquels l'allaitement par le sein serait fort utile.

M. Pinard répond d'abord à M. Hutinel en affirmant que, contrairement à ce qu'a dit son collègue, les enfants gardés par leur mère, nourrice dans les familles, présentent beaucoup moins de mortalité que les enfants abandonnés par leur mère se plaçant comme nourrice. Il répond ensuite à M. Guéniot et tend à prouver que, en laissant les enfants sous la protection de leur mère placée comme nourrice, on satisfait à tous les desiderata. En terminant, il adjure l'Académie de maintenir la loi Roussel dans son intégrité.

La guérison de la tuberculose du rein est-elle possible? — M. Castaigne répond à cette question par l'affirmative. Il apporte des faits à l'appui de cette assertion et, de plusieurs travaux qu'il cite ainsi que de ses recherches personnelles, il se croit en droit de conclure que la guérison de la tuberculose du rein est possible, sans intervention chirurgicale, et qu'on doit mettre en œuvre tous les moyens d'arriver à cette guérison.

Quelques résultats de l'adaptation sociale des enfants psycho-anormaux éducables, sortis de l'enseignement de l'école de Bicêtre et de la fondation Vallée. — M. Roubinovitch rapporte les observations de quatorze enfants des deux sexes, atteints de débilité mentale accompagnée d'instabilité et de perversions mentales qui, après un séjour de trois à douze ans à l'école de Bicêtre, ont présenté une amélioration considérable et ont pu être placés dans divers métiers et gagner leur vie, à l'aide d'une bonne éducation hygiénique et morale. C'est là un résultat social des plus intéressants et qui fait grand honneur à cet enseignement de Bicêtre et de la fondation Vallée.

Greffe de la glande thyroïde d'un singe à un enfant atteint de myxœdème. — M. Voronoff a donné l'observation d'un enfant de quatorze ans, atteint de myxœdème à l'âge de huit ans à la suite de la rougeole. Le développement physique et intellectuel de l'enfant a subi un arrêt brusque depuis cette époque.

Teint jaune, peau écailleuse, sèche, cheveux rares, cassants, paupières gonflées, nez épaté, lèvres épaisses, joues flasques, figure élargie, œil terne, air hébété, apathique, morne, tout concourait à donner à cet enfant ce facies d'imbécile myxœdémateux qui est si caractéristique.

M. Voronoff a greffé dans la région cervicale de cet enfant le lobe droit (avec ses parathyroïdes) d'un grand singe papion. L'opération faite à la clinique Sainte-Marguerite à Nice, il y six mois, en présence de dix-neuf médecins, a donné un résultat des plus heureux. A mesure que les mois s'écoulaient l'amélioration de l'état de l'enfant se manifestait d'une façon régulière et très nette. Le visage a perdu peu à peu son teint jaune, le nez, les lèvres ont dégonflé, l'ovale de la figure s'est visiblement allongé, la croissance a repris son cours. L'enfant si apathique, si endormi auparavant, prenait de plus en plus des attitudes vives et à l'école on l'a vu avec étonnement devenir turbulent.

Mais c'est surtout son intelligence qui a fait des progrès rapides et ses maîtres à l'école ainsi que la commission médicale présidée par M. Hobbs, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux, qui surveille l'enfant depuis son opération, sont unanimes à constater cet éveil rapide d'intelligence et d'aptitude aux études.

Les photographies de l'enfant avant l'opération et six mois après, que M. Voronoff a présentées à l'Académie de médecine, donnent, du reste, une démonstration des plus manifestes du changement qui s'est produit chez l'enfant.

M. Voronoff attribue ce premier succès d'une greffe hétérogène de la glande thyroïde du singe à l'homme à la technique particulière à laquelle il a recours lorsqu'il procède à la transplantation d'un organe dans des conditions où les anastomoses vasculaires immédiates ne peuvent pas être établies.

Cette technique peut se résumer ainsi :

1° Asepsie la plus rigoureuse.

2° Le temps du passage du greffon entre le donneur et le récepteur doit être le plus bref possible, de quelques minutes seulement.

3° Greffe de la glande dans une région très vasculaire.

4° Création à l'aide des sutures entre le greffon et le tissu au milieu duquel il est placé des adhérences multiples à travers lesquelles les capillaires et les vaisseaux de nouvelle formation venus de l'hôte pénétreraient rapidement dans le greffon en faisant de lui une portion intégrale de l'organisme.

Grâce à cette technique, la greffe de la thyroïde du singe à l'homme est possible et un grand nombre de myxœdémateux adultes et d'enfants surtout, actuellement perdus pour la société, qui font la désolation de leurs parents et qui sont condamnés à une vie végétative, pourront ainsi être sauvés.

Élections. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale. La liste de présentation portait : en première ligne, M. Marfan; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Bezançon, Dopter, Mathieu, Souques et Teissier.

Au premier tour, le nombre des votants étant de 74, majorité 38, M. Marfan obtient 70 suffrages.

L'élection de notre distingué confrère à la presque unanimité des suffrages sera approuvée par tout le corps médical.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 28 JUIN 1914)

Différenciation des paraméningocoques entre eux par la saturation des agglutinines. — MM. Dopter et Pauron exposent les résultats de leurs recherches biologiques sur la pluralité des méningocoques. Ils ont pu, par la saturation des agglutinines d'un sérum antiparaméningococcique agglutinant tous les échantillons de paraméningocoques qu'ils ont étudiés, dissocier, pour ainsi dire, les agglutinines qui appartiennent spécifiquement à chacun d'eux.

Ils arrivent à considérer que les paraméningocoques doivent actuellement être rangés dans trois groupes représentant 3 variétés différentes de ces germes. Ils les nomment paraméningocoques α, β, γ.

Ces germes se différencient encore par quelques caractères contingents, mais c'est à la saturation des agglutinines qu'il faut avoir recours pour les distinguer nettement les uns des autres.

Production de la fibrillation des oreillettes par voie nerveuse au moyen de l'excitation du pneumogastrique. — MM. Morat et Petzetakis montrent pour la première fois que la fibrillation auriculaire peut être obtenue par l'excitation des pneumogastriques, en particulier du pneumogastrique droit. On sait que le phénomène de la fibrillation auriculaire n'a été obtenu jusqu'à présent que par la faradisation directe des parois des oreillettes.

Les expériences des auteurs ont porté sur le chien, après ouverture du thorax et respiration artificielle. Ils ont inscrit simultanément les mouvements des deux oreillettes ou de l'une des oreillettes et du ventricule correspondant. Par l'excitation du vague droit, ils ont vu la fibrillation auriculaire se manifester soit pendant l'excitation, soit même après et persister pendant un temps variable. On peut produire à volonté la fibrillation auriculaire à condition d'employer des courants d'intensité moyenne ou forte, mais surtout une excitation de durée prolongée. En plus, les auteurs ont constaté que parfois l'oreillette gauche reprenait son rythme normal avant l'oreillette droite; il y aurait dans ce cas une dissociation auriculaire, constatation d'une très grande importance.

Localisation du brome thérapeutique dans l'organisme. — MM. Paul Carnot et Jean Coirre ont étudié la localisation du brome dans les différents organes, après administration de divers médicaments bromés. Ils ont constaté, deux jours après administration de bromure de potassium, une quantité importante de brome dans le sang, une élimination par le rein et le poumon, une fixation sur le foie et les centres nerveux. Avec le bromoforme, on retrouve une quantité plus forte dans le sang et le poumon. Avec les lipoïdes bromés, il

y a, d'une façon générale, rétention plus forte dans l'organisme.

Dans le cerveau, où la localisation a été surtout étudiée, et même après administration de bromure métallique, une partie seulement du brome est retrouvée à l'état métallique; une autre partie accompagne les lipoïdes, probablement en combinaison avec eux; aucune trace de brome n'est retrouvée dans les albuminoïdes.

Toxicité comparative du camphre et de l'huile camphrée. — M. Paul Carnot et Mme Valentine Caïris, à l'instigation du professeur Marfan, ont étudié expérimentalement la toxicité de l'huile camphrée par rapport à celle du camphre en nature, en solutions hydroalcoolique et éthérée.

Ils ont vu que, soit par la voie buccale, soit par injection sous-cutanée ou intrapéritonéale, le camphre en solution huileuse est beaucoup moins toxique que sous les autres formes. Par exemple, le cobaye meurt en trois heures avec des convulsions et de l'hypothermie après ingestion de 0g18 de camphre en pilule pour 100 grammes d'animal, tandis que, avec 0g21 pour 100 grammes sous forme d'huile camphrée, il n'a aucun accident. De même, par voie hypodermique, le cobaye meurt en une heure cinquante avec une dose de 0g16 de camphre pour 100 grammes d'animal, tandis qu'en solution huileuse il n'a que des convulsions et une hypothermie très passagères.

Enfin, par voie péritonéale, l'animal meurt en une demi-heure à la dose de 0g07 pour 100 grammes d'animal en solution hydro-alcoolique; tandis que, dans l'huile, la même dose ne provoque que des phénomènes passagers.

Ces constatations ont un intérêt pratique, étant données les doses massives d'huile camphrée utilisées depuis quelques années en thérapeutique. La diminution de toxicité des substances lipaffines en solution huileuse a, d'autre part, un intérêt théorique sur lequel M. Carnot et Mlle Deflandre ont déjà attiré l'attention.

Origine endogène d'une certaine quantité d'acide urique. — M. Maurel.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(Séance du 25 juin 1914)

Kystes hydatiques du cerveau découverts à l'autopsie d'un malade ayant succombé à un ramollissement cérébral. — MM. de Massary et P. Lechelle présentent des hémisphères cérébraux portant au niveau de la corticalité des lobes frontaux plusieurs kystes hydatiques.

Comme d'ordinaire en pareil cas, il s'agit d'une trouvaille d'autopsie. Le sujet était un urémique mort d'un ramollissement cérébral et ayant présenté de l'hémiplégie, un coma complet entrecoupé de crises épileptiformes, un bruit de galop avec augmentation notable de la tension artérielle, de l'albuminurie, une forte azotémie du sérum sanguin et de l'hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien sans réaction cellulaire.

Sur un cas de chorée chronique d'Huntington avec examen anatomique. — M. J. Lhermitte. Il s'agit d'un homme atteint de chorée progressive d'Huntington des plus typiques et chez lequel l'examen anatomique et histologique fit voir : 1° l'atrophie des circonvolutions ponto-pariétales avec disparition d'une grande partie de leurs cellules et de leurs fibres; 2° la dégénération atrophique du corps strié (segment externe du noyau lenticulaire et noyau caudé surtout). Les résultats confirment la description donnée par Pierre Marie et Lhermitte avec cette différence que, dans ce dernier fait, la prolifération névroglique tant dans l'écorce que dans les noyaux centraux est peu marquée, bien que l'atrophie soit particulièrement accusée dans les noyaux lenticulaire et caudé.

A cela M. Déjerine objecte l'existence de cas négatifs; ces lésions ne sont pas constantes dans la chorée. D'autre part, les altérations des noyaux lenticulaires se retrouvent fréquemment chez des vieillards exempts de chorée.

Etude des deux variétés d'incrustation des cellules nerveuses. — M. J. Lhermitte décrit deux variétés de dégénérescence des cellules du cerveau et de la moelle. Dans le premier cas, il s'agit de transformation des cellules pyramidales du cortex autour des anciens foyers de ramollissement; ces éléments deviennent amorphes, vitreux et chargés de granulations arrondies et agglutinées. Ces granulations qui incrustent la cellule et ses prolongements se colorent intensément par les bleus basiques et offrent une grande résistance aux agents discolorants. La réaction de Perls au bleu de Berlin est positive et les granulations se colorent en bleu profond.

La seconde variété d'incrustation consiste en un dépôt sur les cellules radiculaires spinales de granulations pyriformes se teignant intensément par les bleus et résistant aux décolorants; celles-ci ne contiennent pas de fer. Elles incrustent des cellules toujours très altérées et souvent se trouvent aussi dans les espaces péricellulaires.

Dissociation de la sensibilité dans une paraplégie. — M. Jumentié. Cliniquement, paraplégie spastique banale avec existence de troubles radiculaires. Les troubles sensitifs portaient seulement sur les sensibilités profondes, la sensibilité thermique demeurant conservée.

Anatomiquement, lésions dégénératives des cordons antéro-latéraux et postérieurs, conservation des fibres endogènes.

Méningite tuberculeuse avec tubercules corticaux disséminés. — MM. P. Marie et Foix. Cliniquement, signes d'une méningite tuberculeuse avec rémissions et poussées successives, d'allure lente subaiguë.

Les lésions ont parcouru 3 stades : méningite, encéphalite corticale, puis tubercules sis dans l'épaisseur de la corticalité, et paraissant d'origine vasculaire; d'autres siègent au voisinage de l'épendyme.

Sur les lésions médullaires de la paraplégie pottique. — MM. Marie et Foix insistent sur la complexité du processus anatomo-pathologique en pareil cas. Chez un premier malade, la myélite avait présenté une marche progressive, la limite supérieure des réflexes cutanés descendant progressivement, ce qui indiquait l'extension des lésions. Dans un autre cas, évolution subaiguë. On ne peut invoquer la compression ni par les os, ni par les lésions sus-durales, réduites à un magma puriforme; les vaisseaux semblaient également indemnes de compression. La lésion spinale se réduit à cet état grillagé qu'on désigne sous le nom d'œdème des fibres nerveuses.

Quelle en est la pathogénie? M. Lhermitte rappelle les diverses hypothèses émises à ce sujet. — MM. Claude et Alquier indiquent que cette lésion déterminant une myélite transverse avec dégénérations ascendantes et descendantes peut se rencontrer en dehors de toute compression de la moelle.

Lésions corticales de la chorée aiguë, corps microbiens. — M. Tinel a constaté, à l'autopsie de deux choréiques morts au cinquième et au onzième jour de la maladie, des lésions des cellules nerveuses du cerveau qui semblent témoigner d'une encéphalite légère. Il s'agit de chromatolyse, exode des granulations protoplasmiques, fuschinophilie; enfin, présence de corpuscules extra et intracellulaires différents des mitochondrites, d'ailleurs peu probables ici, résistant à tous les dissolvants des graisses et qui sont analogues à ceux décrits comme microbes de la chorée par d'autres auteurs.

Cette maladie présente en outre une recrudescence saison-

nière qui vient corroborer l'hypothèse de son origine infectieuse. — Cette recrudescence saisonnière a été constatée par M. Thomas. — MM. Guillain et Déjerine considèrent comme peu vraisemblable l'origine syphilitique de la chorée de Sydenham.

ANALYSES

MÉDECINE

Hémiplégie infantile chez un hérédo-syphilitique. (L. Babonneix et L. Tixier. *Bull. de la soc. de pédiat.*, avril 1914, n° 4, p. 198.) — A plusieurs reprises, M. Babonneix a insisté à juste titre, sur les rapports de l'hérédo-syphilis et des encéphalopathies infantiles, qu'il s'agisse de syndromes moteurs : diplégies cérébrales, maladie de Little, hémiplégie spasmodique infantile, athétose double; ou de syndromes intellectuels : idiotie, imbécillité, arriération mentale.

Le nouveau cas rapporté par les auteurs vient confirmer, une fois de plus, la justesse de cette opinion. Il s'agit d'un enfant, âgé de trois ans et demi, qui est né à terme et qui fut bien portant jusqu'à l'âge de trois ans. A cette époque il se plaignit, un soir, de céphalée et, dans la nuit qui suivit, des convulsions apparurent; le lendemain matin on constatait une paralysie complète du côté gauche. Un traitement mercuriel fut institué qui donna de très bons résultats.

Actuellement le petit malade est atteint d'une hémiplégie infantile avec arrêt de développement du côté gauche, mouvements athétoso-choréiques, exagération des réflexes tendineux, légers troubles intellectuels. La réaction de Wassermann est franchement positive dans le sang. La mère, phénomène curieux, a une réaction de Wassermann négative.

Le nombre des cas où l'hérédo-syphilis peut être invoquée comme cause d'hémiplégie infantile n'est pas encore très considérable. Ils ont été réunis dans un remarquable travail d'ensemble par M. Babonneix dans un article des *Annales des maladies vénériennes* (février 1913). Depuis, d'autres cas avaient été signalés par Savy, puis Péhu et Gardère.

STEPHEN CHAUVET.

Varicelle du nouveau-né par contagion maternelle. (P. Lereboullet et I. Moricand. *Arch. de méd. des enfants*, n° 4, avril 1914, p. 288.) — La varicelle, comme les autres fièvres éruptives, frappe rarement le nouveau-né. Aussi l'observation rapportée par les auteurs est-elle tout particulièrement intéressante. Elle concerne une fillette dont la mère fut atteinte de varicelle la veille de l'accouchement et qui, quatorze jours après sa naissance, fit une éruption caractéristique qui, à un moment donné, s'accompagna d'un mauvais état général et mit la petite malade en danger. Ultérieurement l'enfant revint à la santé rapidement et reprit son poids.

Dans cette observation plusieurs points méritent de retenir l'attention et ont été bien soulignés par M. Lereboullet.

Tout d'abord, la durée habituelle de l'incubation de la varicelle (quatorze jours) fut vérifiée.

Ensuite pendant les quatorze jours d'incubation de la maladie, le poids de l'enfant resta stationnaire et ne tendit à reprendre qu'une fois la varicelle déclarée. C'est là un phénomène pareil à celui qui a été signalé par Meunier dans la rougeole : diminution de poids des nourrissons en incubation.

Enfin la varicelle est due, ici, à la contagion maternelle et c'est là un fait intéressant. On sait, en effet, que l'immunité relative du nourrisson à l'égard des fièvres éruptives (et notamment la rougeole) a été mise sur le compte de l'immunité de la mère, due à une attaque antérieure, immunité transmise à l'enfant, au moins pour les premières semaines. L'observation de M. Lereboullet est assez favorable à cette hypothèse. La mère n'était, elle-même, pas immunisée; elle a contracté la varicelle tout à la fin de sa grossesse, trop tard pour que l'organisme de l'enfant puisse en subir les effets; la fillette a été contagionnée par sa mère le jour même de sa naissance; il ne pouvait en être autrement.

STEPHEN CHAUVET.

Contribution au dosage de l'albumine urinaire au moyen de la force centrifuge. (C. Strzyzowski. *Revue suisse de médecine*, 7 mars 1914, n° 12, p. 449.) — Abstraction faite de la vitesse et de la circonférence rotatoire d'un centrifugeur, le volume d'un sédiment organique centrifugé dépend essentiellement des deux principes suivants :

1° Le nombre des rotations et la température restant les mêmes, le volume d'un précipité centrifugé augmente avec la densité du liquide au sein duquel il prend naissance.

2° Le nombre des rotations et la densité du liquide restant les mêmes, le volume du précipité centrifugé varie inversement avec la température.

En conformité de ces deux lois, voici quelle sera la marche à suivre pour effectuer un dosage de l'albumine urinaire par voie de centrifugation.

I. *Réactifs nécessaires.* — 1° Sel de cuisine sec et à l'état de pureté;

2° Solution de sulfate de zinc dont la densité est 1,3000 ($ZnSO_4 + 7\ H_2O$... 112g3; eau : 100 centimètres cubes; acide acétique glacial : 3cc5). Après dissolution, compléter à la température de 15 degrés la solution, avec de l'eau distillée, au volume de 200 centimètres cubes.

3° Réactif d'Esbach (dissoudre 1 gramme d'acide picrique + 2 grammes d'acide citrique dans la quantité nécessaire d'eau chaude; étendre ensuite à 15 degrés au volume de 100 centimètres cubes).

4° Acide acétique pour acidifier l'urine albumineuse, si celle-ci est alcaline ou neutre.

II. *Dosage.* — On commence par amener toute urine albumineuse au poids spécifique 1g030, qui est constant. A cet effet, on détermine la densité du liquide à examiner, et ajoute à celle-ci la quantité correspondante de NaCl pour avoir à 15 degrés le poids spécifique 1g030.

Ce postulat étant réalisé, on introduit, en pipettant toujours très exactement 5 centimètres cubes de l'urine acide (densité = 1g030) dans le sédimentomètre de centrifugation de Strzyzowski.

Après y avoir ajouté 2 centimètres cubes de la solution de sulfate de zinc (densité = 1,3000), on bouche le tube et on agite doucement le mélange.

Additionné de 3 centimètres cubes de réactif d'Esbach qu'on laisse arriver doucement à sa surface, ce liquide est immédiatement agité (5 fois dans chaque sens) et, une minute après, centrifugé pendant quinze minutes à raison de 2000 tours par soixante secondes. Pour obtenir ce nombre de tours ou un nombre très voisin on se servira d'un centrifugeur électrique et on contrôlera la vitesse rotatoire au moyen d'un compteur reconnu exact.

Suivant la température à laquelle le centrifugeur a été arrêté et selon le volume du cylindre d'albumine obtenu, une table dressée par l'auteur indique directement la quantité d'albumine contenue par 100 centimètres cubes de l'urine examinée.

Au cas où la teneur de l'urine en albumine serait supérieure à 6 p. 1000, respectivement à 8,5 p. 1000, on diluera le liquide avec un volume égal ou double d'une urine normale.

Après avoir amené le mélange au poids spécifique 1g030, on tiendra compte, lors de la lecture du résultat obtenu, de la dilution opérée.

Vu la tendance du cylindre albumineux de se dilater après la centrifugation (d'un centième de centimètre cube environ), il est recommandable de pratiquer la lecture des résultats aussitôt après l'arrêt du centrifugeur.

STEPHEN CHAUVET.

Paralysie générale, trépanation et injection de sérum salvarsanisé. (DELÉPINE et SABLÉ. *Journ. des sc. méd. de Lille*, 11 avril 1914, p. 337.) — Divers auteurs ont récemment préconisé les injections sous-arachnoïdiennes de sérum salvarsanisé.

On sait qu'on se sert en pareil cas non d'une dissolution de salvarsan *in vitro* dans un sérum quelconque humain ou animal, mais bien du sérum d'un individu ayant reçu préalablement une injection intraveineuse du sel arsenical.

C'est ainsi que Robertson, Swift et Ellis ont, les premiers, utilisé le sérum de syphilitiques à qui l'on venait de faire du néosalvarsan par la voie intraveineuse. Ce sérum contenant des anticorps fut injecté dans le rachis de ces mêmes individus.

Bériel a utilisé cet auto-sérum salvarsanisé dans deux cas; mais au lieu de faire l'injection dans le rachis, il la fit directement dans la cavité cranienne par la fente sphénoïdale, suivant sa technique personnelle. Auguste Marie, Levaditi et de Martel ont également employé le sérum salvarsanisé dans deux cas de paralysie générale. Un cas fut amélioré.

Ils injectèrent dans le cœur d'un lapin une dose de salvarsan correspondant à 0g07 par kilogramme d'animal. L'animal fut saigné à blanc par ponction du cœur afin de prélever le sang d'une façon aseptique. Le sang retiré à la seringue fut immédiatement mis dans des tubes stériles. Le sérum décanté fut recueilli aseptiquement et chauffé à 55 degrés pendant quarante-cinq minutes et injecté dans la boîte cranienne, grâce à une double trépanation.

Delépine et Sablé ont utilisé cette méthode pour traiter un de leurs malades âgé de trente-deux ans et atteint de paralysie générale. Le sérum de lapin qu'ils employèrent était salvarsanisé à raison de 5 centigrammes par kilogramme d'animal (un premier lapin à qui ils avaient injecté 7 centigrammes par kilogramme était, en effet, mort immédiatement après l'injection).

Les auteurs firent, le 14 janvier, sous anesthésie locale à la novocaïne, une trépanation bilatérale à la fraise de Doyen, dans la région temporale antérieure et injectèrent de chaque côté 4 centimètres cubes de sérum salvarsanisé. Le 15 janvier la température monte aux environs de 38 degrés. Le 16, un syndrome méningé apparaît. Une ponction lombaire montre l'apparition d'un polynucléaire sans éléments microbiens. Le 17 la température est à 39°5 ; elle s'éteint le surlendemain.

Les auteurs pensent qu'il serait puéril de juger de la valeur de la méthode d'après cette observation qu'ils ne rapportent que pour verser un nouveau fait aux débats.

STEPHEN CHAUVET.

FORMULAIRE

ŒDÈME AIGU DU POUMON

Médication d'urgence : large saignée générale de 300 à 400 grammes avec des saignées locales par ventouses scarifiées sur la paroi thoracique, la région du foie et des reins.

Cela fait, trois grandes indications se posent :

1° Combattre le collapsus cardiaque par des injections de caféine ou d'huile camphrée.

2° Combattre les troubles d'innervation cardio-pulmonaire par des injections de strychnine ou l'électrisation du nerf vague.

3° Combattre l'élément toxique par la prescription du régime lacté et de la Théosalvose phosphatée ou caféinée (quatre cachets de 0g50 pro die). Cette dose sera ensuite abaissée à deux cachets, à prendre pendant plusieurs semaines, de façon à prévenir le retour de l'œdème pulmonaire.

NOTES POUR L'INTERNAT

DILATATION DES BRONCHES (1)

Il est bien rare que de nouvelles poussées catharrales ne se reproduisent pas : l'on assiste alors à la réapparition des mêmes signes physiques. Parfois la poussée inflammatoire dure longtemps, un mois ou deux, et il devient bien difficile alors de se défendre contre la pensée d'une fonte tuberculeuse; le tissu pulmonaire péribronchique s'enflamme, la plèvre peut être irritée : exceptionnellement on voit survenir de la gangrène, des hémoptysies, une pleurésie purulente; bien plus souvent l'on observe des infections à distance (pseudo-rhumatismes, endocardites, abcès du cerveau, etc.) ; la santé générale se ressent à la longue de cette suppuration incessante : les doigts se déforment (*doigts hippocratiques*); l'hématose est gênée, le cœur droit se laisse dilater ; la cyanose, la dyspnée s'installent; l'enfant présente alors une cachexie très accusée en dehors de toute infection tuberculeuse. La tuberculose se greffe d'ailleurs parfois sur ces dilatations bronchiques, surtout dans le milieu hospitalier.

A l'origine des dilatations bronchiques on peut retrouver la tuberculose, mais cela est assez rare chez l'enfant; chez le nourrisson, la constatation de signes cavitaires au niveau des poumons fera penser à la syphilis; on en recherchera les stigmates habituels et l'on fera le Wassermann. Milhit a récemment insisté sur la concomitance de l'hérédo-syphilis et des dilatations bronchiques pendant la deuxième enfance et sur les heureux effets du traitement spécifique au cours de cette affection.

Le diagnostic de la dilatation des bronches chez l'enfant est toujours très délicat : on pense à un simple catarrhe et on méconnaît ainsi la dilatation; le plus souvent on confond la bronchectasie avec une *broncho-pneunomie anormale et traînante*, avec une *pleurésie purulente* s'accompagnant de signes pseudo-cavitaires, enfin et surtout avec la *tuberculose pulmonaire ;* l'erreur est d'autant plus facile que parfois les signes de bronchectasie occupent le sommet du poumon. On se basera sur l'état général du sujet qui reste bon, on recherchera les *bacilles de Koch* dans les crachats expectorés ou retirés de l'estomac après lavage ; on aura recours, en outre, à l'intradermo-réaction à la tuberculine, à l'examen radioscopique. On ne négligera pas non plus de rechercher le Wassermann, puisque l'on sait maintenant la fréquence de l'hérédo-syphilis chez les enfants atteints de bronchectasie la plus banale en apparence.

II. **Adultes.** — Le tableau clinique de la dilatation des bronches chez l'adulte est assez différent : le symptôme pathognomonique, celui qui attire en général le premier l'attention, est la *bronchorrée;* il s'agit en général de tousseurs habituels, sujets aux infections bronchiques répétées, qui viennent consulter parce que depuis quelque temps le caractère de leur expectoration s'est profondément modifié; au lieu d'expectorer après chaque quinte de toux quelques crachats muco-purulents comme d'habitude, ces malades racontent qu'à intervalles plus ou moins rapprochés, de préférence le matin au réveil, ils rendent en une seule fois, quelquefois même sans avoir toussé, un flot de mucosités : le fait se renouvelle parfois aussi dans la journée, et l'expectoration totale peut atteindre ainsi pour vingt-quatre heures 200 à 300 grammes; il suffit à certains malades de s'incliner sur un côté pour que l'évacuation se produise; le liquide ainsi rendu est tantôt mu-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 69, p. 1134, et n° 72, p. 1197.

queux, tantôt puriforme; abandonné dans un verre, il se répartit en trois couches : une supérieure, grisâtre, aérée; une moyenne, composée de mucosités filantes; une inférieure, puriforme. L'odeur en est fade ou putride s'il existe de la gangrène bronchique. Au microscope, on trouve dans la couche supérieure de la graisse, des cellules en voie de dégénérescence graisseuse, des granulations moléculaires; dans la couche inférieure presque exclusivement des globules de pus, des cristaux d'acides gras, des bouchons de Dittrich. La recherche des germes pathogènes montre dans cette expectoration la présence de bactéries et de champignons divers (streptocoques, micrococcus, leptothrix, aspergillose); on y a signalé l'oospora pulmonalis (Garnier); on peut y trouver des microbes de la putréfaction (fragilis, perfringens, etc.). Le clinicien devra surtout y rechercher la présence des bacilles de Koch : ceux-ci, peu nombreux en général, seront méconnus si l'on n'a pas la précaution d'homogénéiser les crachats et de recourir au procédé de l'enrichissement des bacilles : on recherchera l'albumino-réaction et l'on pratiquera l'inoculation au cobaye.

L'examen physique du malade doit avoir lieu autant que possible après l'expectoration matinale du liquide bronchique : les signes observés varient en effet suivant le siège de la dilatation bronchique, l'état de réplétion de la bronche, etc. L'inspection montre parfois une rétraction notable de la paroi, tantôt partielle, tantôt généralisée; la percussion révèle soit de la matité ou de la submatité, soit parfois même le bruit de pot fêlé; la palpation traduit une exagération des vibrations lorsque le parenchyme avoisinant est un peu densifié; enfin l'auscultation donne tous les signes habituels d'une caverne (souffle caverneux ou tubaire, râles de gargouillement, retentissement de la voix, etc.). En un mot, les signes physiques observés sont ceux qui caractérisent une caverne pulmonaire : la *radioscopie* donne parfois les mêmes zones d'ombre que dans une caverne pulmonaire; parfois cependant, elle permet d'éliminer la caverne pulmonaire et fait affirmer l'existence de la dilatation bronchique.

Contrastant avec ces symptômes cavitaires l'état général du malade reste longtemps très florissant, avec appétit conservé, facies excellent. Tout au plus à la longue note-t-on une dyspnée qui s'accuse peu à peu, au fur et à mesure que s'accroît la sclérose pulmonaire et que le cœur droit de plus en plus gêné se laisse dilater. A l'écran radioscopique on devra rechercher de bonne heure cette dilatation du cœur droit, de même que l'on devra toujours ausculter avec grand soin les bases pulmonaires pour y déceler soit un léger épanchement, soit des symptômes de cirrhose cardiaque. Un signe important de ce mauvais fonctionnement de l'hématose est l'*ostéopathie hypertrophique pneumique* de P. Marie qui atteint parfois chez ces malades un développement considérable intéressant les extrémités digitales, le poignet.

La maladie peut rester stationnaire pendant de longues années : la guérison par cicatrisation peut même s'observer, mais c'est exceptionnel; plus souvent, peu à peu la cirrhose pulmonaire s'accusant, le malade devient un cardiaque présentant les accidents habituels de l'asystolie pulmonaire à laquelle il finit par succomber. Parfois des complications surviennent qui hâteront le dénouement. Il faut signaler en premier lieu les *hémoptysies* dues soit à une lésion tuberculeuse concomitante, soit bien plus souvent à la rupture des petits vaisseaux si nombreux dans le chorion de la bronchectasie (Hanot et Gilbert). Ces hémoptysies sont en général abondantes et persistantes.

La complication la plus à redouter ensuite est la *gangrène* secondaire bronchique évoluant au milieu de symptômes aigus et se révélant par la fétidité caractéristique de l'expectoration et de l'haleine. Une complication également fréquente et toujours sévère est l'infection locale ou générale.

L'*infection locale* peut gagner le parenchyme voisin et déterminer un abcès du poumon, une broncho-pneumonie, exceptionnellement une pleurésie purulente; très rarement on observera un pneumothorax. L'*infection générale* est souvent causée par la rétention ou l'évacuation incomplète des exsudats par suite de l'oblitération bronchique ou du défaut d'expulsion pour une cause quelconque; la fièvre s'allume, la langue est sèche, la dyspnée très vive; l'amaigrissement fait des progrès rapides et le malade succombe aux progrès de l'hecticité ou de la pyohémie avec métastases infectieuses dans le foie, le cerveau, etc.

DIAGNOSTIC. — Le *diagnostic positif* de la bronchectasie repose sur l'existence chez les malades d'une abondante expectoration, très caractéristique, se faisant sous forme de vomique, coexistant avec des signes cavitaires siégeant le plus souvent dans un seul poumon alors que l'état général paraît peu touché.

Le *diagnostic différentiel*, assez facile lorsque les signes physiques sont au complet et que la radioscopie démontre l'intégrité relative du parenchyme pulmonaire, est au contraire fort difficile lorsque ces symptômes sont peu accusés; on pourra méconnaître complètement la bronchectasie et porter le diagnostic de *bronchite catarrhale banale*; récemment Florand, François et Flurin ont insisté sur la difficulté de ce diagnostic. Le diagnostic devra se discuter aussi avec le *pneumothorax* partiel, surtout interlobaire; les antécédents, la notion d'une vomique, la radioscopie permettront le diagnostic.

C'est surtout avec les *cavernes pulmonaires* et tout spécialement avec la *caverne tuberculeuse*, que l'erreur sera commise; on tiendra compte de l'état florissant du sujet, de l'unilatéralité des lésions, de l'aspect de l'expectoration, de l'examen bactériologique des crachats : le problème est souvent insoluble dans les cas mixtes lorsque par exemple le bacille de Koch s'est greffé sur une bronchectasie.

Il faudra éliminer également les autres cavernes pulmonaires (pseudo-tuberculose, actinomycose, aspergillose, oosporose, anthracose, etc.), le cancer pulmonaire, la syphilis pulmonaire. Il ne faudra pas, enfin, s'en laisser imposer par les signes pseudo-cavitaires d'une adénopathie médiastine, d'une pleurésie, etc.

Parfois le diagnostic se discutera à l'occasion d'une complication (hémoptysie, gangrène, hyposystolie, infection généralisée, etc.); seule, l'histoire du malade permettra le diagnostic.

Lorsque la bronchectasie sera reconnue, le clinicien devra s'efforcer de préciser si la tuberculose, la syphilis surtout, ne sont pas en cause; il devra apprécier s'il existe ou non des symptômes d'insuffisance cardiaque, d'infection, de rétention, etc.

PRONOSTIC. — L'affection peut rester latente pendant longtemps; elle peut coexister avec un état de santé florissant pendant de nombreuses années; ses conséquences lointaines sont l'infection généralisée, les hémoptysies, la gangrène pulmonaire et surtout l'asystolie; le plus grand danger c'est la tuberculose qui, surtout à l'hôpital, se greffe facilement sur les dilatations bronchiques.

TRAITEMENT. — Chez l'enfant, pendant les poussées aiguës, l'enveloppement humide du thorax, les bains tièdes, le benzoate de soude, l'huile camphrée, donnent de bons résultats; dans l'intervalle des poussées, chez l'enfant comme chez l'adulte, la gymnastique respiratoire, les bains d'air comprimé seront très utiles; on évitera autant que possible toutes les causes de contamination bacillaire ou d'infection bronchique. On réalisera l'antisepsie des voies respiratoires. Le traitement hydrominéral surtout par les eaux sulfureuses sera toujours prescrit. On traitera la syphilis si elle paraît être en cause : le traitement spécifique est suivi d'une amélioration rapide de l'état général dans les bronchectasies des hérédo-syphilitiques (Milhit).

BIBLIOGRAPHIE. — HUTINEL. Les petites dilatations bronchiques chez les enfants, *Presse méd.*, 14 et 18 fév. 1911. — MILHIT. Dilatations bronchiques et hérédo-syphilis chez l'enfant. *Arch. de méd. des enfants*, 2 fév. 1914. — FLORAND, FRANÇOIS, FLURIN. *Les Bronchites chroniques*, 1914, Paris, Masson. — THIROLOIX et DEBRÉ. Pathogénie des dilatations des bronches, *Gaz. des hôpit.*, 1907, p. 483. — THIROLOIX et DEBRÉ. Dilatation bronchique expérimentale, *Tribune méd.*, 1908, p. 597. — HUTINEL. *Traité des maladies des enfants*, t. IV.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 10 francs par an.
Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

(2e SÉRIE)

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs, du 1er août au 30 septembre, des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements étant en nombre limité, toutes les demandes doivent nous parvenir avant le 15 juillet.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 2 juillet. — MM. Halbron, Ramond et Armand-Delille, 20.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — Concours de l'internat. — Question sortie : « Signes et diagnostic de l'hémorragie cérébrale. — Diagnostic et traitement de l'occlusion intestinale. »

Questions restées dans l'urne : « Signes et diagnostic de l'ulcère de l'estomac. — Signes et diagnostic de la tuberculose du testicule. »

« Signes et diagnostic des sténoses du pylore. — Fractures bi-malléolaires (signes et diagnostic). »

Notes obtenues : MM. Migot, 16; Mourlon, 14; Pépin, 21; Poitrinol et Sebald, 25; Texier, 20; Allard, 19.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le Conseil supérieur de l'instruction publique a adopté un projet d'arrêté, relatif à l'organisation du concours d'agrégation dans les facultés de médecine et dans les facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

GUERRE. — Par décision ministérielle du 22 juin 1914, M. le médecin principal de première classe Toubert, de l'hôpital militaire Desgenettes à Lyon, est nommé professeur de chirurgie spéciale à l'Ecole d'application du service de santé militaire à Paris (service).

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS (149, rue de Sèvres). — Cours de vacances (août-septembre 1914), sous la direction de M. Nobécourt, agrégé. — *Jeudi 20 août.* — Dix heures et demie : M. Nobécourt. Principes de l'alimentation des nourrissons normaux. — Dix-sept heures : M. Tixier : Le sang, les organes hématopoïétiques normaux et pathologiques.

Vendredi 21 août. — Dix heures et demie : M. Tixier. Le sang, les organes hématopoïétiques normaux et pathologiques. — Dix-sept heures : M. Tixier. Les anémies simples.

Samedi 22 août. — Dix heures et demie : M. Tixier. Les anémies graves. — Dix-sept heures : M. Nobécourt. Séméiologie des troubles de la digestion et de la nutrition du nourrisson.

Lundi 24 août. — Dix heures et demie : M. Tixier. Les leucémies. — Dix-sept heures : M. Nobécourt. Séméiologie des troubles de la digestion et de la nutrition du nourrisson.

Mardi 25 août. — Dix heures et demie : M. Ferrand. Diagnostic et traitement de l'hérédo-syphilis. — Dix-sept heures : M. Tixier. L'hémophilie.

Mercredi 26 août. — Dix heures et demie : M. Tixier. Les purpuras. — Dix-sept heures : M. Nobécourt. Troubles de la digestion et de la nutrition dans l'allaitement naturel.

Jeudi 27 août. — Dix heures et demie : M. Ferrand. Diagnostic et traitement de l'hérédo-syphilis. — Dix-sept heures : M. Tixier. Maladie de Barlow.

Vendredi 28 août. — Dix heures et demie : M. Darré. La scarlatine maligne. — Dix-sept heures : M. Nobécourt. Trou-

RENSEIGNEMENTS

518. — **EXTERNE QUATRIÈME ANNÉE**, seize inscriptions, désire remplacement médecin, du 1er août au 20 août.
Ecrire Decléty, 19, rue de Sévigné, Paris 4e.

516. — **DOCTEUR ANCIEN EXTERNE** demande remplacement Paris ou environs, de suite.
S'adresser au journal.

bles de la digestion et de la nutrition dans l'allaitement artificiel.

Samedi 29 août. — Dix heures et demie : M. Ferrand. La tuberculose cutanée chez l'enfant. — Dix-sept heures : M. Darré. Diagnostic et traitement de la diphtérie.

Lundi 31 août. — Seize heures : M. Babonneix. Encéphalopathies infantiles. — Dix-sept heures : M. Nobécourt. Troubles de la digestion et de la nutrition à la période du sevrage.

Mardi 1er septembre. — Dix heures et demie : M. Ferrand : Eczéma et eczématisation : leur traitement. — Dix-sept heures : M. Darré. Diagnostic et traitement de la diphtérie.

Mercredi 2 septembre. — Seize heures : M. Babonneix. Encéphalopathies infantiles.— Dix-sept heures : M. Nobécourt. Hypotrophie et cachexie des nourrissons.

Jeudi 3 septembre. — Dix heures et demie : M. Ferrand : Impétigo. Ecthyma-gale. Phtiriase. — Dix-sept heures : M. Darré. Les accidents de la sérothérapie.

Vendredi 4 septembre. — Seize heures : M. Babonneix. Les chorées. — Dix-sept heures : M. Nobécourt. Entéro-colites des enfants.

Samedi 5 septembre. — Dix heures et demie : M. Ferrand. Dermites des nouveau-nés. Pemphigus. Dermites bulleuses. — Dix-sept heures : M. Darré. Les vaccinothérapies en médecine infantile.

Lundi 7 septembre. — Seize heures : M. Babonneix. Tétanie. Myopathies.— Dix-sept heures : M. Darré. Diagnostic et traitement des méningites cérébro-spinales.

Mardi 8 septembre. — Dix heures et demie : M. Ferrand. Diagnostic des alopécies chez l'enfant. (Pityriasis : séborrhée. Pelade.) — Dix-sept heures : M. Babonneix. Tumeurs cérébrales.

Mercredi 9 septembre. — Seize heures M. Babonneix. Réactions méningées. — Dix-sept heures : M. Darré. Diagnostic et traiment de la tuberculose.

Jeudi 10 septembre. — Seize heures : M. Darré. Diagnostic et traitement de la tuberculose. — Dix-sept heures : M. Babonneix. Epilepsie. Convulsions.

Vendredi 11 septembre. — Dix heures et demie : M. Ferrand. Diagnostic clinique et histologique du favus de la teigne et des tricophyties. — Dix-sept heures : M. Babonneix. Paralysie infantile.

Un programme et un horaire des leçons seront distribués aux auditeurs.

Sont admis les docteurs et étudiants français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement d'un droit de 50 francs.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

MATERNITÉ DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS. (Service de M. le docteur DEMELIN.) — COURS DE PERFECTIONNEMENT à l'usage des docteurs en médecine français et étrangers et des étudiants déjà pourvus de leur certificat de stage obstétrical.

Un cours d'accouchement s'ouvrira à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis, le mercredi 8 juillet 1914, sous la direction de M. le docteur Demelin, accoucheur chef de service, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et avec la collaboration de MM. les docteurs Devraigne, accoucheur des hôpitaux, assistant; Guéniot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Chirié, ancien chef de clinique à la Faculté; Keim, ex-préparateur des cours à la Faculté, ancien interne des hôpitaux, et Roullier, ex-préparateur des cours à la Faculté.

Ce cours, théorique et pratique, aura lieu chaque jour à dix-sept heures ; il comprendra quatorze leçons, dont suivent l'ordre et les sujets :

1. Diagnostic de la grossesse pendant les six premiers mois;
2. Diagnostic des présentations;
3. Prophylaxie et traitement de l'infection puerpérale;
4. Hémorragies utérines de la grossesse;
5. Version (généralités : premier et deuxième temps);
6. Extraction manuelle du siège et de la tête dernière;
7. Forceps (généralités : les occipito-pubiennes);
8. Forceps (les occipito-antérieures obliques);
9. Forceps (les occipito-postérieures);
10. Forceps (les occipito-transverses);
11. Forceps (face et tête dernière);
12. Dystocie par le siège; mort apparente du nouveau-né;
13. Les embryotomies céphaliques;
14. L'embryotomie rachidienne; contre-indications de la version; prophylaxie des ruptures utérines.

Les auditeurs assisteront, en outre, aux consultations externes.

Le prix du cours complet est de 50 francs.

S'inscrire à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis le matin, de neuf heures et demie à dix heures et demie.

Le nombre des places est limité.

FORMULAIRE

RÉGIME DÉCHLORURÉ

Dès que le malade perd l'appétit et menace d'abandonner le régime déchloruré, comme trop pénible, lui prescrire de mettre au bord de l'assiette une quantité *ad libitum* de Sel Fros, avec laquelle il imprégnera chaque bouchée (aliments solides seulement).

LIVRES NOUVEAUX

Localisations cérébelleuses (1), par A. THOMAS et A. DURUPT.

Les lecteurs de ce journal ont certainement remarqué les expériences et observations communiquées par les auteurs à la Société de neurologie depuis plusieurs années : elles ont toujours été accueillies avec le plus vif intérêt et parfois ont donné lieu à d'importantes discussions. C'est avec plaisir qu'ils retrouveront ici l'ensemble de ces documents précédés d'une étude remarquable sur l'anatomie et la physiologie comparées et de l'exposé de ce que nous savons, concernant la physiologie et les localisations cérébelleuses. De leurs recherches expérimentales sur le chien et le singe, MM. Thomas et Durupt dégagent un certain nombre de données qu'ils rapprochent ensuite de celles fournies par la clinique.

Voici les points principaux de cette étude. Il existe un centre cérébelleux pour chaque segment de membre et articulation « présidant à l'élaboration d'une fonction sthénique affectée à une direction déterminée (extension, flexion, etc.) ». La destruction des centres donne non une paralysie, mais une perturbation dans l'équilibre des muscles antagonistes ; la disparition d'un centre amène le renforcement de celui qui préside au mouvement antagoniste.

Le cerveau peut suppléer, dans une certaine mesure, à la destruction d'un centre cérébelleux, les perturbations de l'attention font, chez l'animal, reparaître momentanément des troubles qui paraissaient avoir complètement et définitivement disparu. L. ALQUIER.

(1) Un vol. de 200 pages avec 92 fig. — Prix : 6 francs. — Paris, Vigot frères.

REVUE GÉNERALE

L'ŒDÈME MALIN CHARBONNEUX

Par MM. Marcel CARRIEU,
Chef de clinique à la Faculté de Montpellier,
et Spyridion N. ŒCONOMOS,
Interne des hôpitaux.

Définition. — L'œdème malin charbonneux est une inflammation du tissu conjonctif ou adipo-conjonctif due à la bactéridie charbonneuse ; il est caractérisé essentiellement par sa tendance à envahir *rapidement* les régions voisines, par l'absence de toute réaction de défense de l'organisme et enfin par la gravité des phénomènes généraux, à allure septicémique, qui ne tardent pas à l'accompagner. *C'est donc un phlegmon diffus dû à la bactéridie charbonneuse.*

Quoique rare cette affection est d'une très grande importance pour le médecin et le chirurgien, à cause de sa marche très rapide ; en effet, l'œdème augmente à vue d'œil, le tableau septicémique ne tarde pas à apparaître ; aussi n'y a-t-il pas de temps à perdre dans cette forme de malignité extrême et c'est dans l'intervention rapide que se trouve la seule chance de salut. D'autre part, il est intéressant de voir que l'on peut appliquer au charbon les progrès de la bactériologie et de la thérapeutique moderne pour faire un diagnostic précoce, un pronostic sûr et un traitement méthodique.

I

Historique. — L'histoire de l'œdème malin charbonneux est assez ancienne et peut être divisée schématiquement en trois périodes.

Dans une première période ou *période clinique*, on rapporte simplement des observations de cette affection. C'est à Bourgeois que revient l'honneur d'avoir rattaché, le premier, certains œdèmes à la maladie charbonneuse. Mais dans son excellente description publiée dans les *Archives générales de médecine*, en 1843, Bourgeois semble croire que l'œdème charbonneux a son siège exclusif au niveau des paupières. En 1859, dans son *Traité des maladies charbonneuses*, Raimbert signale la présence de cet œdème sur d'autres parties du corps et notamment à la face, au cou, à la région mammaire, à l'aisselle et sur le dos de la main, tout en insistant, comme Bourgeois sur sa fréquence au niveau des paupières. C'est sur les données cliniques de ces deux auteurs que Dujardin, Groverry, Socor, Gourfinkel et Coursenat se sont appuyés pour publier leurs observations d'œdème malin des paupières, sans contrôle microscopique.

Dans une seconde période *pathogénique*, on établit la preuve bactériologique de la nature charbonneuse de l'œdème malin. En effet, consécutivement à la découverte de la bactéridie, en 1850, par Rayer et Davaine, Chipault inocule, en 1881, un cobaye avec quelques gouttes de la sérosité qui suinte des vésicules d'un œdème malin datant de quatre jours ; ce cobaye meurt deux jours après et la sérosité de la plaie d'inoculation ainsi que le sang du foie montrent des bactéridies charbonneuses. Par contre Thoinot et Girot inoculent *en vain* des cobayes avec de la sérosité d'œdème prélevée le troisième et le sixième jour, et citent à ce sujet Maunoury et Straus, qui constatèrent que la sérosité de la pustule maligne inoculée à des brebis ou à des lapins peut ne donner aucun résultat. Mais actuellement on ne conteste plus la nature charbonneuse de cette affection et on explique les résultats négatifs par ce fait qu'il y a en général peu de bactéries dans la sérosité.

Dans une troisième période, *thérapeutique*, on recherche le traitement rationnel de l'œdème malin. Déjà Toussaint, en 1880, était arrivé le premier à réaliser empiriquement la vaccination des animaux par des microbes tués par la chaleur. Mais en réalité c'est à Pasteur et à ses élèves Chamberland et Roux que nous devons la réalisation pratique de cette vaccination et les expériences célèbres de la ferme de Rossignol à Pouilly-le-Fort marquent une date dans l'histoire de la médecine. C'est ainsi que Straus, dans ses leçons remarquables de 1887, insiste sur la valeur prophylactique de la vaccination. Depuis lors la sérothérapie du charbon a été étudiée par Marchoux en 1895, par Sclavo, Pane et Trapani, San Felice en 1903. A partir de cette époque les travaux se sont multipliés sur l'étude clinique, pathogénique et thérapeutique de l'œdème malin charbonneux.

II

Etiologie. — Nombreuses sont les causes qui interviennent dans la production de l'œdème malin charbonneux, mais elles peuvent se diviser en trois catégories.

I. Cause déterminante. — La cause déterminante de l'œdème malin est celle du charbon en général, c'est-à-dire l'introduction dans l'organisme de la bactéridie charbonneuse découverte par Rayer et Davaine, en 1850, et étudiée plus tard par Koch, Pasteur et ses élèves. Nous serons très brefs dans la description de cet agent pathogène dont la connaissance est pourtant indispensable pour la compréhension de la pathogénie de l'œdème malin.

La bactéridie charbonneuse de Davaine se présente sous deux *aspects*. Dans sa *forme bacillaire* (sous laquelle on la rencontre dans le sang et les tissus des animaux infectés) elle apparaît comme un bâtonnet droit, flexible, transparent, formé de deux ou trois articles ; son épaisseur est de 1 à 1,25 μ, sa longueur varie de 3 à 6 μ. La *forme filamenteuse* — qui ne se trouve dans l'organisme que dans le liquide de l'œdème et s'observe surtout dans les cultures en milieu liquide — est caractérisée par sa longueur qui varie entre 5 et 20 μ. Le bacille se colore bien par toutes les couleurs d'aniline et prend le Gram. Il présente deux modes de reproduction ; en effet dans le sang et les tissus il se reproduit par segmentation ; par contre en dehors de l'organisme (en culture par exemple) il se multiplie par spores endogènes, arrondies ou ovalaires, qui sous l'in-

fluence d'un apport abondant d'oxygène et d'une température favorable (de 18 à 40 degrés) se développent rapidement.

La bactéridie est facile à cultiver sur tous les milieux (bouillon, gélatine, gélose, pomme de terre). C'est un germe essentiellement aérobie et l'absence d'oxygène le tue rapidement. Inversement l'action prolongée de l'oxygène de l'air (surtout s'il est sous une pression supérieure à la normale) atténue sa virulence, il en est de même des hautes pressions (Roger), de la température, de la lumière et des rayons X. La spore est bien plus résistante que le bacille, puisqu'elle supporte une température sèche de 120 degrés et cette propriété des spores explique bien l'extrême persistance de l'infection dans diverses régions et les multiples façons dont peut se faire l'inoculation. Comme tout microbe, la bactéridie charbonneuse sécrète une *toxine* qui, d'après Boidin (thèse de Paris, 1906), ne rentre pas dans la catégorie des toxines solubles, mais elle constitue une toxine adhérente et peut être séparée du microbe par l'éther ou le chloroforme (*méthode d'Auclair*). D'après Koch, la bactéridie charbonneuse est capable de vivre à l'état saprophyte dans les eaux stagnantes, dans la vase et dans les sols humides. On la rencontre aussi sur les tiges d'herbes et des graminées, mais en réalité on a eu rarement l'occasion d'étudier le bacille du charbon sous sa forme saprophyte. Par contre, il vit surtout dans l'*organisme des animaux* et particulièrement des animaux domestiques (moutons, chèvres, bœufs, etc.). Ces bactéridies charbonneuses et principalement leurs spores, enfouies dans le sol en même temps que le corps de l'animal infecté, sont ramenées à la surface du sol, soit par les vers de terre (Pasteur), soit par les limaces et les escargots (Karlinski). Les animaux peuvent ainsi s'infecter en mangeant l'herbe contaminée, surtout lorsqu'elle présente des aspérités ou qu'elle est mêlée à des corps durs qui produisent des érosions (champs maudits).

II. Causes occasionnelles. — L'œdème malin est presque consécutif au charbon des animaux et l'on conçoit que toute *solution de continuité des téguments*, permettant l'entrée des germes pathogènes, constitue une cause occasionnelle importante de cette affection. Cette porte d'entrée peut être plus ou moins étendue mais, le plus souvent, elle est minime et consiste en une excoriation, piqûre, plaie, ampoule avec soulèvement de l'épiderme, etc. Dans certains cas même elle passe inaperçue et peut ainsi faire défaut en apparence. En effet, Raimbert s'est assuré de la possibilité de la contagion avec intégrité des surfaces en séparant de la peau les deux couches (muqueuse et cornée) qui composent l'épiderme, grâce à un vésicatoire ; il a vu que les deux couches peuvent se laisser traverser par les bactéridies, mais que la couche cornée leur livre plus difficilement passage. Ce mode de contagion se produit par suite d'un contact plus ou moins prolongé et par simple imbibition des tissus ; deux circonstances sont propres à la favoriser, ce sont le frottement et l'humidité des téguments (Guipon). La transmission est plus sûre et plus prompte, si le contact s'effectue du côté des muqueuses, où la ténuité de l'épithélium est extrême et l'absorption des plus faciles; enfin il faut signaler, comme cause possible, la chaleur qui produit la dilatation des pores de la peau.

L'œdème malin provient rarement des *animaux charbonneux* eux-mêmes, pendant leur vie ou au moment de leur enfouissement; mais plus tard, si les dépouilles des bêtes charbonneuses sont livrées à l'industrie, elles deviennent la source d'infections multiples, que l'extrême résistance des spores explique parfaitement. Les *peaux fraîches ou tannées* constituent le principal agent de contagion et l'on conçoit ainsi pourquoi les ouvriers qui travaillent le cuir (cordonniers, selliers, gantiers, mégissiers et tanneurs) se trouvent les plus prédisposés. D'autre part, les *laines*, *les crins et les cornes* ont été la cause d'épidémie charbonneuse.

III. Causes prédisposantes. — *Fréquence.* — L'œdème malin constitue la forme clinique la plus rare du charbon externe. Le Roy des Barres, dans un relevé de 72 cas de charbon, n'a observé que cinq exemples d'œdème malin contre 67 cas de pustule. Mauzevin fournit une observation d'œdème pour 20 cas de pustules. Cornil et Babès, dans leur traité des « bactéries », décrivent bien la pustule maligne et le charbon gastro-intestinal, mais ne donnent pas à l'œdème la place qui lui est due. Brun et Morax, au sujet de l'œdème malin de la région sourcilière disent : « Ce qui nous fait douter de la légitimité du diagnostic clinique, c'est que, dans aucun de ces cas, on n'a pu démontrer soit par la culture, soit par l'examen microscopique, la présence de la bactéridie charbonneuse. » Enfin, d'après Guy, dans la région du Tarn on peut évaluer la fréquence de l'œdème malin à 5 p. 100 des cas de pustules. Cette fréquence a diminué beaucoup depuis que, grâce aux vaccinations pastoriennes, le charbon des animaux est devenu rare. Mais l'infection est loin d'avoir disparu, d'autant plus que le commerce des cuirs utilise non seulement les peaux venues de France ou des pays dans lesquels les vaccinations sont pratiquées systématiquement, mais encore des peaux venues de pays lointains, pays dans lesquels le vaccin anticharbonneux commence seulement à faire pénétrer ses bienfaits. C'est le cas des peaux venues d'Espagne qui ont infecté le malade, dont nous avons rapporté l'histoire à la Société des sciences médicales de Montpellier. L'œdème malin atteint plus fréquemment les *adultes et les vieillards* et il est exceptionnel chez l'enfant. Il s'observe plus souvent chez l'*homme* que chez la femme, en raison d'ailleurs de la nature de leurs travaux. La *profession*, en effet, joue un rôle des plus importants dans les causes prédisposantes de l'œdème malin et nous venons de signaler plus haut les ouvriers qui paient le plus lourd tribut à cette affection. Il en est de même de certaines régions comme le Tarn, le nord de l'Hérault, l'Aveyron et divers autres départements à cause de l'industrie du cuir ou des laines qui y est très développée.

III

Pathogénie. — Elle comprend 4 problèmes à résoudre :

I. Par quel moyen les bactéridies se propagent-elles des dépouilles d'animaux a l'homme pour déterminer l'œdème malin? — De tout temps on a accusé les *mouches :* en effet la mouche carnassière, la femelle du taon, le ricin ou tique du mouton et même l'abeille ont été considérés comme agents aussi certains et même plus fréquents que le contact direct. Maret croit même qu'il existe un insecte particulier encore inconnu, qui possède la propriété de faire naître la pustule maligne sur la partie du corps qu'il a piquée. Par contre Gallard, Bourgeois, Bidault de Villiers et Guipon pensent que l'on ne doit accuser que rarement les insectes, bien que Raimbert soutienne que la piqûre puisse ne pas être sentie.

Le plus souvent l'inoculation se fait par *contact direct.* Dans un cas que nous avons observé en décembre 1913 (*Montpellier médical*, n° 7, 15 février 1914), le malade reçut sur la partie externe de la paupière quelques gouttelettes d'eau provenant du lavage d'une peau charbonneuse. D'autres fois il s'agit de laveurs des fourrures, qui se frottent l'œil avec les mains sales. Dans d'autres cas, le malade est un homme qui après avoir dépecé un bœuf mort d'infection charbonneuse porte la main à son visage couvert de boutons, ou met entre les lèvres le couteau ensanglanté ; les exemples de cette contagion directe sont très nombreux. Enfin la contagion peut aussi se faire d'homme à homme. Thomassin a vu la femme d'un laboureur atteinte de pustule maligne, pour avoir percé les vésicules de son mari et avoir porté les mains à son visage. Guipon cite le cas d'un officier de santé ignorant, qui s'inocula la pustule maligne de l'un de ses clients. Les expériences, relatées partout et heureusement négatives, de Bonnet et Basedow, s'inoculant sans résultat la sérosité de la pustule maligne, s'expliquent par ce fait que le liquide contient peu de bactéridies. D'ailleurs Naudig, Fraenkel et Orth ont signalé que des garçons d'amphithéâtre se sont inoculés en recousant des cadavres infectés. Mais ces contagions interhumaines sont très rares.

II. De quelle façon agit l'agent pathogène pour déterminer l'œdème malin? — L'action pathogène de la bactéridie est encore mal connue, mais il est très probable qu'elle est due aux toxines adhérentes sécrétées par le corps microbien. En effet récemment, Boidin a pu extraire de la bactéridie charbonneuse une endotoxine qui, injectée aux animaux, produit un *œdème local considérable.* Ce fait est très intéressant et explique en partie la pathogénie de l'œdème malin.

III. Pourquoi tantôt observe-t-on la pustule maligne et tantôt l'œdème malin? — Ici nombreuses sont les théories émises.

Guipon fait jouer un certain rôle à l'infection interne par les voies respiratoires ou digestives : l'œdème serait pour lui un signe de l'effort de l'organisme pour se débarrasser du virus. Cette théorie est incompatible avec l'idée que nous nous faisons de l'œdème malin, considéré actuellement comme un symptôme local, témoin du début de la généralisation du virus charbonneux, qui, du point où il siège, va intoxiquer tout l'organisme.

D'*autres auteurs* ont voulu faire jouer un rôle à la concentration du poison qui, suivant qu'il est plus ou moins concentré, produit dans un cas la pustule maligne, dans l'autre cas l'œdème.

Raimbert admet que l'œdème malin est dû au dépôt du principe virulent à la surface d'une muqueuse, ou même à la surface de la peau, lorsque sa couche cornée est d'une extrême ténuité ; il constate en effet que la partie sur laquelle le virus est appliqué exerce une influence notable sur les caractères physiques de la pustule maligne, que plus l'épiderme et le derme sont minces, plus l'œdème est rapide, moins l'escarre et son aréole sont apparentes.

Colin inoculant un chien à différentes régions du corps constate de l'œdème au fourreau, autour des mamelles et au cou et la pustule sous l'abdomen. Il en conclut que l'œdème malin s'observe dans les régions où les tissus profonds sont recouverts par un épiderme ténu ou par une muqueuse et sont facilement perméables.

Rascol, dans sa thèse (Paris, 1879), admet que dans l'œdème malin l'agent pathogène est introduit directement dans le sein des tissus et comme il a moins de chemin à parcourir pour arriver aux vaisseaux sa marche est rapide. Par contre, dans la pustule, le germe est déposé sous l'épiderme.

Enfin Davaine fait remarquer que dans la pustule maligne les bactéridies, occupant le centre, sont situées entre la couche épidermique et le derme. Par contre, toutes les fois que le virus pénètre plus profondément que le corps muqueux, on voit survenir l'œdème malin.

Pour nous aucune de ces théories ne peut expliquer seule d'une façon satisfaisante la raison pour laquelle on observe tantôt l'œdème et tantôt la pustule ; il faut tenir compte dans la pathogénie de l'œdème non seulement de la région où se fait l'inoculation ainsi que du terrain, mais encore du microbe. En effet « l'œdème malin est à la pustule maligne ce que le phlegmon diffus est à l'abcès circonscrit, il n'y a, dans le cas d'œdème, aucune réaction de défense de l'organisme » (*Pratique médico-chirurgicale*). Or d'où peut venir cette absence de réaction de défense ? De deux facteurs qui sont :

1° Le *terrain :* les individus affaiblis, surmenés, cachectiques, ceux dont les humeurs sont particulièrement favorables aux cultures microbiennes, comme les albuminuriques et surtout les diabétiques, font de l'œdème malin avec les mêmes éléments qui chez d'autres, plus résistants, ne déterminent que la pustule maligne.

2° La *bactéridie* qui joue un rôle important d'un côté par sa *quantité*, les barrières suffisantes pour arrêter un petit nombre de bactéridies étant insuffisantes lorsque la quantité est très grande, d'autre

part par sa virulence, très variable suivant les cas.

IV. Enfin de quelle façon la bactéridie charbonneuse détermine la mort dans l'œdème malin ? — Pasteur, considérant les bactéridies comme des corps très avides d'oxygène, pense qu'elles tuent en absorbant tout l'oxygène qui se trouve dans le sang. En effet, à leur arrivée dans le torrent circulatoire, le sang artériel prend la teinte sombre du sang veineux lequel étalé en couches minces au contact de l'air n'y devient pas vermeil au même degré et avec la même rapidité que le sang veineux normal, car le globule a perdu en partie son aptitude à se charger d'oxygène. Mais cette théorie n'explique point les cas où les microorganismes sont rares dans le sang.

Toussaint ayant constaté au niveau de l'épiploon le ralentissement et l'arrêt de la circulation, lorsque les bactéridies sont nombreuses, admet que la mort arrive par suite de l'arrêt de la circulation (embolie) dans les vaisseaux capillaires des organes essentiels.

Pour Colin, la mort est due à une altération du sang, qui a perdu ses qualités essentielles de liquide excitant et nutritif. Il est devenu visqueux, ne se charge plus d'oxygène en quantité suffisante ; sa fibrine est en partie dissoute ; ses globules laissent échapper leur contenu, son sérum s'empare de la matière colorante.

A l'heure actuelle on admet, comme Chauveau l'a établi le premier, que la mort est due principalement à l'intoxication de l'organisme par les toxines intraprotoplasmiques de la bactéridie charbonneuse. D'autre part, à cette cause de mort il faut ajouter l'asphyxie mécanique, produite par l'œdème de la glotte, de la trachée, des bronches et du médiastin et enfin ne pas oublier les complications infectieuses comme les péricardites, les pleurésies et le collapsus cardiaque. C'est cette dernière complication qui détermina la mort du malade de Chauffard et Boidin.

IV

Anatomie pathologique. — 1° Répartition topographique. — L'œdème malin charbonneux peut siéger sur tous les points du corps, partout où il existe du tissu cellulaire ; ainsi on l'a observé au cou, au tronc, aux membres, à la langue. Cependant il siège surtout au niveau des régions découvertes du corps comme la face, les mains et de préférence aux paupières.

2° Etendue des lésions. — En superficie, elle est des plus variables, l'affection pouvant occuper un ou plusieurs segments des membres ou plus fréquemment une partie de la face, toute la face, la face et une partie du tronc : ainsi, dans une observation de Straus, l'œdème allait du cou jusqu'à la crête iliaque. En profondeur, l'œdème malin intéresse la couche cellulaire sous-cutanée, pénétrant parfois dans la profondeur, dans les interstices des masses musculaires et même dans les muscles.

3° Caractère et évolution des lésions. — On doit distinguer trois sortes de lésions qui sont :

a. *Lésions locales.* — Elles sont constituées par l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané qui présente à la coupe une infiltration gélatineuse, jaunâtre ou rougeâtre, tremblotante, s'écoulant avec difficulté. Au microscope on voit, dans les mailles du tissu cellulaire, de grosses boules de matières albuminoïdes, quelques bactéridies, des hématies et de rares leucocytes.

b. *Lésions de voisinage.* — Les *ganglions lymphatiques* de la région sont tuméfiés, de couleur rouge brun, semblables au tissu splénique ; ils sont entourés d'une atmosphère celluleuse infiltrée et ecchymotique. Au microscope le tissu ganglionnaire est parsemé d'hémorragies multiples et apparaît rempli de bactéridies.

c. *Lésions de généralisation.* — Quand les malades ont succombé à la généralisation de l'infection charbonneuse à la suite de l'œdème malin les lésions observées sont multiples mais identiques à tous les cas de charbon ; aussi les passerons-nous rapidement en revue. L'*appareil digestif* est intéressé surtout dans sa partie gastro-intestinale. La muqueuse stomacale présente des plaques saillantes allant de la dimension d'une lentille à celle d'une pièce de 50 centimes, de couleur rouge foncé, ecchymotiques, à centre tantôt jaunâtre, tantôt noir, tantôt ulcéré et avec ou sans œdème autour des plaques qui ressemblent soit à des pustules, soit à des furoncles. Des plaques analogues s'observent au bord non mésentérique de l'intestin grêle sans aucune lésion des plaques de Peyer qui sont saines et paraissent même déprimées au milieu de l'infiltration avoisinante. Plus rarement on trouve les mêmes altérations au niveau du gros intestin. L'examen microscopique de ces plaques montre la muqueuse dépourvue d'épithélium et recouverte d'une substance grenue dans laquelle se voient des bactéridies. Les capillaires sont très dilatés, les éléments des tissus sont dissociés par les globules sanguins extravasés ou par l'infiltration d'un exsudat albumineux riche en leucocytes. Le *péritoine* est parsemé d'ecchymoses et d'infiltrations sanguines ; sa cavité renferme un liquide séreux trouble ou sanguinolent, sans fausses membranes. Le mésentère, le tissu cellulaire rétropéritonéal sont tuméfiés par un œdème gélatineux ou hémorragique. Dans certains cas on a observé des lésions dégénératives des cellules *hépatiques*. La *rate* est ramollie, généralement hypertrophiée et présentant des foyers nécrotiques décrits par Bezançon.

L'*appareil respiratoire* présente des hémorragies sous-muqueuses plus ou moins intenses ; quelquefois même des noyaux de broncho-pneumonie comme dans notre cas. Les ganglions bronchiques et la plèvre sont aussi le siège d'ecchymoses.

Le *cœur* est pâle, jaunâtre et friable ; l'aortite ulcéreuse a été signalée.

Les *reins* paraissent normaux à l'œil nu, mais au microscope on trouve de la congestion pouvant aller jusqu'à la néphrite aiguë avec glomérulite et exsudats intracanaliculaires.

Les *méninges* sont congestionnées et peuvent être le siège d'hémorragies qui ont été signalées aussi dans l'épaisseur de l'axe cérébro-spinal.

V

Symptomatologie. — Les symptômes de l'œdème malin sont de deux ordres; les uns sont des *symptômes locaux* traduisant la réaction de la région atteinte; les autres, *généraux*, sont dus à l'intoxication de l'organisme par résorption des toxines microbiennes. Tous ces symptômes n'apparaissent pas simultanément et on décrit à la maladie deux périodes :

I. Période de début. — A ce moment l'attention du malade est attirée par une douleur cuisante au niveau du point d'inoculation accompagnée d'une petite tache rougeâtre et d'un léger œdème. Il n'y a encore aucun trouble d'ordre général.

Ces premiers phénomènes cliniques se montrent ordinairement dans les douze premières heures qui suivent l'inoculation, c'est-à-dire tantôt aussitôt après l'infection (cas signalés par Buq), d'autres fois une demi-heure après (notre cas) ou quelques heures plus tard. Peu de temps après le début, l'œdème est incolore, indolent, mou, sans rénitence, s'accompagne d'une légère *démangeaison* et ne tarde pas à augmenter à vue d'œil.

II. Période d'état. — Ici le tableau clinique devient caractéristique, les symptômes locaux sont plus nets et les symptômes généraux apparaissent. Nous prendrons comme type de description clinique l'œdème malin des paupières, de beaucoup le plus fréquent.

1° *Symptômes locaux.* — Le phénomène essentiel observé à cette période est l'œdème du tissu cellulaire, qui est incolore, indolore, mou, envahissant mais sans suppuration. « La peau est lisse et il n'y a pas la plus petite trace de bouton. » (Bourgeois.) Cet accident initial du charbon rappelle beaucoup, comme le fait remarquer Straus, l'œdème gélatiniforme, tremblotant, que l'on observe sous la peau chez les moutons et les rongeurs à l'endroit où a été pratiquée l'inoculation charbonneuse. Le second jour l'œdème devient jaunâtre ou légèrement violacé; de petites *vésicules* se montrent à sa surface et lui donnent un aspect chagriné. Ces phlyctènes, remplies de sérosité citrine, surviennent tantôt sur un point qui n'a pas changé de couleur, tantôt et le plus souvent sur une région qui a pris tout d'abord une coloration jaunâtre, puis violacée, et enfin livide. Bientôt les vésicules envahissent l'autre voile palpébral du même côté et le gonflement s'étend à la tempe et à la joue. A ce moment le malade *ne peut plus entr'ouvrir les paupières*, mais, si on les écarte de force, on s'aperçoit que la *cornée* est saine et la *vision* nette; la *conjonctive* boursouflée, ecchymotique, s'engage entre la fente du bourrelet palpébral et forme un *chémosis* plus ou moins marqué. Plus tard les vésicules des paupières se crèvent et se dessèchent, et les voiles membraneux prennent une coloration rouge sombre qui ne tarde pas à passer à la teinte ardoise. En même temps d'autres phlyctènes de grandeur variable (depuis celle d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un pois) recouvrent toute la joue et la tempe du côté malade, qui présente un aspect que l'on a comparé à un vésicatoire ayant mal pris; rarement elles se développent sur le cou et plus rarement encore sur les paupières du côté opposé.

L'œdème continue à progresser; il envahit successivement la face, le cou et le tronc, descendant quelquefois jusqu'à l'ombilic; du côté du membre supérieur il s'arrête à la limite de l'épaule; en haut il gagne le cuir chevelu et forme au-dessus de la nuque une grosse saillie transversale, donnant au malade l'aspect d'une personne obèse.

Si l'on examine le malade quand le gonflement a fait le plus de progrès, son aspect est véritablement repoussant comme le montre notre photographie. Les *paupières* forment une tumeur, grosse



comme un œuf de poule, coupée en deux, laissant entrevoir la fente qui la divise; elles se touchent par une assez grande étendue de leur surface cutanée. Le *nez*, déjà tuméfié, se déforme. Les *joues* très œdématiées, présentent constamment la dépression malaire d'autant plus marquée que cet œdème est plus accentué. Les *lèvres* peuvent acquérir une épaisseur de 3 à 4 centimètres et se projeter en se contournant plus ou moins; la *bouche* forme alors une ouverture déjetée, irrégulière, arrondie ou oblique ovalaire qui ne peut plus se fermer et laisse écouler une salive épaisse et filante (Bourgeois).

La consistance de l'œdème diminue à mesure qu'on s'éloigne des paupières; ainsi, tandis qu'il est rénitent à la face, il est sans élasticité prononcée sous la mâchoire et tremblotant sur la poitrine.

Cet état peut rester stationnaire deux ou trois jours et évoluer vers la guérison; on voit alors l'œdème disparaître en commençant à régresser par les parties les plus éloignées du point de départ. Les escarres tombent, en laissant à découvert une plaie plus ou moins profonde, qui se cicatrisera en produisant parfois le renversement des paupières.

Quelquefois la cicatrisation se fait sous les escarres, qui ne tombent que lorsque la plaie est guérie et la paupière renversée. Mais le plus souvent l'œdème malin se termine par la mort, le gonflement augmente à vue d'œil ; les phénomènes généraux apparaissent et s'accentuent et le malade ne peut résister bien longtemps aux progrès du mal.

2° *Symptômes généraux.* — Ils se manifestent en général de bonne heure, ordinairement du deuxième au troisième jour, tandis que dans la pustule maligne ils ne surviennent pas avant le cinquième ou le sixième jour. Ils consistent en augmentation de température qui s'élève à 38 et 39 degrés ; le pouls devient rapide (à 110-120), faible, petit et inégal. Plus tard vers le quatrième ou cinquième jour, si la guérison ne doit pas survenir, les symptômes septicémiques apparaissent ; la température descend au-dessous de la normale, on l'a vue atteindre 33 degrés (Regnard et Routier); le pouls s'affaiblit progressivement. La langue devient blanche ou se couvre d'un enduit jaunâtre. Le ventre est ballonné et devient douloureux ; la constipation est à peu près la règle. Les urines se raréfient, la respiration devient rapide, superficielle et difficile par suite de l'intoxication générale ou par la présence d'une broncho-pneumonie. L'intelligence reste intacte; cependant à la dernière période et de bonne heure dans certains cas on note du subdélire, du délire violent, des convulsions épileptiformes ou au contraire des phénomènes comateux. Enfin le malade se cyanose et succombe à l'asphyxie.

L'intensité et l'allure rapide de ces symptômes proviennent, d'après Straus, de l'absence de réaction locale suffisante au point d'inoculation du virus, qui entraîne sans doute une invasion plus rapide et plus facile des voies lymphatiques et sanguines.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 1er JUILLET 1914)

Traumatisme cérébral. — M. ROUTIER fait un rapport sur une observation présentée par M. Hallopeau : une jeune fille fait une chute sur la tête, d'où il résulte une plaie pariétale gauche, un écoulement sanguin par l'oreille, du coma, un pouls tombant à 54, puis à 40; M. Hallopeau la voit le jour même et se contente de nettoyer la plaie. Le lendemain, une ponction lombaire donne un liquide céphalo-rachidien contenant du sang et sortant sous une certaine pression. Le quatrième jour, les accidents persistant, M. Hallopeau fait une trépanation du côté gauche. Il n'y a rien du côté de la dure-mère. Une ponction donne seulement un peu de liquide... Trépanation de l'autre côté, du sang sur la dure-mère, épanchement sous-dure-mérien; on place deux mèches. Le pouls monte à 100, puis à 80; la température à 38 degrés. Guérison. Ce fait montre les difficultés des localisations cérébrales.

M. Routier loue M. Hallopeau de sa conduite.

Occlusion intestinale par diverticule de Meckel invaginé. — M. LEJARS fait un rapport sur un cas d'occlusion intestinale par diverticule de Meckel invaginé chez un chasseur d'Afrique, âgé de vingt-trois ans, observé par M. Jacomy (de Tunis). Opération de hernie inguinale, présence dans le sac d'un diverticule de Meckel de 9 centimètres. Réduction du diverticule, résection du sac. Les jours suivants, signes d'occlusion. Au cinquième jour, nouvelle intervention vers la fin de l'iléon, anse tordue contenant le diverticule invaginé, résection de l'anse intestinale, entéro-anastomose par suture latérale, guérison. Dans un cas analogue, M. Lejars a réséqué le diverticule de Meckel dès la première intervention.

Cancer du rein opéré sous anesthésie régionale. — M. MARION résume une observation de M. Pruvost (de Cannes). Il s'agit d'un cancer du rein qu'il a enlevé sous anesthésie régionale. Cette méthode d'anesthésie tend à se répandre. Dans son cas, M. Pruvost a anesthésié directement les nerfs de la dixième paire dorsale à la troisième lombaire. Anesthésie parfaite. Guérison. Ce fait vient à l'appui des avantages de cette nouvelle méthode d'anesthésie.

Anesthésie locale. — M. RECLUS, à propos des deux observations d'anesthésie régionale présentées récemment par M. Anselme Schwartz, rappelle que voilà vingt-sept ans qu'il fit une première communication sur l'anesthésie localisée dans le service de M. Richet, qu'il remplaçait alors à l'Hôtel-Dieu. Il vantait déjà ce mode d'anesthésie, mais son apostolat eut un médiocre succès. Le moment était mal choisi. Tous les chirurgiens n'étaient occupés alors qu'à régler la jurisprudence de l'antisepsie. En outre, si les accidents graves immédiats du chloroforme étaient déjà connus, ses accidents ultérieurs ne l'étaient pas encore. Enfin, la cocaïne, le seul agent qu'on eut alors comme anesthésique local, n'avait pas une bonne réputation. Il y avait eu des catastrophes, si bien que Germain Sée, alors professeur de thérapeutique, avait exclu de la médecine l'emploi de la cocaïne, et une voix chirurgicale, marseillaise ou bordelaise, n'avait pas craint de dire que la cocaïne avait « jonché de cadavres le sol de la chirurgie ». Pendant une dizaine d'années, la question resta à son point mort et on ne fit aucun progrès. Dans ces conditions, on ne pouvait songer à faire de la grande chirurgie avec l'anesthésie locale et celle-ci restait confinée dans une étroite chapelle qui comptait quelques rares adhérents. Mais, ajoute M. Reclus, la chimie vint à notre secours et M. Fourneau nous donna la stovaïne, puis vint la novocaïne. A partir de ce moment, un jour nouveau s'ouvrit pour l'anesthésie locale. Nous en étions là, et M. Reclus continuait toujours à avoir la nostalgie de la cocaïne, quand, en 1901, un chirurgien de New-York adressa à M. Moure (de Bordeaux) l'adrénaline, qui était un merveilleux vaso-constricteur, et dès lors la novocaïne, jointe à l'adrénaline, devint un anesthésique de premier ordre.

La vraie formule était ainsi constituée par M. Reclus : sérum 100 centimètres cubes, novocaïne 50 centigrammes, solution d'adrénaline au millième, XXV gouttes. Cette solution, qui a un effet constricteur puissant, est quatre fois moins toxique que la même solution de cocaïne seule. Nous avons pu alors, dit M. Reclus, aborder la grande chirurgie et il a fait 10 amputations de cuisse sous l'anesthésie locale à l'aide de cette solution.

Au point de vue de cette anesthésie localisée, les grandes opérations peuvent se diviser en deux groupes : celles qui doivent et celles qui peuvent être pratiquées sous cette anesthésie. Quand il y a contre-indication de l'anesthésie générale par l'éther ou le chloroforme, l'anesthésie locale devient de rigueur. M. Reclus cite l'exemple d'un diabétique auquel il a pratiqué une amputation de cuisse pour gangrène d'un membre sous anesthésie locale, qui fut pris, dans un autre service, de gangrène de l'autre membre et qu'on se proposait d'opérer sous le chloroforme. Il s'y refusa et revint dans le service de M. Reclus, s'étant parfaitement bien trouvé de l'anesthésie locale.

On a dit, non sans quelque raison, que l'anesthésie localisée

n'était pas applicable aux cas où il y avait un grand champ opératoire et où il s'agissait d'opérations non réglées. Les deux observations de M. Anselme Schwartz concernent précisément des opérations de ce genre et l'anesthésie locale lui a pourtant donné toute satisfaction.

M. Reclus emploie l'anesthésie locale dans les laparotomies exploratrices, dans les éventrations, les kystes hydatiques du foie, les cures radicales de hernies, les gastrostomies, les anus artificiels. Si, le ventre ouvert, au lieu d'une opération simple et facile on se trouve en présence de difficultés et de complications, rien de plus simple que de recourir à une anesthésie mixte et d'ajouter le chloroforme ou l'éther à l'anesthésie localisée. Ces deux modes d'anesthésie se combinent et se complètent merveilleusement.

Les difficultés vaincues, on achève l'opération sous l'anesthésie localisée. L'anesthésie locale a pour ainsi dire préparé le terrain pour l'anesthésie générale : plus de syncopes blanches du début, plus d'accidents ultérieurs à craindre, puisqu'on n'a eu à employer que de très petites doses de chloroforme ou d'éther.

M. Reclus insiste également sur les avantages de l'adrénaline qui est un puissant hémostatique et permet de pratiquer les plus graves opérations sans une goutte de sang. Il revient aussi sur l'anesthésie locale à distance qu'il a le premier préconisée, sur ce qu'il a appelé fort ingénieusement la bague anesthésique pour les ouvertures de panaris, par exemple.

M. Reclus s'applique à réprimer les abus. Il estime qu'avec 80 centimètres cubes de novocaïne, qui correspondent à 20 centimètres cubes de cocaïne, on peut couvrir les plus larges champs opératoires, si bien qu'on peut dire aujourd'hui, sans exagération, qu'on peut pratiquer presque toutes les opérations chirurgicales avec l'anesthésie localisée.

Ici, M. Reclus donne un conseil qui mérite d'être écouté et médité : « Nous n'attendons jamais assez, dit-il, avant de prendre le bistouri. » Il faut savoir attendre. M. Reclus s'est mis à attendre, il a dressé ses anesthésieurs locaux qui, eux aussi, savent attendre et les résultats sont de plus en plus satisfaisants. Enfin rappelons qu'à l'heure actuelle M. Reclus a pratiqué plus de 7000 opérations, sous anesthésie locale, sans un seul accident.

— La communication de M. Reclus est accueillie par des applaudissements unanimes.

M. Chaput est d'accord avec M. Reclus. Bien que resté fidèle, dans une certaine mesure, à la rachianesthésie il se sert beaucoup et depuis longtemps de l'anesthésie localisée. Il a même adressé un mémoire à l'Académie de médecine qui n'a jamais été l'objet d'aucun rapport. M. Chaput serait presque plus royaliste que M. Reclus. Il a fait des désarticulations de la hanche et de l'épaule avec l'anesthésie locale.

M. Quénu félicite M. Reclus d'avoir été l'apôtre de l'anesthésie locale. Nous avons tous, dit-il, une dette de reconnaissance envers lui. M. Quénu a beaucoup étendu le champ de l'anesthésie locale et il le doit à M. Reclus. Il se sert beaucoup de la novocaïne, surtout à la consultation de l'hôpital Pereire où il fait bénéficier tous les malades de ce mode d'anesthésie. Ainsi que l'a dit M. Reclus l'anesthésie locale s'impose dans tous les cas où l'anesthésie générale est contre-indiquée. Il est donc de plus en plus disposé à étendre le champ de l'anesthésie localisée. M. Quénu ne se sépare de M. Reclus qu'au point de vue de la laparotomie pour laquelle il préfère l'anesthésie générale.

M. Tuffier rappelle qu'il y a dix ans qu'il a recours à l'anesthésie locale. Depuis ce temps bien des progrès ont été réalisés dans ce mode d'anesthésie qui peut s'appliquer aujourd'hui aux opérations les plus larges. L'anesthésie locale devient le procédé de choix pour toutes les opérations réglées; mais, comme M. Quénu, pour certaines laparotomies, pour les opérations non réglées, M. Tuffier reste fidèle à l'anesthésie générale. Il est également partisan de la combinaison des deux anesthésies. Enfin, l'anesthésie localisée lui a rendu de grands services dans la chirurgie du poumon parce qu'elle permet, à un moment donné, de demander au malade de faire un effort permettant au poumon de combler le pneumothorax.

M. Souligoux est devenu également un partisan de l'anesthésie locale. Récemment, il a fait cinq gastro-entérostomies chez des malades cachectiques avec cette anesthésie. Il l'emploie couramment pour les gastrostomies. Il se joint donc à M. Quénu pour féliciter M. Reclus.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 27 JUIN 1914)

Néphrectomie transdiaphragmatique. — M. Gaston Alexandre décrit une opération encore peu connue, la néphrectomie transdiaphragmatique, qu'il a pratiquée chez une malade atteinte de fistule pleurale consécutive à un empyème. L'intervention conduisit à l'ouverture du diaphragme au niveau d'un trajet faisant communiquer la cavité pleurale et l'espace périnéphrétique droit, et à enlever le rein atteint de kystes hydatiques multiples suppurés. La voie transdiaphragmatique est une voie d'exception qui peut être nécessitée par la continuité de lésions thoraciques suppuratives secondaires à une affection du rein.

Action de la thyroïde sur le développement du système osseux. Son rôle dans le rachitisme. — M. A. Tilmant, connaissant d'après les travaux de Léopold-Lévi et de Rothschild l'influence qu'exerce la thyroïde sur le développement osseux et sur la guérison des troubles gastro-intestinaux, a expérimenté cette action thyroïdienne chez une jeune chienne atteinte de troubles dystrophiques très nets. Ses expériences lui ont permis de conclure que le rachitisme est parfois dû à une tare dysendocrinienne par insuffisance thyroïdienne et que, dans ce cas, le traitement opothérapique est susceptible de produire des améliorations notables.

Traitement des incontinences d'urine survenant comme complication d'une prostatectomie. — M. Denis Courtade a pu traiter quatre cas d'incontinence d'urine survenue après une prostatectomie : le traitement consiste à appliquer des courants galvano-faradiques d'abord avec un pôle sur le périnée et un pôle sur la région abdominale antérieure, ensuite avec une électrode de Guyon dans la région membraneuse et une plaque sur la région abdominale antérieure.

Cancers du testicule. — M. Le Fur rapporte deux observations de cancer du testicule (dont l'examen histologique a été pratiqué par M. le professeur Letulle), l'une concernant un embryome malin (chorio-épithélioma) chez un jeune homme de vingt-deux ans, l'autre ayant trait, chez un homme de quarante-deux ans, à un séminome analogue au lymphadénome décrit autrefois par Malassez. Ces deux malades qui ont été opérés de castration simple sont morts, le premier au bout d'un mois de généralisation ganglionnaire au niveau du cou sans récidive locale, le second au bout de trois mois de cachexie sans récidive locale. Le premier avait été confondu avec une syphilis du testicule, puis avec un lymphadénome; le second, avec une tuberculose testiculaire : ceci montre les erreurs auxquelles peut donner lieu le cancer du testicule, surtout au début de son évolution.

Malgré l'échec de la castration simple dans ces deux cas, M. Le Fur la préfère en général à l'opération de Chevassu, puisque là, comme très souvent, il ne s'est pas agi de récidive locale, mais viscérale ou ganglionnaire éloignée avec cachexie générale; ce contre quoi l'opération de Chevassu reste impuissant.

ANALYSES

MÉDECINE

Pathogénie et traitement du bubon chancreux de l'aine. (W. DUBREUILH. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 17 mai 1914, p. 325.) — Parmi les nombreux traitements exposés dans cet excellent travail, l'auteur recommande tout particulièrement la méthode d'Otis, reprise et popularisée par Fontan (de la marine française), consistant :

1° A ponctionner le bubon avec un bistouri étroit;

2° A en exprimer tout ce qu'on peut;

3° A remplir toute la cavité ainsi vidée par de la vaseline iodoformée à un dixième. On obture l'orifice avec un peu de collodion et on place sur le tout un gros pansement ouaté un peu compressif, qu'on laisse en place de huit à dix jours, sauf s'il se produit un peu de suintement, auquel cas on refait une occlusion au collodion. Il faut prendre la précaution d'appliquer sur l'ouverture, dès que l'injection est faite, des tampons imbibés d'eau froide pour figer la vaseline et l'empêcher de ressortir.

On peut encore, et c'est un procédé recommandable, emplir la seringue de vaseline bien chaude et liquide, puis la laisser se refroidir tandis qu'on ponctionne le bubon. En effet s'il faut que la vaseline soit très liquide pour entrer dans la seringue, elle peut fort bien en ressortir à moitié solide. On l'injecte ainsi à froid, et elle a moins tendance à s'échapper par l'orifice de la ponction.

Les résultats de cette méhode sont excellents. En huit jours dans la majorité des cas, l'orifice de ponction est fermé, le bubon est rétracté, à peu près guéri.

Il ne reste qu'un gros nodule induré, mais absolument indolore, constitué par la coque ganglionnaire remplie de vaseline, laquelle ressort quelquefois un peu les jours suivants, blanche d'ailleurs, ayant abandonné son iodoforme. La coque du ganglion se résorbe lentement. En tout cas, il n'y a plus aucune chance de chancrellisation.

Dans des cas assez rares l'ouverture persiste, s'élargit, s'ulcère en un chancre ganglionnaire et c'est alors le traitement du chancre, et même du chancre phagédénique qu'il convient d'appliquer.

Mais le siège et la profondeur du chancre ganglionnaire comportent des indications un peu spéciales. C'est ainsi qu'il ne saurait être question de l'extirpation et que l'on ne peut guère compter sur le chauffage, dont les résultats sont encore bien plus aléatoires que dans le chancre pénien.

De tous les topiques, le plus ancien et le plus fidèle est le tartrate ferrico-potassique, recommandé par Ricord.

On l'emploie en solution à 2 p. 100 en lavages faits trois ou quatre fois par jour et aussi sous forme de pansements avec un tampon d'ouate imbibé de la même solution.

Son action paraît assez spéciale, car le tartrate ferrico-potassique n'est, au point de vue général, qu'un médiocre antiseptique. On voit cependant sous son influence se modifier quelquefois très vite la surface du chancre, qui devient plus rouge et dont la suppuration se tarit. Le tartrate ferrico-potassique a de plus l'avantage de n'être pas douloureux.

A l'hôpital, vous y ajouterez des applications copieuses d'iodoforme, qui est le meilleur des topiques pulvérulents; malheureusement, son odeur en rend l'emploi souvent impossible. A son défaut, on peut user du diiodoforme qui a la même couleur, une action analogue un peu moins puissante, mais dont l'odeur est presque nulle.

Il ne faut pas confondre le diiodoforme avec l'iodoforme désodorisé par la poudre de café ou d'autres procédés qui sont tout à fait illusoires. Car l'odeur de l'iodoforme reparaît toujours.

Enfin si le chancre n'est pas trop anfractueux et peut être découvert dans toutes ses parties, l'enfumage iodé pourra varier utilement le traitement pendant quelques jours.

STEPHEN CHAUVET.

Un cas de paraplégie spasmodique hérédo-syphilitique chez un enfant de huit ans. (DELÉARDE et CAUTRAIME. *Arch. de méd. des enfants*, n° 4, avril 1914, p. 291.) — Les auteurs rapportent un nouveau cas de cette affection récemment isolée et décrite par M. Marfan et qui est caractérisée par l'apparition tardive, chez un hérédo-syphilitique, d'une paraplégie spasmodique avec intégrité des sphincters et de la sensibilité, troubles oculaires et de l'intelligence. Dans le cas particulier de Deléarde et Cautraime, l'enfant avait présenté à l'âge de neuf mois des lésions cutanées qui avaient nécessité un traitement spécifique. A six ans, ses facultés intellectuelles diminuent; l'enfant ne fait plus aucun progrès à l'école et oublie même ce qu'il a appris. A sept ans et demi, les troubles de la marche commencent à apparaître. Au moment où cette observation fut prise, il existait une démarche spasmodique avec raideur des membres inférieurs, de l'exagération des réflexes tendineux, de l'épilepsie spinale et du signe de Babinski. Pas de troubles des sensibilités, ni des sphincters anal et vésical; pas de troubles trophiques. Signe d'Argyl-Robertson à droite et parésie pupillaire à gauche. Wassermann positif dans le sang.

Pratiquée chez le père, cette même réaction fut trouvée négative, mais par contre elle était franchement positive chez la mère. Voilà donc un typique de « maladie de Marfan » ayant évolué lentement, sans épisodes bruyants.

Jusqu'à présent les injections intraveineuses de néosalvarsan ne paraissent pas avoir amélioré l'état du malade.

STEPHEN CHAUVET.

De l'évolution de trente-huit pneumothorax artificiels au sanatorium d'Hauteville (Ain). (MURARD et COLBERT. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 14 juin 1914, p. 405.) — Les conclusions basées sur ce tableau sont les suivantes :

La méthode de Forlanini ne donne plus lieu, depuis que nous connaissons de mieux en mieux la technique, à ces accidents impressionnants que l'on a décrit en France vers la fin de 1911 et le commencement de 1912.

C'est l'arme la plus puissante que nous possédions actuellement pour lutter contre les formes caséeuses destructives unilatérales de la tuberculose pulmonaire. Elle peut même sauver des malades irrémédiablement perdus.

Les complications pleurales à Hauteville sont très fréquentes et leur gravité est très variable. Les résultats éloignés dans les cas les plus favorables sont la guérison clinique d'abord.

Ils sont souvent compromis par la cessation prématurée du traitement due tantôt à la production d'une symphyse (suite de pleurésie), tantôt à une mauvaise conduite de la cure, celle-ci étant occasionnée le plus souvent par la négligence du malade illusionné par sa guérison.

Si l'on rapproche la statistique des auteurs d'une quelconque, comme par exemple celle de Zink :

9 guérisons absolues sur 110 malades (1,10 p. 100);

2 guérisons absolues sur 38,

on voit que la guérison proprement dite n'est que bien rare dans les deux séries. Il n'en est pas moins vrai que pour une méthode « d'exception » elle donne de beaux résultats.

La méthode de Forlanini a donné à Hauteville des résultats satisfaisants et durables dans 45 p. 100 de pneumothorax totaux et 35 p. 100 de pneumothorax à réalisation partielle. Les auteurs croient en effet légitime d'ajouter aux cas de guérisons absolues, rares, les cas où l'entretien continu du pneumothorax permet aux malades de reprendre la vie normale.

Quant aux complications qui, actuellement, effraient beaucoup plus que les accidents immédiats, elles pourraient être

bien souvent évitées par l'emploi d'élémentaires précautions (air pur, traitement hygiéno-diététique).

Les auteurs pensent donc que, avec le perfectionnement toujours possible de l'instrumentation, grâce à une connaissance plus complète des indications et des contre-indications, la méthode de Forlanini est une des tentatives thérapeutiques qui se justifiera de plus en plus. Dans tous les cas il est un fait que Murard et Colbert considèrent comme certain : c'est que le pneumothorax n'a jamais été nuisible.

Aucun des malades qui a été traité par eux n'a vu sa situation aggravée du fait seul du traitement.

STEPHEN CHAUVET.

DERMATOLOGIE

A propos d'un cas de xanthélasma. Données cytologiques et histochimiques sur les xanthomzelles. (POLICARD et MANGINI. *Lyon méd.*, 14 juin 1914, p. 1355.) — L'élément histologique caractéristique des xanthelasma, c'est la cellule de xanthome, la Xantomzellen des auteurs allemands.

Qu'est-ce qu'une xanthomzelle ?

Deux caractères la définissent. Histologiquement, il s'agit d'un élément assez volumineux, polyédrique, à limites nettes, à noyau central et souvent déprimé, à protoplasma vacuolaire tout à fait caractéristique ; ces vacuoles sont petites et toutes sensiblement de même taille.

Ces cellules peuvent être isolées ou groupées en amas plus ou moins volumineux qui constituent les nodules xanthomateux.

Histochimiquement, c'est une cellule qui est remplie d'éthers de la cholestérine. Chacune de ces vacuoles renferme une gouttelette d'un corps lipoïde qui se montre biréfringent en lumière polarisée et qui se caractérise comme éther de la cholestérine.

Cet élément histologique, que les travaux de Unna, Stœrck et Panzer, Pinck et Pinckus, Aschoff, Chauffard, etc., ont bien fait connaître, est caractéristique des xanthomes, xanthélasma et dégénérescences xanthomateuses diverses.

On sait que certains auteurs, M. Chauffard en particulier, pensent que ces cellules xanthomateuses résultent de la fixation au niveau d'éléments du tissu conjonctif de la cholestérine.

Or, d'après les constatations qu'ils ont faites, Policard et Mangini pensent que « rien ne démontre encore que la genèse du xanthélasma résulte simplement d'une fixation de la cholestérine circulante au niveau de cellules conjonctives. A leur avis le processus est certainement infiniment complexe et leurs observations le démontrent. Dans un nodule xanthélasmique, à côté de cellules ayant uniquement fixé de la cholestérine, il y en aurait d'autres qui n'auraient fixé que de la graisse neutre.

Il semble bien plus logique de penser qu'il s'agit, tout au moins en partie, dans la genèse de ces xanthomzellen, d'une fixation d'acides gras tantôt au niveau de l'alcool glycériné, tantôt au niveau de l'alcool cholestériné. La cholestérine est un constituant absolument constant et normal de toute cellule.

Dans cette accumulation d'éthers cholestériques qui transforment une cellule conjonctive en xanthomzelle, la cholestérine normale de la cellule doit jouer un rôle au même titre que la glycérine.

L'un des auteurs a d'ailleurs signalé l'existence d'un processus analogue dans les cellules épithéliales des voies biliaires intrahépatiques chez le chien.

Dans un travail récent, de Wacker a pu saisir un rapport entre graisses neutres et éthers de la cholestérine chez les cancéreux; dans les deux cas il s'agit d'une fixation d'acides gras; l'alcool diffère, glycérine dans un cas, cholestérine dans l'autre, mais le processus d'éthérification est le même.

Quoi qu'il en soit de la valeur exacte de cette hypothèse, il n'en demeure pas moins que la notion actuelle de la fixation doit être considérée comme trop simpliste. »

STEPHEN CHAUVET.

MÉDECINE PRATIQUE

SCLÉROSE VASCULAIRE ET HYPERTENSION ARTÉRIELLE

L'hypertension artérielle, véritable signe d'alarme de la sclérose vasculaire, relève d'un principal facteur, la vasoconstriction périphérique (hypertension artériolaire fonctionnelle), et de deux autres facteurs accessoires, en rapport avec les modifications de la paroi artérielle : hypertensions pariétales fonctionnelle et organique. Telle est l'opinion soutenue récemment par M. le docteur L.-A. Amblard dans une importante communication à la Société de médecine de Paris (12 juin).

Cette théorie nous permet de tracer les principales règles du traitement qui devra donc combattre tout à la fois :

1° L'élément vaso-constricteur, d'où la prescription du régime antitoxique et de la cure de diurèse, laquelle consistera, selon les conseils d'Huchard, en l'administration d'un cachet de Santhéose pure ou phosphatée (0g50), à prendre tous les matins avec un grand verre d'eau.

2° L'élément pariétal, justiciable de trois médications : iodure de potassium, fibrolysine, silicate de soude.

CONGRÈS

XIVe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE, sous le haut patronage de LL. MM. le roi et la reine des Belges (BRUXELLES, 31 septembre-3 octobre 1914).

PROGRAMME PROVISOIRE. — *Mercredi 30 septembre.* — Après-midi, séance solennelle d'ouverture.

Soir, réception offerte aux membres du Congrès par le président.

Jeudi 1er octobre. — Matin, première séance générale : « La syphilis cardio-vasculaire ». — Rapporteurs : MM. Bayet (Bruxelles) : La syphilis expérimentale du système vasculaire ; Etienne et Spillmann (Nancy) : Etudes sur la syphilis de l'aorte, des artères et des veines; les anévrismes; les lésions vasculaires viscérales ; Vaquez et Laubry (Paris) : Les manifestations cardio-aortiques d'origine syphilitique et leur traitement.

Après-midi, séance générale : « Vaccinothérapie en général ; vaccinothérapie spéciale du cancer et de la fièvre typhoïde. » Inscrits : MM. O. Gengou (Bruxelles), Chantemesse (Paris), Bruschettini (Gênes), Vincent et Doyen (Paris).

Soir, banquet par souscription.

Vendredi 2 octobre. — Matin, séance générale : « Valeur thérapeutique du pneumothorax artificiel. » Rapporteurs : MM. Burnand (Leysin) : Effets et résultats thérapeutiques du pneumothorax artificiel dans la tuberculose pulmonaire ; Derscheidt et Geeraerd (Bruxelles) : Le pneumothorax artificiel; valeur thérapeutique, technique, indications et contre-indications, complications, résultats ; Dumarest (Hauteville) : Indications et résultats du pneumothorax thérapeutique ; Kuss (Angicourt) : Le pneumothorax artificiel en phtisiothérapie; indications générales et physiologie pathologique; technique opératoire; conduite de la cure. Inscrit : M. L. Rénon (Paris).

Après-midi, séances de sections : « Communications diverses. » Inscrits : MM. Bernheim et Jaworsky (Paris).

Soir, raoût à l'Hôtel de ville de Bruxelles, offert par l'administration communale.

Samedi 3 octobre. — Matin, séance générale : « Les lipoïdes en pathologie. » Rapporteurs : MM. Edg. Zunz (Bruxelles) : Exposé général de la question; biochimie des lipoïdes, en particulier des phosphatides ; Chauffard, Guy Laroche et Grigaut (Paris) : Les lipoïdes en pathologie et, en particulier,

les lipoïdémies ; Linossier (Vichy) : Les lipoïdes dans l'infection et dans l'immunité ; J. Bordet (Bruxelles) : Les lipoïdes dans la coagulation du sang (physiologie et pathologie). Inscrit : M. N. Waterman (Rotterdam).

Après-midi, séances de sections : « Communications diverses. » Séance solennelle de clôture du Congrès.

Soir, représentation de gala au théâtre royal de la Monnaie, offerte aux membres du Congrès par le Bureau.

Dimanche 4 octobre. — Excursion à Spa ; réception par l'Administration communale et la Société des eaux ; pendant la durée du Congrès, des visites et des réceptions seront organisées pour les membres et les dames. Le détail en sera publié ultérieurement.

Renseignements généraux. — *Membres.* — (Art. 9 du règlement). Les membres adhérents de chaque Congrès comprennent :

1° De droit, les membres de l'Association ; 2° sous réserve d'acceptation par le bureau du présent Congrès, les médecins et les savants qu'intéressent les questions médicales et qui désirent y prendre part. La cotisation pour le Congrès est de 20 francs pour les adhérents au Congrès, non membres de l'Association.

(Art. 10). Les étudiants en médecine et les membres non médecins de la famille des sociétaires ou des adhérents peuvent être admis comme membres associés du Congrès et paient une cotisation de 10 francs.

(Art. 11). Tous les membres adhérents du Congrès prennent part, au même titre, aux travaux du Congrès et en reçoivent les publications.

Les membres permanents de l'Association possèdent seuls le droit de vote et sont seuls éligibles aux diverses fonctions.

Les membres de l'Association n'ont donc pas à envoyer leur adhésion, mais seulement leur cotisation au trésorier du XIVe Congrès.

Les membres adhérents et les membres associés sont priés de renvoyer le bulletin d'adhésion, en même temps que leur cotisation, au trésorier, M. le docteur Godart-Danhieux, rue Montoyer, 9a, Bruxelles. Les inscriptions non accompagnées du montant de la souscription ne pourront être prises en considération.

Les membres associés ont droit à tous les avantages du Congrès (chemins de fer, fêtes, etc.), sauf les publications.

Communications. — (Art. 4 du règlement). Les communications personnelles devront être inscrites à l'avance dans un délai indiqué et acceptées par le bureau. Elles seront limitées à deux pour chaque membre du Congrès et ne pourront être exposées ou lues que par l'auteur, sauf autorisation de l'assemblée.

(Art. 5). Un ordre du jour des séances sera établi et envoyé aux adhérents par les soins du bureau. Les communications personnelles seront groupées à l'ordre du jour, suivant la similitude de leurs objets. S'il en est besoin, plusieurs séances pourront avoir lieu dans des locaux voisins.

(Art. 6). La lecture ou l'exposé des communications ne devra pas dépasser vingt minutes ; les observations présentées au cours des discussions ne devront pas dépasser cinq minutes. Les membres du Congrès pourront se faire inscrire à l'avance pour prendre la parole sur les questions proposées et, dans ce cas, le temps accordé sera de dix minutes.

Les membres du Congrès qui désirent faire des communications sont priés d'en informer le secrétaire général avant le 15 août, en indiquant le titre choisi. Ce délai passé, il ne pourra plus être tenu compte d'aucune demande analogue.

Chemins de fer. — La réduction habituelle de 50 p. 100 sera demandée sur les chemins de fer français. Les souscripteurs recevront à cet effet, en temps opportun, les indications nécessaires.

L'Etat belge n'accorde aucune réduction sur ses chemins de fer. Le prix du trajet simple, de la frontière à Bruxelles, varie de 3 à 18 francs, suivant la classe et la distance. De Quévy (ligne Paris-Bruxelles) il est de 7 fr. 60 (1re classe), 5 fr. 20 (2e classe) ou 3 fr. 05 (3e classe). Les billets aller et retour sont valables pour deux jours et comportent une réduction de 20 p. 100 sur le double du prix d'un billet simple.

Pour les membres qui désirent excursionner dans le pays, il est recommandé de prendre un abonnement général, donnant le droit de circuler sur tout le réseau (Etat et Compagnies). Le prix des abonnements de ce genre est :

Pour cinq jours : 1re classe, 35 francs ; 2e classe, 23 francs ; 3e classe, 13 francs.

Pour quinze jours : 1re classe, 61 fr. 50 ; 2e classe, 41 francs ; 3e classe, 23 fr. 50.

Il est perçu de plus, une garantie de 5 francs, restituée à l'expiration de l'abonnement, contre remise de la carte.

Les cartes d'abonnement s'obtiennent dans toutes les stations et haltes des chemins de fer belges, sur demande verbale faite au moins une heure d'avance et sans autre formalité que la remise du portrait de l'intéressé, photographié sur papier de 6 centimètres de haut et 4 de large, la hauteur de la tête étant d'au moins un centimètre.

Il suffit aux étrangers d'envoyer leur photographie à la première station d'entrée, en indiquant la nature et la classe de l'abonnement, le jour et l'heure de leur passage, pour que la carte désirée soit tenue à leur disposition.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Archives urologiques de la clinique de Necker. — (Tome I, fasc. 3, 20 janv. 1914.) F. Legueu et L. Morel : Valeur de l'éosinophilie dans le diagnostic des affections chirurgicales de la prostate. — F. François : Le vaccin gonococcique dans les affections blennorragiques. — Bergeret : Cancers secondaires métastatiques des corps caverneux. — G. Farnami : Le traitement des cystites rebelles par l'enfumage iodé. — (Tome I, fasc. 4, 31 mars.) F. Legueu et E. Papin : De la dilatation permanente des orifices urétéraux et du reflux vésico-rénal. — H. Chabanier et D. Joachimidès : Hydrémie et volumes urinaires. — Noguès : Premiers résultats du traitement de la gonococcie par le vaccin de Nicolle et Blaizot. — Legueu, Papin et Verliac : Etude anatomique de la tuberculose rénale (origine, évolution, processus de guérison). — Legueu, Ambard et Grumeau : De l'exploration des fonctions rénales en chirurgie.

Lyon chirurgical. — (Tome XI, n° 3, 1er mars 1914.) X. Delore et P. Sauty : Gastrectomie dans l'ulcère de l'estomac (statistique personnelle), 3 fig. — G. Aigrot : De la résection du nerf auriculo-temporal et de ses effets sur la sécrétion parotidienne (2 fig.). — R. Leriche : Les aspects chirurgicaux de l'aérophagie. — (Tome XI, n° 4, 1er avril.) P. Sauty : Le lavage du péritoine à l'éther (recherches expérimentales). — L. Plisson : Deux cas de luxation trapézo-métacarpienne (5 fig.). — P. Japiot : Contribution à l'étude du fragment marginal postérieur du tibia (3 fig.). — Patel : Les anastomoses viscérales au bouton de Jaboulay (6 fig.).

Revue de psychiatrie et de psychologie expérimentale. — (N° 4, avril.) A. Hesnard : Les troubles nerveux et psychiques consécutifs aux catastrophes navales. — Halberstadt et Legrand : Les crises des déments précoces. — L. Bonhomme et J. Bonhomme : Note sur l'emploi d'un vomitif dans la prophylaxie et le traitement des abcès périodiques.

Zeitschrift für Sexualwissenschaft. — (Vol. I, fasc. 1, avril 1914.) J. Bloch : Devoirs et but de la science sexuelle. — Abderhalden : Nouvelles voies d'étude des rapports d'échanges entre les différents organes et de leurs troubles. — Fliess : Mâle et femelle. — Eulenburg : Traitement de la neurasthénie sexuelle.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, **10** francs par an.
Étudiants étrangers, **15** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **5** fr. **50**. — 6 mois : **11** fr. — 1 an : **20** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

(2e SÉRIE)

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs, du 1er août au 30 septembre, des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements étant en nombre limité, toutes les demandes doivent nous parvenir avant le 15 juillet

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Armand-Delille, Ramond, Camus, Halbron et Baudouin.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LILLE. — Le concours pour l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Libersa, Gabert, Franck Lemaitre, Renaudeaux, Clément, Combemale, Aubertin, Catoir, Bocquet, Lefebvre, Targowla, Vérin, Müller, Turquand.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Par décision ministérielle du 29 juin 1914 une médaille d'honneur en or des épidémies a été accordée par le ministre de la guerre par application du décret du 15 avril 1892 et de l'arrêté du 27 du même mois, à M. le docteur Lachaud, député, médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale, en raison du dévouement apporté dans l'œuvre de perfectionnement de l'état sanitaire de l'armée. Président de la commission d'hygiène chargée par la Chambre des députés de procéder à une enquête sur les moyens propres à améliorer les conditions matérielles d'existence et d'hygiène de l'armée, a contracté une bronchopneumonie grave à l'occasion de ses visites dans les hôpitaux militaires où étaient en traitement de nombreux cas de cette affection qui régnait alors à l'état épidémique.

GUERRE. — Des *concours* seront ouverts le 1er décembre 1914, à neuf heures du matin, à l'école d'application du service de santé militaire pour l'admission à quarante emplois de médecin aide-major de deuxième classe et à deux emplois de pharmacien aide-major de deuxième classe élèves à ladite école.

Sont admis à concourir les docteurs en médecine et les pharmaciens de première classe ayant eu moins de vingt-neuf ans au 1er janvier 1914 et ayant satisfait aux obligations de la loi sur le recrutement de l'armée.

Les candidats soumis à la loi du 21 mars 1905 seront autorisés à prendre part au concours après un an de service; mais en cas de succès ils n'entreront à l'école qu'après avoir compté leur temps de service militaire.

Les étudiants en médecine ou en pharmacie qui ne sont pas encore en possession du diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de première classe sont également autorisés à concourir sous réserve de l'annulation de leur admission s'ils ne sont pas reçus docteur ou pharmacien de première classe avant le 31 décembre 1914.

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées au ministre de la guerre (7e direction, 1er bureau) avant le 15 novembre 1914.

Les programmes arrêtés le 24 juin 1914 donnant les conditions des concours sont insérés au *Bulletin officiel* du ministère de la guerre (partie semi-permanente).

RENSEIGNEMENTS

JURISPRUDENCE

DU ROLE DU MÉDECIN CONTROLEUR PATRONAL DANS LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Le tribunal civil de Nîmes, dans un jugement rendu le 15 janvier 1914, au sujet d'une discussion relative à des frais d'expertise médico-légale faite au cours d'une instance d'accident de travail, a apprécié et défini juridiquement le rôle du médecin désigné par le patron pour contrôler le traitement suivi par un blessé.

Voici à quelle occasion fut rendue l'espèce que nous analysons aujourd hui. Un médecin traitant, choisi par l'ouvrier, avait donné à celui-ci une série de soins que le patron trouva manifestement exagérée, et refusa de régler les honoraires du médecin. Le litige fut porté devant le juge de paix, qui désigna un expert pour départager les plaideurs. Le rapport fut defavorable au médecin qui vit sa note réduite dans de notables proportions. Appel fut interjeté par le médecin traitant, qui, tout en discutant le montant des frais de l'expertise, estimait que le patron était sans droit pour discuter le traitement à donner et par suite les honoraires afférents à ce traitement, n'ayant pas usé du droit de contrôle que lui accordait l'article 5 de la loi de 1898, modifiée par celle de 1905.

Mais le tribunal d'appel a fait table rase de toutes les prétentions du médecin.

« Attendu que G... prétend que le chef d'entreprise est irrecevable à contester la légitimité des visites et interventions du médecin traitant, en raison de ce qu'il a négligé d'user du droit de contrôle que lui confère l'article 4, § 5 de la loi du 31 mars 1905;

Attendu à cet égard que le législateur a eu uniquement en vue de permettre au chef d'entreprise de se rendre compte de l'état de santé de l'ouvrier qui pourrait être tenté de bénéficier plus que de raison de l'indemnité de demi-salaire; qu'il n'est pas possible de dire que le législateur a voulu permettre au médecin désigné par le patron de surveiller la nécessité et la réalité des interventions ou des visites du médecin choisi par l'ouvrier; qu'il n'est pas admissible en définitive que le législateur ait voulu mettre en suspicion le médecin traitant;

Attendu d'ailleurs que le rapporteur de la loi du 31 mars 1905 au Sénat, s'expliquant sur l'objet de la disposition du paragraphe 5 de l'article 4, a dit en propres termes : « Ce que nous avons voulu surtout c'est que le chef de l'entreprise pût pendant la maladie de l'accidenté du travail, se rendre compte de son état de santé » ;

Attendu que la circulaire du ministre du Commerce, en date du 3 mai 1905, a précisé que le médecin désigné par le patron ne peut pas s'immiscer dans les soins donnés à l'ouvrier par le médecin traitant... »

Le tribunal nous semble avoir apprécié sainement les dispositions de l'article 4, § 5 de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 31 mars 1905. Rappelons-le pour mémoire. « Au cours du traitement, le chef d'entreprise pourra désigner au juge de paix un médecin chargé de le renseigner sur l'état de la victime. Cette désignation, dûment visée par le juge de paix, donnera audit médecin accès hebdomadaire auprès de la victime en présence du médecin traitant, prévenu deux jours à l'avance par lettre recommandée. »

Il est certain que le rôle du médecin contrôleur est assez délicat, et qu'il ne peut en effet critiquer, sauf si le traitement est manifestement exagéré, les soins donnés par le médecin traitant. Les rapports entre les deux médecins ont été d'ailleurs ici exposés à propos du secret professionnel dans les accidents du travail lorsque nous avons rapporté le jugement du tribunal correctionnel de Lille du 17 juillet 1912, et l'arrêt de la Cour de Douai du 22 octobre 1912 (V. *Gaz. des hôp.*, 1er juillet 1913, n° 74, p. 1213). Nos lecteurs peuvent utilement s'y reporter.

Ce jugement qui a précisé nettement le rôle de l'intervention du médecin désigné par le patron était intéressant à signaler.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

DUGUET

C'est avec un sentiment de vive tristesse que nous apprenons la mort de notre éminent maître, le docteur Duguet. A le voir, il y a peu de temps encore, plein de vie et d'entrain, toujours alerte et affable, nous étions loin de nous douter que sa robuste constitution serait si vite vaincue par la maladie.

Né en 1837, à Charrières près de Reims, Duguet, après de brillantes études, fut nommé externe des hôpitaux en 1860, interne en 1861. Il passa sa thèse inaugurale en 1860 sur la hernie diaphragmatique congénitale, fut nommé chef de clinique en 1867, agrégé en 1872, avec une thèse restée classique sur l'apoplexie pulmonaire, médecin des hôpitaux en 1873 et membre de l'Académie en 1892. Il était commandeur de la Légion d'honneur. Tous ces grades, tous ces titres, il ne les dut qu'à son seul mérite et à son labeur incessant, car d'une indépendance de caractère absolue, d'une probité scientifique parfaite, d'une dignité exemplaire, Duguet ne connut pas d'autres moyens d'arriver au succès.

Formé à cette école de clinique si brillante des Trousseau, des Monneret et des Bouillaud, il resta toute sa vie le modèle des cliniciens. Il avait l'esprit trop ouvert pour ne pas accepter les progrès apportés par le laboratoire, mais c'était toujours à l'examen clinique qu'il accordait ses préférences au point de vue du diagnostic, et combien de fois ne l'avons-nous pas vu maintenir son opinion, basée sur la clinique, contre des preuves de laboratoires qu'il n'était pas fâché de trouver en défaut. L'examen approfondi du malade était son principal souci et son diagnostic était généralement si sûr que c'était à lui qu'on pensait dans les cas difficiles, c'est ainsi qu'il était devenu le médecin des médecins.

Combien de confrères lui doivent, comme nous, un salut reconnaissant.

Atteint d'une fièvre typhoïde grave en 1869, à peine remis il partit, en 1870, comme médecin militaire, avec son ami M. Le Dentu et assista aux premières batailles, fut fait prisonnier, s'échappa, se retrouva à Sedan, puis à l'armée de la Loire.

Duguet fut l'un des médecins les plus consultés de Paris. Son activité était telle qu'il put mener de front, sans la moindre apparence de fatigue, les exigences de sa nombreuse clientèle, ses fonctions d'agrégé, de médecin des hôpitaux, d'académicien et de membre du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine. Dans tous ces postes, il se montra toujours d'une exactitude rigoureuse et tous ses rapports, comme tous ses travaux, furent des modèles de sens pratique et de précision.

Il a pris une part importante à l'étude de plusieurs questions de pathologie médicale et de thérapeutique ; dans ses communications et ses leçons cliniques à Lariboisière il s'est surtout occupé des affections des voies respiratoires, de la pleurésie purulente, des affections cardio-rénales, du traitement du goitre par les injections interstitielles de teinture d'iode, etc.

A la fin de l'année dernière, lorsque l'Académie de médecine eut à élire son nouveau bureau, Duguet fut élu à l'unanimité vice-président. Ce fut le couronnement de sa belle et brillante carrière. Tous les habitués de la salle des pas perdus de l'Académie se souviendront longtemps de cette figure, franche et souriante, restée jeune sous une abondante chevelure blanche, de ce maître estimé et aimé de tous qui, aussitôt qu'il apparaissait, était entouré d'amis et d'élèves, qui s'empressaient de lui tendre la main. Au chevet du malade, la sûreté de son diagnostic, l'autorité de ses conseils, la distinction qui émanait de toute sa personne, sa tranquille assurance, une bonhomie de bon aloi inspiraient confiance et rassuraient aussitôt le malade et son entourage.

Au milieu de ses multiples occupations, il était une distraction à laquelle il resta fidèle jusqu'à la fin, c'était la chasse, où il se montrait non seulement un habile tireur, mais aussi et surtout un charmant compagnon.

Tous ceux qui, comme nous, ont souvent approché cet excellent maître, déploreront sa perte et en garderont un pieux souvenir.

Nous adressons à sa famille nos sincères condoléances.

A. BROCHIN.

— Les obsèques auront lieu mercredi à dix heures à Saint-Louis-d'Antin.

QUAND FAUT-IL INTERVENIR

DANS LES

FIBROMES COMPLIQUANT LA GROSSESSE?

Par MM. P. SOUBEYRAN,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier,
et Sp. ŒCONOMOS,
Interne des hôpitaux de Montpellier.

Le traitement des fibromes compliquant la grossesse a été pendant longtemps très controversé. Rien n'est plus instructif, à ce point de vue, que la lecture des comptes rendus de la discussion qui eut lieu à ce propos à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris dans le courant de l'année 1901. Deux opinions se dégagent de cette discussion : 1° *celle des chirurgiens* qui, moins soucieux des intérêts de l'enfant en voie de développement, considéraient que l'apparition des troubles sérieux, sans être graves, justifient une intervention radicale; il en était même qui opéraient préventivement alors qu'il n'existait aucune indication présente à l'intervention; 2° *celle des accoucheurs* qui, habitués à voir l'accouchement se terminer souvent d'une façon favorable pour la mère et l'enfant, étaient portés à exagérer une abstention ou une temporisation parfois néfastes. Depuis cette époque ce désaccord tend à disparaître entre les chirurgiens et les accoucheurs et l'opinion de la plupart des auteurs actuellement est que l'intervention au cours de la grossesse compliquée de fibrome doit être très rare et motivée par l'apparition de certains accidents sans cependant attendre une gravité telle que ceux-ci soient au-dessus de nos moyens thérapeutiques.

Nous avons eu l'occasion d'observer deux cas de fibrome de l'utérus gravide traités par l'intervention avec des résultats excellents; aussi avons-nous étudié à cette occasion les différentes circonstances qui forcent la main du chirurgien.

Après avoir rapporté nos deux observations nous étudierons :

1° Les complications dues à la coexistence du fibrome et de la grossesse;

2° Les indications de l'intervention chirurgicale.

Observation I. — *Fibromes multiples de l'utérus. Grossesse de deux mois. Evolution rapide et gravité de l'état général. Hystérectomie subtotale. Guérison.* — M. I..., âgée de trente-neuf ans, domiciliée à Vinça, usine Bartissol, entre à la salle Paulet le 10 septembre 1911 pour douleurs abdominales.

Ses antécédents héréditaires ne présentent rien à signaler. Par contre, du côté de ses antécédents personnels, nous relevons le rachitisme, la malade n'ayant fait ses premiers pas qu'à l'âge de sept ans. Elle a été réglée à quatorze ans, les règles sont régulières, précédées de douleurs lombaires durant quatre à cinq jours. Mariée à l'âge de vingt-sept ans, elle n'a jamais eu d'accouchement ni d'avortement. En août, les règles ont manqué. Elles auraient dû venir vers le 7 *août*. En outre, ce jour-là, la malade fut prise de douleurs abdominales intenses, surtout au niveau de la fosse iliaque et du flanc gauche s'irradiant vers les lombes et accompagnées de nausées et de malaise général avec de la fièvre. Cette crise a cessé lentement et progressivement le 1er septembre, c'est-à-dire après un séjour au lit de vingt-trois jours. Mais depuis le 4 septembre la malade accuse de nouveau des crises douloureuses au niveau de la fosse iliaque et du flanc gauches ; ce sont des sensations d'élancements plus ou moins intenses survenant presque tous les jours durant deux à trois heures et accompagnées de constipation. De plus, elle a remarqué que le ventre est plus proéminent que d'habitude. Pas de leucorrhée appréciable. Elle urine difficilement, souvent (trois à quatre fois la nuit) et en souffrant pendant la miction. Les urines contiennent des traces légères d'albumine; il n'y a aucun symptôme réflexe de grossesse, et surtout du côté des seins, qui sont examinés en détail.

A l'examen notre attention est attirée du côté de l'abdomen qui est saillant en avant avec quelques veines superficielles indiquant la circulation collatérale. La paroi abdominale est très adipeuse. A la palpation on trouve une tumeur allongée se dirigeant de l'hypogastre vers le flanc gauche. Par la palpation cette tumeur paraît composée de deux tumeurs superposées dont l'une est médiane et hypogastrique et l'autre est latérale et occupe le flanc gauche. La tumeur hypogastrique est dure, indolore, s'étendant à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne et à trois travers de doigt de chaque côté de la ligne médiane de la symphyse. La deuxième tumeur, située au-dessus et à gauche de la première, est de forme ovoïde à grosse extrémité affleurant le rebord costal gauche; elle a le volume d'une tête fœtale, une consistance dure, surface irrégulière avec des nodosités; elle paraît mobile et douloureuse à la palpation. Le périnée est bon, le vagin en bon état; le col est long; regardant en arrière et à droite, légèrement ramolli à sa partie inférieure, à orifice externe en fente. Le cul-de-sac antérieur est occupé par une saillie arrondie, dure dans sa plus grande partie, sauf à gauche où elle est ramollie et présente nettement le phénomène de ballottement vaginal simple. Les autres culs-de-sac sont libres et peu douloureux. Le toucher bimanuel confirme que la tumeur abdominale fait partie de l'utérus. L'examen des autres appareils et en particulier des seins ne donne rien à signaler. En présence d'un tableau clinique pareil, on fait le diagnostic d'*utérus fibromateux avec des adhérences épiploïques et grossesse probable*. La malade est mise au repos complet avec enveloppements froids sur le ventre et des lavements salés à garder. Malgré le repos et les calmants, l'état douloureux, quoique diminué d'intensité, persiste. D'un autre côté l'utérus paraît farci de fibromes; il augmente de volume rapidement et atteint les fausses côtes alors que la malade ne se connaissait pas de tumeur abdominale il y a deux mois; par conséquent il n'y a guère de chance que cette grossesse, qui ne peut être affirmée, aille à terme sans accidents péritonéaux, sans avortement, sans hémorragies, sans les multiples accidents qui peuvent en troubler ou en arrêter le cours. Ces raisons nous font proposer la laparotomie abdominale comme la seule conduite rationnelle.

Intervention le 14 septembre 1911. — Anesthésie à l'éther goutte à goutte ; laparotomie médiane ; le péritoine ouvert on protège les anses intestinales par de grandes compresses; on trouve alors une grosse tumeur irrégulière en bas et à droite et très adhérente à l'épiploon par son extrémité supérieure, les annexes des deux côtés sont sclérokystiques. On fait une hystérectomie subtotale avec ablation des annexes. Après hémostase soignée et cautérisation du moignon utérin, ce dernier est fermé et péritonisé par la suture du péritoine vésical au feuillet postérieur du ligament large.

Les suites opératoires furent normales et la malade sortit guérie le 7 octobre 1911.

Examen de la pièce. — La pièce est de forme allongée, mesurant 25 centimètres dans son grand diamètre, à surface irrégulière à cause de petits nodules fibromateux qui, plus ou moins volumineux et de couleur blanchâtre, font saillie à la surface. Après avoir ouvert la tumeur suivant son long dia-

mètre, d'avant en arrière et du col vers le fond utérin, on voit que toute la paroi utérine est farcie de fibromes de volumes des plus variables. Les plus gros sont comme des oranges, les plus petits apparaissent comme des pois faisant relief sur le tissu utérin. Ces fibromes sont les uns durs, les autres gélatineux et quelques-uns même sont creusés de lacunes renfermant un peu de sérosité, ils sont les uns sous-péritonéaux, surtout sur les faces antérieure et postérieure; d'autres sont sous-muqueux, ils déforment la cavité utérine et la rendent très allongée et tortueuse; enfin, beaucoup d'autres occupent l'épaisseur du muscle utérin qui est à son tour épaissi et rougeâtre.

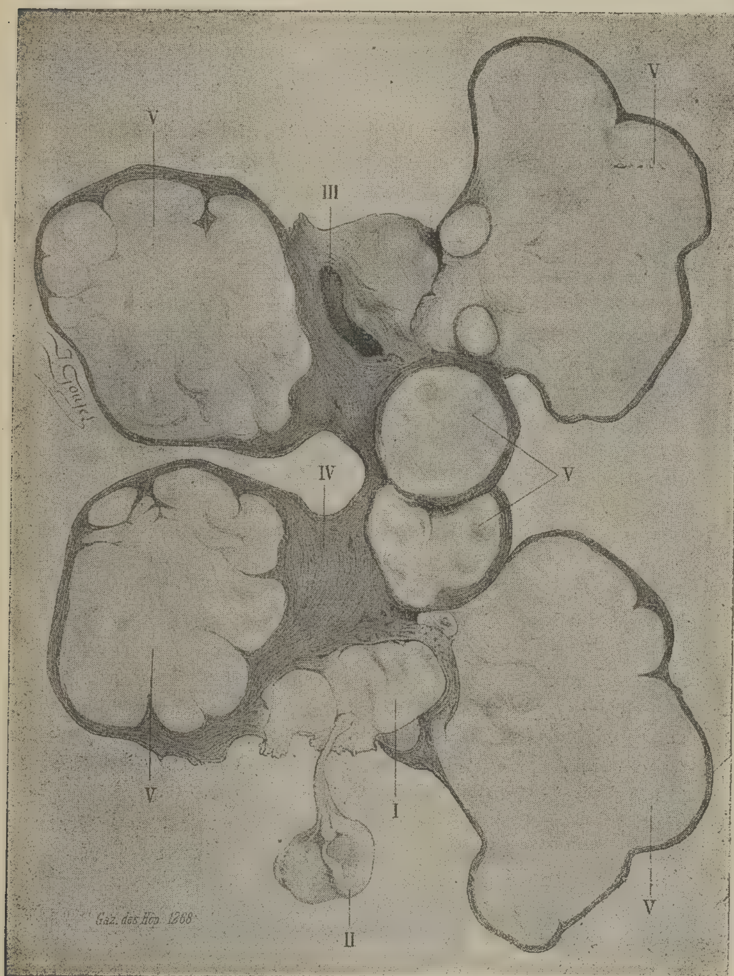


Fig. 1. — *Fibromes multiples de l'utérus; grossesse de deux mois* (cas personnel). — I. Placenta; II. Œuf; III. Corne gauche et cavité utérine; IV. Fond de l'utérus; V. Fibromes.

Vers le fond de l'utérus et au niveau de la partie postérieure de la corne droite existe un œuf ayant les dimensions de celui d'une poule et renfermant un petit embryon de 25 millimètres de longueur.

Obs. II. — *Utérus fibromateux. Grossesse de trois mois. Torsion d'un fibromyome utérin, péritonite et appendicite. Hystérectomie subtotale, appendicectomie. Guérison.* — Mme S..., âgée de trente-huit ans, primipare, nous consulte le 12 février 1913 pour accidents péritonéaux ayant débuté brusquement par des douleurs abdominales intenses au niveau de la fosse iliaque droite et s'irradiant bientôt à tout le ventre. Ces douleurs n'ont pas tardé à s'accompagner de vomissements d'abord alimentaires puis bilieux et d'arrêt des matières fécales et des gaz. Le ventre est volumineux, ballonné. On sent une tumeur dure et douloureuse occupant l'hypogastre et la fosse iliaque droite. En présence de ce tableau clinique et étant donnée la *persistance des règles* on pense à la torsion d'une tumeur pédiculée et on opère d'urgence le 15 février. Anesthésie à l'éther goutte à goutte, laparotomie sous-ombilicale et médiane. Le péritoine incisé est rouge, enflammé et présente un peu de sérosité dans sa cavité. A l'ouverture du ventre deux tumeurs se présentent : 1° un utérus gros, bourré de gros noyaux fibromateux, à surface très enflammée; et 2° à sa corne droite un fibrome du volume des deux poings, tordu sur son pédicule; l'appendice est rouge, épais et très adhérent au cæcum. On fait l'appendicectomie et une hystérectomie subtotale. En raison de la péritonite on fait un double drainage abdominal et transcervical et on reconstitue la paroi du ventre. L'ouverture de la cavité utérine montre un embryon de trois mois s'insérant sur la paroi postérieure; la paroi utérine est infiltrée de noyaux fibromateux dont certains font saillie sous la muqueuse et déforment la cavité de l'organe; les plus gros sont au voisinage du col.

Les suites opératoires sont excellentes, malgré la température de 38 degrés et le pouls de 110 des deux premiers jours. A la suite des injections sous-cutanées d'huile camphrée et des lavements salés à garder, le pouls devient moins rapide et la diurèse augmente. Le quatrième jour on enlève le drain vaginal et le sixième jour le drain abdominal, le onzième jour les fils.

La malade est guérie complètement au bout de vingt-cinq jours.

I

Complications dues à la coexistence du fibrome et de la grossesse. — Rien n'est plus commun que de voir des fibromes utérins plus ou moins volumineux et nombreux ne gêner en aucune façon la marche et le développement de la gestation. La statistique relatée par Pinard est à ce point de vue très instructive. Du 1er janvier 1895 au 1er janvier 1901, sur 13 915 accouchements, 84 grossesses compliquées de fibromes furent observées à la clinique Baudelocque : 66 fois, la grossesse évolua jusqu'au terme ou près du terme; 13 fois, il y eut accouchement prématuré; 5 fois, il y eut avortement; 4 fois seulement l'*intervention fut jugée nécessaire au cours de la grossesse.*

Mais il est loin malheureusement d'en être toujours ainsi, et, dans une notable partie des cas, la coexistence du fibrome et de la grossesse peut devenir le point de départ d'accidents divers et de gravité variable, qui forcent le chirurgien à intervenir. Ces accidents peuvent se ranger en deux catégories, suivant que l'on envisage les dangers que la tumeur par sa seule présence fait courir immédiatement à la mère (on dit alors que la grossesse complique le fibrome); ou au contraire la répercussion qu'elle peut avoir sur l'évolution de l'œuf et secondairement sur la santé maternelle (on dit alors que le fibrome complique la grossesse). La connaissance de ces complications est indispensable afin de pouvoir juger s'ils sont suffisants pour justifier une intervention préventive ou seulement précoce.

A. Complications dues a la présence de la grossesse. — La grossesse, survenant dans un utérus fibromateux, ne provoque pas de complications particulières, mais elle tend à les rendre plus graves et plus fréquentes en déterminant des modifications

du tissu utérin en général et du fibrome en particulier; ces modifications sont :

I. *L'accroissement du volume* des fibromes, constant dans la grossesse, est rapide et transitoire. En effet l'*infiltration œdémateuse*, cause principale de l'accroissement des fibromes, en atténue beaucoup les effets de compression générale, par le *ramollissement* qu'elle détermine au fibrome; aussi faut-il savoir résister, au début, aux troubles de compression générale. Mais il y a cependant des cas où l'accroissement est progressif et durable d'une part, et excessivement rapide d'autre part, on conçoit ainsi comment le volume des fibromes constitue une indication opératoire soit par son *intensité*, soit par la *marche galopante* (Pozzi). Dans ces deux conditions on observe des accidents dus à la compression des vaisseaux et nerfs pelviens, des voies urinaires et digestives, du cœur et des poumons.

1° La *compression nerveuse*, observée presque toujours à un degré plus ou moins accentué, est caractérisée par des douleurs sourdes, gravatives, localisées à la région sacrée ou hypogastrique et s'irradiant vers les reins et les cuisses. Le plus souvent ces douleurs incommodent simplement la femme, d'autres fois elles sont si violentes, qu'elles rendent le repos impossible à la femme et retentissent gravement sur l'état général; elles peuvent constituer alors une indication opératoire.

2° La *compression des voies urinaires* détermine des troubles très variables depuis la simple dysurie et pollakiurie jusqu'à la rétention complète et la congestion rénale.

3° La *compression vasculaire*, caractérisée par l'œdème plus ou moins accentué des membres inférieurs, cause en général une gêne peu marquée.

4° La *compression intestinale*, qui consiste en général en une constipation habituelle, peut dans certains cas sérieux prendre les allures d'une occlusion chronique et progressive. Le ventre se ballonne, des vomissements surviennent, le facies devient pâle et l'état général ne tarde pas à être profondément atteint.

5° La *compression cardio-pulmonaire* varie depuis la simple gêne respiratoire et les palpitations d'efforts jusqu'aux dyspnées les plus intenses accompagnées de cyanose (cas de Routier, Soc. de chir., 1902, où la femme étouffe, et cas de Terrier où la marche est impossible, th. de Zabrowski, Paris 1891).

Tous ces phénomènes de compression, que nous venons de passer en revue, sont en général associés, formant un complexus symptomatique qui par sa gravité peut constituer une indication impérieuse à l'opération, en modifiant gravement l'état général comme le montre l'observation suivante :

OBSERVATION. — *Fibrome compliquant la grossesse et déterminant des accidents graves. Hystérectomie abdominale.* (MOUCHOTTE, *Gaz. méd. de Paris*, 5 avril 1911.) — (Résumée.) — M..., âgée de trente-huit ans, fut réglée à quatorze ans. Règles douloureuses jusqu'à vingt-huit ans. A trente-sept ans et demi M... se marie (1910). Au cours de l'année qui précéda son mariage, elle avait remarqué que son ventre s'était développé, et elle éprouvait quelques douleurs abdominales. Trois jours après son mariage elle eut ses règles (du 5 au 9 février) qui ne reparurent plus. Fin février, M... commença à souffrir dans le bas-ventre; en mars, le ventre grossit anormalement et la pesanteur est telle qu'il lui est impossible de sortir de chez elle.

En mai, les douleurs augmentent fortement et deviennent continuelles (fin juin), elles empêchent le sommeil et arrachent des cris à la malade au moindre mouvement; très souvent apparaissent des crises douloureuses très aiguës durant plusieurs heures.

Il existe aussi des alternatives de diarrhée et de constipation ainsi que des troubles urinaires. Certains jours M... urine très peu, une ou deux fois par vingt-quatre heures et en très petite quantité, tandis qu'elle éprouve de vives douleurs hypogastriques et lombaires. Au cours du mois de juin, la respiration devient plus difficile, la face est fréquemment violacée. Puis l'état général s'altère rapidement; le visage se tire, un amaigrissement inquiétant se produit. Fin juin, M... « sent remuer » dans le côté droit du ventre. Début de juillet, la situation devient intolérable; un accoucheur consulté propose un avortement thérapeutique et ordonne le repos au lit.

Le 11 juillet, M... se soumet à l'examen du docteur Mouchotte : le facies est très tiré, les joues sont violacées, la parole est entrecoupée et la respiration très gênée; les jambes sont légèrement enflées, les urines renferment de l'albumine, circulation collatérale abdominale; l'examen de l'abdomen montre qu'il s'agit d'un utérus gravide fibromateux, à côté et à gauche duquel se trouve une tumeur, sur la nature et les connexions de laquelle le diagnostic reste imprécis. Il est prescrit le régime lacté absolu, des boissons diurétiques, le repos absolu au lit, un lavement quotidien.

Après quelques jours d'une amélioration relative, nouvelle poussée douloureuse avec grande gêne respiratoire; aussi le 21 juillet, M... entre à la maison de santé de l'Observatoire. Examen complémentaire d'Ertzbischoff pour éliminer le rein, examen du sang (Agasse-Lafont) qui élimine l'idée d'une leucémie. Le 24 juillet météorisme considérable, absence de gaz, coliques vives.

Le 27 juillet, nous pratiquons la laparotomie, aidé par les docteurs Eudes et Chabrun. Chloroformisateur : docteur Chevalier. La femme est placée en position très légèrement déclive et un peu inclinée sur le côté droit. Nous faisons une longue incision remontant notablement au-dessus de l'ombilic. L'utérus est découvert. Sa face antérieure est occupée sur plus de deux tiers de sa surface par un volumineux fibrome sessile; elle présente, en outre, plusieurs autres petits fibromes. Le long du bord gauche de l'utérus descendent des anses intestinales, qui ne peuvent être qu'incomplètement refoulées pour le moment et difficilement maintenues par de grandes compresses. La main pénètre alors dans la région gauche de l'abdomen et l'explore rapidement; elle contourne, par le haut, le pôle supérieur d'une volumineuse tumeur, descend sur sa face postérieure et rend compte que, en dehors de quelques adhérences molles facilement rompues, cette tumeur est tout à fait libre, sauf au niveau de son insertion à droite. Elle est bien enclavée dans sa loge abdominale; aussi est-ce avec peine qu'elle est énucléée hors du ventre, entraînant avec elle l'utérus gravide sur le bord gauche duquel elle est fixée par un large et épais pédicule. Il s'agit d'un volumineux fibrome. L'intestin est refoulé par les compresses en arrière de la masse totale (utérus gravide fibromateux et tumeur fibreuse). L'utérus, dont la face postérieure est maintenant accessible, présente plusieurs noyaux fibreux saillants, et un volumineux fibrome appartenant à la partie postéro-inférieure du corps utérin et postérieure du col. Le volume énorme du pédicule de la tumeur juxta-utérine, sa fixation sur le bord utérin dans la région des gros vaisseaux contre-indiquent une myomectomie et imposent une hystérectomie, que la dégénérescence fibro-myomateuse presque totale de l'utérus gravide fait faire moins à regret. L'hystérectomie

supra-vaginale est pratiquée de gauche à droite. L'amputation est très basse, voisine de l'insertion vaginale, dans le but d'éviter, si possible, l'ouverture des membranes et l'issue du liquide amniotique, afin aussi de passer au-dessous de la grosse masse fibreuse postéro-inférieure. Les pédicules sont liés au catgut. Péritonisation. Drain n° 40. Fermeture de la paroi en trois plans.

Les suites furent simples. Le surlendemain de l'opération, la température rectale et le pouls atteignaient leur maximum (T. 38°7, P = 92). Le troisième jour, la température était de 38 degrés et 38°2, le pouls à 80 et 88. A partir du quatrième jour, la température rectale demeura au-dessous de 38 degrés et le pouls ne dépassa pas 88. Pendant les trois premiers jours, on fit 500 grammes de sérum. La quantité d'urine émise fut de 800 à 950 grammes. Le quatrième jour, la quantité d'urine évacuée dépassa le litre et se maintint à ce taux. L'albumine disparaissait. Le drain abdominal fut changé de jour en jour, pendant cinq jours, et supprimé le sixième. Lors des premiers pansements il fut fait de l'aspiration. Le sommeil reparut, l'état général se rétablit. Le vingt-huitième jour lever. Sortie en parfait état le 25 août.

Examen de la pièce. — L'utérus a été sectionné immédiatement au dessus du pôle inférieur de l'œuf.

Face antérieure. — La hauteur de l'utérus est de 22 centimètres, sur cette face antérieure on voit la saillie (fig. 2)



Fig. 2. — *Fibrome et grossesse* (face antérieure). (Mouchotte.)

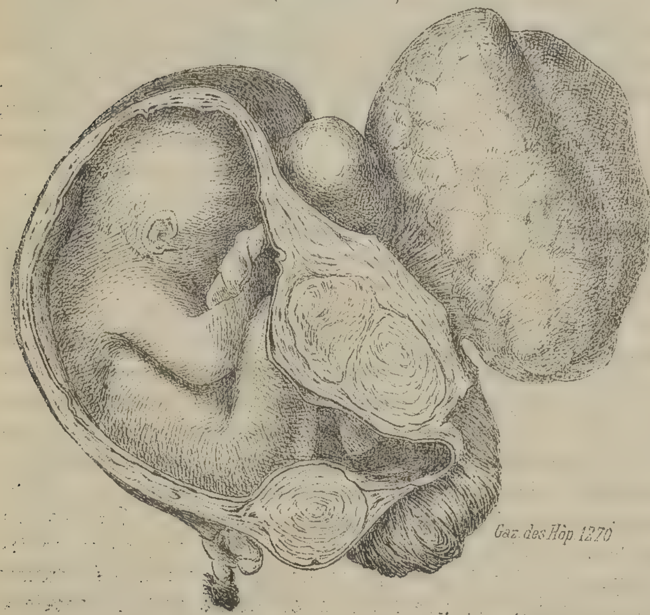


Fig. 3. — *Coupe de l'utérus précédent.*

du fibrome qui recouvre les deux tiers de la surface utérine antérieure, elle mesure 14 centimètres de hauteur; il existe un fibrome du volume d'un petit œuf, on voit encore quelques autres saillies fibromateuses.

Attenant au bord gauche de l'utérus est une volumineuse tumeur fibreuse mesurant 19 centimètres de hauteur sur 14 d'épaisseur; le pédicule a 9 centimètres de hauteur.

Face postérieure. — Hauteur 28 centimètres, elle est bosselée par plusieurs saillies fibromateuses.

Coupe de l'utérus (fig. 3). — Le fœtus est en présentation du siège, il est assis sur la saillie d'un fibrome pariétal; en face est une autre saillie fibromateuse. Ces deux masses délimitent un chenal étroit de 7 centimètres de long sur 2 de large en haut et 1 centimètre à la partie moyenne; c'est ce chenal qu'aurait eu à traverser le fœtus si cela eût pu être possible.

II. *La dégénérescence nécrotique* du fibrome pouvant aboutir à la suppuration et à la gangrène détermine souvent des phénomènes péritonéaux et oblige ainsi le chirurgien à intervenir d'urgence; cette complication est heureusement très rare.

III. *La rétroversion et l'incarcération de l'utérus gravide.* — Les fibromes utérins subissent en général, au cours de la grossesse, un processus d'élévation progressive, débarrassant ainsi la filière pelvienne. Malheureusement dans certains cas non seulement cette ascension est entravée, mais aussi la rétrodéviation et l'incarcération de l'utérus gravide est possible. Cet accident peut survenir dans les tumeurs volumineuses de la face antérieure ou, plus souvent, de la face postérieure; mais ce sont surtout les *fibromes intraligamentaires*, qui fournissent les plus nombreux exemples d'incarcération.

Cette complication, survenant vers le quatrième mois, débute tantôt brusquement par une douleur intense, tantôt et le plus souvent lentement et progressivement par une sensation de pesanteur, des douleurs pelviennes, sciatiques ou crurales, de la constipation et de la dysurie. Ces phénomènes peuvent être passagers et souvent, à la suite du repos, le fibrome se dégage de l'obstacle qui l'arrêtait et devient abdominal ou, peu intenses, être tolérés jusqu'au terme de la grossesse, mais le plus souvent par suite de l'intensité des phénomènes de compression ils nécessitent une intervention.

IV. *La torsion du pédicule des fibromes sous-séreux* s'observe assez rarement. Burty, dans sa thèse (Paris 1907), compte 9 cas connus de cette complication. Mais, depuis cette époque, le nombre des cas observés a augmenté, nous avons nous-même observé un cas de ce genre (voir observation II).

Cette complication, qui s'observe surtout du deuxième au sixième mois, débute en général d'une façon brusque par des douleurs violentes dans l'abdomen, survenant par crises et s'accompagnant d'irradiations lombaires ou crurales : les vomissements sont fréquents; le ventre est ballonné et très sensible à la palpation et la constipation opiniâtre ; l'état général s'aggrave progressivement et on est généralement obligé d'intervenir d'urgence, car on peut assister à la gangrène du fibrome et à la mort par péritonite.

V. *La péritonite.* — A côté des accidents péritonéaux dus à la torsion du pédicule des fibromes, il

en existe d'autres déterminés par l'inflammation plus ou moins étendue de la séreuse péritonéale. Le plus souvent, il s'agit d'adhérences épiploïques ou autres qui se font au niveau de l'utérus fibromateux, il en est ainsi dans notre première observation. les symptômes consistent alors en douleurs continues peu intenses, accompagnées de vomissements modérés, de la sensibilité du ventre et de la tumeur et d'une légère fièvre. Parfois, au contraire, les accidents affectent une marche aiguë et inquiétante : les vomissements sont fréquents, le ventre est ballonné, le pouls rapide et la température élevée. Dans tous ces cas, il faut intervenir d'urgence.

(*A. suivre.*)

ACTUALITÉS

LES PLEURÉSIES DES SYPHILITIQUES

La syphilis a pris depuis quelques années une place importante dans la pathologie viscérale; on connaît aujourd'hui la fréquence de son rôle dans l'étiologie d'un grand nombre d'affections cardio-artérielles, hépatiques et autres. En ce qui concerne la plèvre, il est bien certain que c'est une localisation beaucoup plus exceptionnelle de la syphilis, mais cependant la question de la pleurésie syphilitique mérite d'être étudiée et elle l'a été par beaucoup d'auteurs; on trouvera tous les documents sur ce sujet dans les thèses récentes de Beaurepaire (1), Blanchès (2) et Amaudrut (3) qui nous ont fourni la substance de cette Actualité.

Amaudrut intitule sa thèse *Contribution à l'étude de la pleurésie des syphilitiques*, et il rappelle, dès le début de son travail, une phrase de Sergent : « C'est à dessein que j'ai donné ce titre à cette conférence (pleurésies des syphilitiques). Il contient implicitement les conclusions que nous tirerons des faits que nous allons passer en revue et qui nous montreront, je pense, que, s'il est assez fréquent d'observer une pleurésie chez un syphilitique, il est relativement rare de pouvoir affirmer que cette pleurésie est de nature syphilitique. »

Le problème est donc immédiatement posé. Voici un malade, notoirement syphilitique, qui est atteint de pleurésie ; l'étiologie syphilitique ne sera admise qu'après un examen attentif par lequel on aura pu démontrer la nature syphilitique de l'affection pleurale ou tout au moins éliminer les autres causes de pleurésie et en particulier la bacillose.

Les pleurites ont été observées au cours de la syphilis secondaire, de la syphilis tertiaire et de l'hérédo-syphilis. Pour ces deux derniers cas, il n'est généralement pas très difficile de reconnaître leur étiologie; le plus souvent, en effet, la pleurésie vient compliquer une lésion syphilitique du poumon ou du voisinage. La syphilis tertiaire du poumon a des formes anatomiques et cliniques très variées (4); chez le fœtus et le nouveau-né il existe des lésions pulmonaires dues à la syphilis héréditaire. Toutes ces pneumopathies syphilitiques, surtout lorsqu'elles atteignent les portions du parenchyme pulmonaire voisines de la plèvre, peuvent réagir sur la séreuse et produire des pleurésies.

(1) BEAUREPAIRE. *De la Pleurésie syphilitique dite essentielle*, Th. de Lille, 1912-1913.

(2) BLANCHÈS. *La Pleuro-syphilis secondaire*, Th. de Paris, 1912-1913.

(3) AMAUDRUT. *Contribution à l'étude des pleurésies des syphilitiques (étude critique)*, Th. de Paris, 1912-1913.

(4) Voir G. MASSIA. Le poumon syphilitique chez l'adulte, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 11 et 18 nov. 1911, nos 128 et 131.

Bériel a signalé plusieurs observations de lésions pleurales au cours de la syphilis héréditaire du poumon ; les lésions scléro-gommeuses du poumon, la pneumonie blanche du nouveau-né s'accompagnent d'un épaississement du tissu souspleural et aboutissent à la formation de fausses membranes souvent épaisses; dans deux observations un épanchement léger occupait la cavité pleurale.

La syphilis tertiaire du poumon chez les adultes détermine du côté de la plèvre des adhérences ou des épanchements. Les adhérences sont très fréquentes; épaisses, résistantes, diffuses, formant une véritable symphyse pleurale dans un certain nombre de cas, plus limitées dans d'autres, en un point de la plèvre qui correspond généralement au foyer pulmonaire malade. Ce qui domine parfois c'est un épaississement considérable de la plèvre viscérale qui atteint alors une épaisseur de plusieurs centimètres. Les épanchements pleuraux consécutifs à la syphilis tertiaire du poumon sont rarement abondants; Balzer a publié l'observation d'un malade ayant tous les symptômes de la phtisie ; il meurt après l'apparition, à droite, d'un épanchement pleural. A l'autopsie, 2 litres d'un liquide louche et sanguinolent dans la plèvre droite ; épaississement des feuillets pleuraux; dans le poumon droit, nombreuses masses caséeuses entourées d'une zone fibreuse; lésions scléro-gommeuses du foie; l'examen histologique a permis de constater l'absence de bacilles de Koch. Il est exceptionnel que l'épanchement atteigne une telle importance; plus habituellement, il s'agit d'un épanchement moyen, citrin, quelquefois séro-purulent ou séro-sanguinolent.

Les lésions syphilitiques du foie et du médiastin peuvent atteindre la plèvre par propagation. On a vu, par exemple, une gomme du foie pénétrer à travers le diaphragme, envahir le lobe inférieur du poumon droit et provoquer des adhérences pleurales; des nodules gommeux du myocarde et du tissu conjonctif péri-aortique s'accompagner de médiastinite scléreuse avec atteinte des feuillets pleuraux avoisinants; des périostites costales déterminer de la pleurésie sèche.

Ces pleurites syphilitiques tertiaires, consécutives à des altérations du poumon ou des organes voisins, sont très souvent des trouvailles d'autopsie, n'ayant eu, du vivant du malade, aucune symptomatologie. Parfois, cependant, elles provoquent des douleurs thoraciques ; elles contribuent à entretenir la dyspnée; à l'examen du thorax, elles se traduisent par de la submatité et des frottements lorsqu'il s'agit de pleurésie sèche; par de la matité, de l'abolition des vibrations et du murmure vésiculaire lorsqu'il existe un épanchement. Très rares sont les cas dans lesquels les symptômes de la pleurésie sont au premier plan; on cite cependant une observation de Dieulafoy : un malade avait depuis un an des crises de dyspnée et on avait diagnostiqué une broncho-pneumonie tuberculeuse; il existait un épanchement pleural d'environ 1200 grammes qui nécessita une thoracentèse; tout disparut ensuite grâce au traitement mercuriel. Dans un cas de Talamon, une pleurésie consécutive à une gomme située au voisinage de l'appendice xiphoïde se caractérisa par tous les symptômes et signes habituels des épanchements pleuraux ; on évacua, par une ponction, 200 grammes de liquide séreux ; gomme et pleurésie guérirent sous l'influence du traitement spécifique.

Tous ces faits doivent être admis sans discussion; il est bien évident que si les adhérences pleurales se sont formées au voisinage d'un foyer de syphilis pulmonaire, si l'on trouve une gomme du foie ayant atteint le poumon et la plèvre, la nature syphilitique de ces lésions pleurales ne fait aucun doute. Il n'en va plus de même pour les cas qu'il nous faut maintenant examiner, pour les pleurésies syphilitiques essentielles ou primitives survenant sans lésions préalables du poumon ou des organes voisins. Pour celles-ci, il faut y regarder de plus près et ne pas considérer a priori comme

syphilitique toute pleurésie observée chez un syphilitique.

Les pleurésies syphilitiques primitives ont été signalées à la période tertiaire, mais en très petit nombre; elles paraissent survenir de préférence à la période secondaire. Amaudrut a trouvé dans la littérature médicale sept observations de pleurésies tertiaires primitives : une pleurésie sèche (Nikouline), six pleurésies avec épanchement (Talamon, Roque et Garin, Parisot, deux cas de Roger et Sabaréanu, Beaurepaire). Les symptômes ne présentent rien de particulier; le liquide pleural retiré par ponction est séro-fibrineux, renferme des lymphocytes; la réaction de Wassermann a été faite dans trois cas et elle était positive aussi bien dans le sérum sanguin que dans le liquide pleural; l'inoculation du liquide pratiquée au cobaye dans trois observations a été négative; négatives aussi les recherches du bacille de Koch dans les crachats. Ces pleurésies tertiaires étaient observées chez des sujets atteints de syphilis de deux à quarante-deux ans auparavant; elles coïncidaient parfois avec d'autres lésions syphilitiques. Enfin, les résultats du traitement mercuriel ont été très variables; si dans quelques cas il a amené une rapide guérison, dans d'autres son efficacité a été fort douteuse.

Les pleurésies de la période secondaire de la syphilis sont un peu plus fréquentes et présentent beaucoup plus d'intérêt, car c'est à propos d'elles qu'on a surtout discuté; pour donner une idée des difficultés d'interprétation que soulève ce sujet, il suffira d'indiquer l'opinion des trois auteurs cités plus haut : Beaurepaire considère que la nature syphilitique de ces pleurésies n'est pas démontrée et se refuse à admettre l'existence de la pleurésie syphilitique primitive jusqu'au jour où des recherches plus complètes permettront de déceler le tréponème dans les exsudats; Blanchès, au contraire, après avoir fait quelques réserves, conclut qu'il y a lieu d'admettre la réalité de la pleurésie des syphilitiques secondaires comme pleurésie syphilitique attribuable au tréponème; l'opinion d'Amaudrut est à peu près la même que celle de Blanchès; dans l'immense majorité des cas, écrit Amaudrut, les pleurésies de la syphilis secondaire sont, suivant l'expression du professeur Landouzy, de support syphilitique et de nature bacillaire; cependant il est difficile de ne pas admettre la nature syphilitique de la pleurésie pour quelques observations où l'on voit pleurésie et roséole suivre la même évolution.

Au point de vue clinique, voici comment les faits se présentent : la pleurésie syphilitique secondaire est généralement précoce, apparaissant dans les premiers mois qui suivent le chancre; elle est nettement contemporaine des accidents cutanés et muqueux de la période secondaire et, dans la plupart des cas, les réactions pleurales surviennent chez des malades ayant une syphilis grave, c'est-à-dire qu'on les observe en même temps que des symptômes traduisant l'infection générale de l'organisme et l'atteinte simultanée de plusieurs organes par l'infection syphilitique.

Quelquefois la pleurésie ne s'accompagne d'aucun symptôme fonctionnel; c'est la forme latente sur laquelle ont insisté Œttinger et Malloizel qui en ont observé 8 cas sur 22 syphilitiques. En percutant et en auscultant les malades, on trouve des signes de pleurésie bilatérale, pleurésie légère, ne se traduisant que par la submatité aux bases et une diminution du murmure vésiculaire; au bout de dix à quinze jours, tous ces signes ont disparu. Dans d'autres cas, le syphilitique présente les symptômes et signes physiques de la pleurésie sèche : il est pris d'un point de côté avec légère dyspnée, frissons et fièvre; à l'auscultation on constate des frottements; ces pleurésies sèches guérissent en quelques jours.

Viennent enfin les cas les plus typiques, les pleurésies avec épanchement, à symptomatologie bien marquée; comme exemple, on peut citer une observation recueillie par Blanchès dans le service de Bergé : un maçon de vingt-cinq ans entre à l'hôpital parce que depuis dix jours il souffre d'un point de côté à gauche; on reconnaît, à l'examen de l'appareil respiratoire, qu'il est atteint d'une pleurésie gauche avec petit épanchement, mais, de plus, on trouve une roséole tout à fait caractéristique, un chancre de la verge en voie de cicatrisation, des ganglions dans l'aine; quelques jours plus tard, les amygdales se recouvrent de plaques muqueuses. Le malade n'a pas d'antécédents bacillaires; il est très robuste, très bien musclé. On fait le diagnostic clinique de pleuro-syphilis secondaire; diverses recherches de laboratoire sont pratiquées pour vérifier ce diagnostic. La réaction de Wassermann est positive avec le sérum sanguin et le liquide pleural; l'examen cytologique du liquide pleural montre au début une éosinophilie prédominante, plus tard une lymphocytose très nette, mais accompagnée de nombreux éosinophiles; ce liquide pleural ne tuberculise pas les cobayes, il ne renferme pas de tréponèmes; pas de bacilles de Koch dans les crachats; cuti-réaction avec la tuberculine douteuse. Après quelques injections de salvarsan, tous les signes de pleurésie disparaissent et, sept semaines après son entrée, le malade quitte l'hôpital en très bon état; revu quelques mois plus tard, il ne présente plus aucune trace de sa pleurésie gauche, et n'a aucun symptôme de bacillose pulmonaire. Plusieurs observations de pleuro-syphilis secondaire ont été publiées qui sont tout à fait analogues à celle-ci; et il semble bien que l'on soit autorisé à admettre, dans de tels cas, une étiologie syphilitique sans invoquer la bacillose.

D'après Blanchès, on considérera comme syphilitique la pleurésie qui présente les caractères suivants : allure clinique un peu spéciale avec épanchement toujours modéré, bonne conservation de l'état général, évolution rapide, restitutio ad integrum des plèvres; la non-tuberculisation du cobaye par le liquide pleural, la formule cytologique avec éosinophilie abondante et persistante constituent encore des arguments en faveur de la syphilis; l'efficacité du traitement spécifique doit être également prise en considération; pour ce qui est de la réaction de Wassermann positive avec le liquide pleural cette constatation n'a pas grande valeur, car on sait que la réaction se retrouve positive dans toutes les humeurs des syphilitiques, quelles qu'elles soient (1).

Par contre, d'autres observations doivent être interprétées d'une façon toute différente; et, pour un grand nombre de malades atteints de pleurésie au cours de la syphilis secondaire, la tuberculose est très certainement la cause de l'affection pleurale. C'est par exemple une malade de Bezançon et Gastinel. Jeune femme de vingt et un ans, ayant eu un chancre huit mois avant son admission à l'hôpital; elle entre avec une poussée de roséole et un épanchement pleural gauche, mais elle tousse et elle crache, au sommet gauche l'expiration est prolongée, soufflante, l'examen des crachats par la méthode de l'homogénéisation révèle des bacilles de Koch et le liquide pleural tuberculise le cobaye. C'est un malade de Beaurepaire : quatre mois après un chancre, il a une pleurésie gauche avec formule cytologique de bacillose (prédominance de lymphocytes); sans doute, la réaction de Wassermann pratiquée sur le sérum sanguin et sur le liquide pleural est positive; mais deux mois plus tard, le malade est très nettement un tuberculeux pulmonaire avec bacilles de Koch dans les crachats. C'est encore un malade d'Amaudrut; il s'agit cette fois d'une pleurésie séro-fibrineuse survenant chez un syphilitique en période tertiaire; la pleurésie fut d'abord considérée comme de nature syphilitique, ultérieurement une inoculation au cobaye du culot résultant de la centrifugation du liquide pleural en montra la nature tuberculeuse.

L'opinion de ceux qui considèrent les pleurésies des syphi-

(1) Dans un cas de Bezançon et Gastinel, le liquide pleural donna un Wassermann positif et tuberculisa le cobaye.

litiques comme d'origine très fréquemment tuberculeuse s'appuie sur les travaux de Sergent. Cet auteur a très complètement étudié les relations qui existent entre la syphilis et la tuberculose, le retentissement que peut avoir sur l'une d'elles l'apparition de l'autre. Très souvent, chez les sujets prédisposés ou atteints de tuberculose latente, la syphilis favorise le développement de la tuberculose, en diminuant la résistance de l'organisme. On s'explique alors facilement comment, dans une syphilis grave, l'éclosion des accidents secondaires détermine un réveil de la bacillose et, si l'on réfléchit à la prédilection de la tuberculose pour la plèvre, on ne sera pas surpris de voir apparaître, chez un syphilitique une pleurésie tuberculeuse.

En résumé, on connaît des cas indiscutables qui doivent être considérés comme des cas de pleurésie tuberculeuse chez un syphilitique; dans ces cas, en effet, la preuve a pu être faite que le liquide pleural était bien un liquide tuberculeux.

Au contraire, la preuve de la pleurésie syphilitique n'a pas encore été donnée; elle pourrait être fournie par la réaction de Wassermann à une condition, c'est que le Wassermann soit seulement positif sur le liquide pleural, négatif sur le sérum sanguin; une telle réaction indiquerait un processus syphilitique local en évolution, et on aurait ainsi des faits analogues aux cas de tabes ou de paralysie générale, dans lesquels le Wassermann du liquide céphalo-rachidien est positif, alors que le Wassermann du sérum sanguin est négatif; mais jusqu'à ce jour, aucune observation aussi nettement démonstrative n'a été publiée.

Toutefois, comme le fait remarquer Amaudrut, en attendant cette preuve, il faut retenir quelques observations où l'évolution d'accidents cutanés et pleuraux a eu lieu simultanément au cours de la syphilis secondaire, où les malades suivis longtemps n'ont présenté aucun symptôme de tuberculose et, pour ces quelques cas, on est bien tenté d'admettre l'origine syphilitique de la pleurésie. M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 3 JUILLET 1914)

Lésions surrénales et mélanodermie. — M. SERGENT, à propos de la dernière communication de MM. Hirtz et Debré, fait remarquer que la constatation de lésions limitées unilatérales ne saurait s'élever contre la loi physiologique qui veut que la survie soit possible avec le onzième du poids total. Cette loi concerne la vie et non la maladie. Or dans l'observation précitée, les accidents sont survenus à l'occasion d'une opération chirurgicale qui a rompu l'équilibre instable et il y aurait eu débilité surrénale préalable.

Pour ce qui est de la valeur séméiologique de la mélanodermie dans les lésions des surrénales, il faut admettre qu'elle est aussi bien le fait de troubles d'insuffisance que de troubles d'hyperfonctionnement. On l'observe à la fin de l'évolution des adénomes surrénaux avec hypertension et syndrome brightique. Enfin, ce qui prouve encore qu'elle est liée à l'excitation du sympathique et non à une insuffisance surrénale, c'est qu'elle existe souvent dans la maladie de Basedow quoique à un degré moindre. M. Sergent ajoute que, contrairement à l'opinion des auteurs de cette observation, il n'a jamais constaté l'efficacité de l'opothérapie surrénale contre la mélanodermie.

Sur un bruit extracardiaque perceptible à distance. — M. VARIOT adresse une communication écrite sur ce sujet.

Quelques cas de rhumatisme blennorragique traités par le virus vaccin sensibilisé antigonococcique. — M. FLORAND communique au nom du docteur F. MALLETERRE et au sien une série d'observations concernant six cas de rhumatisme blennorragique traités dans son service par la méthode de vaccination de M. L. Cruveilhier.

Chez ces six malades atteints de rhumatisme gonococcique aigu, soit mono, soit polyarticulaire, la guérison a été obtenue après 4 à 6 injections en moyenne, et une durée de traitement de trois semaines à un mois environ.

Dans tous les cas, il a été constaté une sédation presque immédiate des phénomènes douloureux et inflammatoires, et le retour à l'intégrité fonctionnelle des articulations atteintes. Un malade en pleine évolution d'urétrite aiguë a vu son écoulement disparaître au cours du traitement. Celui-ci n'a provoqué aucun accident. On a seulement noté, après chaque injection, une légère réaction thermique et un peu de douleur au niveau de la piqûre, phénomènes disparaissant au bout de vingt-quatre heures, et n'ayant jamais entravé l'évolution favorable du traitement.

Pneumonie prolongée de soixante jours à localisation pulmonaire à forme pseudo pleurétique terminée par la guérison. — MM. Georges BROUARDEL et René GIROUX rapportent l'observation d'un malade qui présenta brusquement des phénomènes pulmonaires se manifestant, au début, par tous les signes d'un épanchement pleural, puis par ceux d'une tuberculose pulmonaire aiguë. La ponction exploratrice étant restée négative à plusieurs reprises et les crachats contenant du pneumocoque, l'ensemencement du sang fut pratiqué qui permit également de déceler le pneumocoque. Une deuxième hémoculture faite quinze jours plus tard, c'est-à-dire un mois après le début de la maladie fut de nouveau positive. Les auteurs rapprochent cette observation de celles rapportées antérieurement par M. Caussade et ses élèves, ils pensent avec ces auteurs que la longue durée de ces pneumococcies tient au développement du pneumocoque dans certains milieux humoraux différents de ceux qu'il occupe dans la pneumonie franche aiguë. A cette cause vient d'ailleurs s'ajouter la virulence du microbe, impossible à juger chez l'homme.

Le diagnostic de ces pneumococcies ne peut se faire qu'en s'adressant au laboratoire; ces signes fonctionnels et physiques sont trompeurs et plaident en faveur de la tuberculose, tantôt il s'agit de signes pseudo-pleurétiques comme dans le cas signalé par MM. Brouardel et Giroux, tantôt de signes pseudo-cavitaires, tantôt enfin de signes de spléno-pneumonie.

Emphysème sous-cutané généralisé au cours de la rougeole non compliquée. — MM. H. MÉRY et Lucien GIRARD rapportent deux observations d'emphysème généralisé sous-cutané, survenu chez deux enfants atteints de rougeole normale non compliquée.

L'examen radiographique, fait chez l'un d'eux, a montré un emphysème interstitiel, et l'absence de pneumothorax.

Cet emphysème est très bénin et n'a pas la gravité de l'emphysème lié aux broncho-pneumonies de la rougeole.

Le point de départ de l'emphysème semble siéger tantôt au niveau du larynx, tantôt au niveau du médiastin.

Sur un cas de fièvre intermittente trypanosomiasique causée par un parasite atoxyl-résistant. — MM. Louis MARTIN, Henri DARRÉ et Julien DUMAS rapportent un cas de maladie du sommeil intéressant au double point de vue clinique et thérapeutique.

Cliniquement, l'affection s'est traduite exclusivement par une fièvre intermittente presque régulièrement périodique, simulant la fièvre intermittente paludéenne, s'en distinguant seulement par la longue durée des intervalles séparant les accès fébriles (huit à dix jours), l'absence des hématozoaires de Laveran, la présence de nombreux trypanosomes dans le sang prélevé pendant les premières heures de l'accès fébrile.

Cette fièvre devait être considérée comme une fièvre trypanolytique due surtout à la destruction massive des parasites sous l'influence des anticorps contenus dans le sang.

L'affection était causée par un trypanosome atoxyl-résistant ainsi que l'ont montré l'observation du malade et l'étude expérimentale du parasite. L'emploi de très fortes doses d'atoxyl a pu cependant amener une trêve passagère; mais, pour triompher définitivement des accidents, il a fallu avoir recours au traitement par l'émétique de potasse associé à l'emploi de l'atoxyl.

L'étude chimiothérapique de la maladie du sommeil, facile à faire tant par l'observation directe du malade que par les inoculations expérimentales, montre comment divers échantillons d'un parasite peuvent être différemment influencés par un même agent chimique parasiticide ; les uns, les plus nombreux, sont détruits par des doses relativement faibles; d'autres, qui résistent à ces doses, sont frappés de mort lorsqu'on emploie des doses plus fortes; d'autres, enfin, ne sont que passagèrement influencés par les plus fortes doses tolérées par l'organisme parasité et ne peuvent être détruits que par d'autres agents chimiques plus puissants auxquels ils sont plus sensibles. Il existe donc des degrés dans la résistance opposée par divers échantillons parasitaires à un agent médicamenteux déterminé. On conçoit tout l'intérêt de cette étude pour éclairer la chimiothérapie des autres maladies parasitaires comparables, beaucoup plus difficiles à étudier, et notamment de la malaria et de la syphilis.

Anévrisme du tronc brachio-céphalique avec tumeur pulsatile à gauche du sternum (présentation de pièce). — MM. Béclère, Lortat-Jacob et Paraf rapportent l'observation d'un homme de cinquante-deux ans, ancien syphilitique, entré à l'hôpital porteur d'une tumeur pulsatile siégeant à la partie interne de la clavicule gauche. Les signes physiques, l'examen radioscopique qui montrait une ombre à convexité inférieure surmontant l'ombre de l'aorte permirent de faire le diagnostic d'anévrisme des vaisseaux du cou.

Le siège gauche de la tumeur fit localiser l'anévrisme à l'artère carotide primitive gauche.

Un traitement antisyphilitique interne demeura sans résultat; la ligature de l'artère carotide gauche n'amema aucune amélioration. La tumeur continua à se développer et la mort survint.

A l'autopsie, gros anévrisme du tronc brachio-céphalique avec artérite syphilitique en évolution histologiquement. Les lésions étaient en pleine évolution gommeuse. Les auteurs insistent sur la difficulté souvent très grande de la localisation des anévrismes des vaisseaux du cou, diagnostic très important à faire en cas d'intervention chirurgicale nécessaire.

Tuberculose suraiguë de l'enfance. — MM. Ribadeau-Dumas et J. Rolland rapportent l'observation de deux enfants d'un et six ans chez lesquels se constitua, au cours d'une tuberculose latente, un syndrome terminal caractérisé surtout par une modification brusque de l'état général sans symptômes de localisation précise à part de vagues signes de réaction méningée.

Chez un de ces malades on avait pu constater, avant la mort, la présence de bacilles de Koch dans le liquide céphalo-rachidien.

A l'autopsie, on trouva dans le deuxième cas un petit foyer fibro-caséeux (lésion initiale) assez riche en bacilles, accompagné d'adénopathie médiastine légère. A part ces lésions nettement spécifiques, les altérations tuberculeuses étaient réduites à quelques granulations pie-mériennes.

Ce qui frappait surtout c'étaient des lésions œdémateuses et congestives de tous les viscères : cerveau, méninges, foie, rate, intestin. Il ne s'agissait certainement pas, comme on a pu s'en assurer, d'infections secondaires.

Les auteurs pensent que ces lésions parenchymateuses extrêmement intenses et de caractère brutal ont été la cause de la mort de leurs malades et qu'elles ressortissent vraisemblablement aux faits d'anaphylaxie tuberculeuse que des travaux récents cliniques et expérimentaux leur ont fait connaître.

Atrophie musculaire des membres supérieurs chez un syphilitique. — MM. A. Lemierre et Edmond Doumer présentent un homme de quarante-six ans atteint depuis dix ans d'une atrophie musculaire extrêmement accentuée frappant le deltoïde, les muscles du bras, de l'avant-bras et des mains. Cette atrophie musculaire a été précédée de phénomènes douloureux dans les bras et les épaules. Elle a évolué assez rapidement pendant les premiers mois, mais elle est restée stationnaire depuis trois ans.

Le malade a eu la syphilis à l'âge de vingt ans. Actuellement il n'y a pas de lymphocytose rachidienne, la réaction de Wassermann est négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. La réaction de dégénérescence est négative; le malade ne présente qu'un affaiblissement de la contractilité électrique dans le muscle atrophié. La syphilis est-elle en cause dans la genèse de cette atrophie musculaire? Dans ce cas l'absence de réaction humorale et de réaction de dégénérescence tendraient à démontrer que le processus morbide est actuellement arrêté.

ANALYSES

MÉDECINE

Le mécanisme et la nature des épanchements pleuraux consécutifs aux pneumothorax chez les tuberculeux (pneumothorax naturels et pneumothorax artificiels). (Léon Bernard et Paraf. *Progrès méd.*, 21 mars 1914.) — Tout épanchement pleural consécutif au pneumothorax chez un tuberculeux passe d'abord par une phase séreuse, puis, s'il dure assez longtemps, par une phase purulente; cette règle pourrait même à la rigueur s'étendre à tous les épanchements pleuraux tuberculeux, même sans pneumothorax. Qu'il soit séreux ou purulent, l'épanchement des pneumothorax tuberculeux renferme toujours le bacille de Koch et le rôle de l'infection secondaire est extrêmement restreint, pour ne pas dire nul.

Les auteurs ont, par diverses méthodes bactériologiques, étudié neuf cas de pneumothorax naturels; dans les neuf cas l'examen direct comme les cultures démontrèrent l'absence de microbes banaux; cinq fois il fut possible de déceler le bacille de Koch sur lames; dans les quatre autres cas les inoculations furent positives. Mêmes résultats identiques sur quatorze cas de pneumothorax artificiels compliqués d'épanchement; une seule fois une infection d'allure grippale fut l'occasion de l'envahissement éphémère du liquide par un coccus qui disparut d'ailleurs très vite du liquide. Ces notions doivent se compléter par la mise en lumière du fait suivant : c'est que la richesse d'un épanchement en bacilles de Koch, au cours d'un pneumothorax, est l'indice d'un pneumothorax ouvert; il semble qu'il se fait alors un déversement direct des produits bacillifères du poumon dans la plèvre. Anatomiquement, les lésions pleurales qui provoquent les épanchements appartiennent à deux variétés différentes : la première relève d'une pachypleurite fibreuse, pauvre en follicules, qui ne jette guère de bacilles dans le liquide ; la seconde procède de la fonte de masses caséeuses et de gros tubercules. Les épanchements consécutifs aux pneumothorax artificiels semblent dus à la rupture par les insufflations hypertensives d'adhérences pleurales préalables. Il faut enfin retenir la faible aptitude des liquides tuberculeux à cultiver d'autres germes.

J. MILHIT.

Formes cliniques des hémorragies méningées. (L. RAMOND. *La Clinique*, 27 mars 1914.) — Il existe deux grandes variétés d'hémorragies méningées : les unes spinales, les autres cérébrales. Les *hémorragies méningées spinales* (Vigneras 1908) sont rares et le plus souvent traumatiques ; elles se manifestent par des symptômes exclusivement médullaires.

Les *hémorragies méningées cérébrales* sont plus fréquentes et cette constatation apparaît encore plus évidente depuis la vulgarisation de la ponction lombaire et depuis les travaux de Widal, Chauffard, Sicard, Froin.

Il existe tout d'abord, par suite de la disposition des méninges, des hémorragies extradure-mériennes et des hémorragies intradure-mériennes ; cependant une seule variété anatomique, la pachyméningite hémorragique reste une entité clinique parfaitement définie; pour classer les hémorragies méningées, l'on est obligé de se baser sur l'étiologie ; on les divise ainsi en médicales, chirurgicales, obstétricales ; les hémorragies méningées médicales donnent lieu à deux types cliniques : l'hématome de la dure-mère et les hémorragies sous-arachnoïdiennes, ces dernières bien connues seulement depuis ces dernières années. Le début est rarement précédé de prodromes ; il est le plus souvent brusque, foudroyant ; à l'ictus, succède ensuite le coma ; lorsque le malade sort du coma, l'examen clinique révèle l'irritation méningée (contractures, signe de Kernig, etc.). Le signe le plus précieux est fourni par la ponction lombaire. Le liquide céphalo-rachidien recueilli dans trois tubes est également teinté dans chacun des trois tubes ; il ne contient pas de coagulum fibrineux. Le *chromo-diagnostic* de Sicard est fondé sur les variations de couleur du liquide ; il peut être jaune rosé, l'hémolyse étant alors à son début ; il peut être jaune, verdâtre, avec réaction de Gmelin positive ; l'hémoglobine a été transformée, *in situ*, en pigments biliaires. Les globules blancs sont rares au début ; bientôt leur nombre augmente ; l'on voit apparaître d'abord des hémato-macrophages et des lymphocytes, puis des polynucléaires. Froin a parfaitement étudié ces divers phénomènes hémolytiques. La ponction lombaire est le véritable traitement efficace des hémorragies méningées médicales.

J. MILHIT.

Le rôle du terrain dans la tuberculose. (E. SERGENT. *Bull. méd.*, 25 mars 1914.) — Le rôle du terrain est capital dans la pathogénie et l'évolution de la tuberculose; il se manifeste suivant trois conditions très spéciales : la pathogénie proprement dite, l'évolution de la maladie, son pronostic. Les prédispositions humorales à la tuberculose sont de deux sortes : les unes sont le fait d'une imprégnation du terrain par le bacille de Koch, les autres sont le fait d'une aptitude biochimique particulière dans laquelle intervient soit la déminéralisation, soit la décalcification, soit la défaillance des ferments digestifs.

Le rôle du terrain est encore incontestable en ce qui concerne l'évolution, la forme clinique spéciale de la tuberculose ; ainsi le tout petit enfant fait de la tuberculose généralisée aiguë, de la méningite tuberculeuse ; l'enfant plus grand fait plus fréquemment une tuberculose ganglio-pulmonaire ; l'adulte fait au contraire, avec prédilection, une phtisie aiguë galopante. Et si cet adulte est syphilitique il fait encore une variété spéciale de tuberculose ; n'est-ce pas encore le terrain qui détermine les trêves et les reprises de la tuberculose ? Enfin, le terrain est à la base du pronostic de la tuberculose ; pour apprécier ce pronostic il est deux modes d'investigation clinique qu'il faut bien connaître : les réactions à la tuberculine d'une part, et la mesure de la pression artérielle d'autre part. L'hypotension plus ou moins accentuée menace, en effet, de manière indirecte l'état de résistance générale du terrain, aussi devra-t-on mesurer très régulièrement la pression artérielle des tuberculeux que l'on surveille de temps en temps.

J. MILHIT.

OPHTALMOLOGIE

Diagnostic des tumeurs de l'œil. (VALUDE. *Bulletin méd.*, n° 23, 21 mars 1914.) — Les tumeurs de l'œil peuvent être divisées en deux groupes, suivant qu'elles ont leur origine à l'extérieur ou à l'intérieur de l'œil : les *tumeurs extérieures* sont en général bénignes; il en existe deux variétés à point d'implantation sur le limbe : l'une est le dermoïde de la conjonctive dont le traitement consiste en l'extirpation; l'autre est une tumeur progressive, ayant l'aspect framboisé d'un papillome et qui peut être soit un sarcome, soit un épithéliome : il s'agit là de tumeurs assez peu malignes, n'ayant en général pas tendance à se généraliser. Il faut rapprocher de ces tumeurs les kystes de l'iris, consécutifs en général à un traumatisme que l'on traite par la simple excision.

Les *tumeurs intraoculaires* ont un caractère commun, c'est la gravité que comporte leur pronostic : ce sont toujours, en effet, des tumeurs cancéreuses, nécessitant le plus tôt possible l'ablation de l'organe atteint. Ces tumeurs (sarcomes) prennent en général naissance dans le tractus uvéal et la choroïde, chez l'enfant dans la rétine (gliome). Pendant une première période, le sujet se plaint simplement de troubles visuels analogues à ceux que produit le décollement de la rétine. A l'ophtalmoscope, lorsque la tumeur siège dans le corps ciliaire, on ne constate qu'une légère déformation de la papille ; lorsqu'elle siège à l'ora serrata, on constate les signes d'un décollement rétinien. A la deuxième période, la tumeur occupe la presque totalité de l'œil : le diagnostic est à faire alors avec le glaucome absolu. L'œil est tendu, douloureux; le fond d'œil n'est pas visible, la pupille est immobile, dilatée : il n'y a plus de vision. A la troisième période, la tumeur a rompu la coque oculaire et, sauf si la rupture a lieu au pôle postérieur, le diagnostic s'impose. Chez l'enfant, il n'existe qu'une seule tumeur intraoculaire, c'est le gliome de la rétine, dont la symptomatologie est calquée sur celle de l'adulte. Le traitement consiste en l'énucléation précoce. A la deuxième période, il faut éviscérer l'orbite en enlevant également le périoste intraorbitaire ; à la troisième période, toute intervention est inutile, il vaut beaucoup mieux s'abstenir.

J. MILHIT.

DERMATOLOGIE

Thérapeutique dermatologique : les bains cadiques chrysophaniques dans le traitement du psoriasis. (SABOURAUD. *La Clinique*, 27 fév. 1914.) — Dans un bain chaud de 300 litres, on ajoute un litre du mélange suivant : huile de Cade, 100 grammes ; 2 jaunes d'œufs ; une quantité suffisante pour émulsionner d'extrait fluide de Panama ; 6 grammes d'acide chrysophanique ; 1 litre d'eau distillée. Le malade, suivant la technique préconisée par Balzer, reste une heure dans ce bain, en se frictionnant sur tout le corps, y compris la figure et les cheveux, sans brosse, ni savon : il faut éviter d'introduire de l'eau dans les yeux. Le bain est renouvelé cinq fois par semaine et ce traitement est continué deux ou trois semaines. Pour éviter l'odeur qui persiste au niveau des cheveux après le bain, on frictionnera avec de l'ouate imbibée d'un mélange de liqueur d'Hoffmann (160 grammes) et d'extrait de violette (40 grammes). On peut, dans le bain, mélanger aux 100 grammes d'huile de Cade, 3 grammes d'huile de bouleau.

Il n'est pas exact que ce soit là un traitement coûteux : le même bain peut à la rigueur servir plusieurs fois dans une famille peu aisée : il exige une baignoire, mais quel traitement d'un psoriasis en ville peut s'en passer ? Il suffit de savoir d'ailleurs que c'est là le traitement que les malades préféreraient le plus souvent parmi les nombreux traitements qu'ils auront successivement essayés.

J. MILHIT.

PRATIQUE MÉDICALE

ASCITE ET ŒDÈMES

HYGIÈNE. — Exciter les fonctions de la peau en favorisant la sécrétion sudorale. Hydrothérapie tiède. Eviter les fatigues physiques. L'alimentation par le régime lacté ou par le régime déchloruré suivi d'un régime lacto-végétarien.

DIURÉTIQUES. — On emploie les diurétiques cardiaques ou les diurétiques rénaux. Souvent même, les alterner. Donner de la théobromine pendant deux ou trois jours à la dose de 2 ou 4 grammes. De loin en loin, donner de la caféine ou de la digitaline. Dans l'intervalle, donner des alcalins : carbonate ou benzoate de lithine.

Prendre ces médicaments dans une tisane diurétique, ou mieux prescrire en même temps de l'extrait fluide d'adonis, sous la forme de diurène, qui, excellent diurétique, fait uriner sans fatiguer le rein. Boire en abondance des eaux minérales diurétiques.

MÉDICATION PURGATIVE. — Donner de préférence des drastiques, tels que jalap, scammonée, à doses faibles et prolongées.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance du 30 mai 1914.*) DELSAUX : Névroses et psychoses d'origine otopathique. — R. BRUYNSGHE et BESSEMANS : Recherches expérimentales au sujet du phénomène de Brand. — A LEMAIRE : Un cas de splénomégalie hémolytique chez une syphilitique. – BESSEMANS et L. MERKEN : Rapport concernant un premier essai de vaccination antityphique publique en Belgique fait à Connixheim.

Annales médico-psychologiques. — (N° 5, mai 1914.) R. MOURGUE : La psychologie scientifique et les œuvres littéraires. — REMOND (de Metz) : De la valeur anaphylactique du syndrome mélancolie. — Paul GUIRAUD : Les états de loquacité dans la démence précoce. — L. ARSIMOLES : Confusion mentale et syndrome de Korsakoff à forme anesthésique pure dans un cas de chorée rhumatismale.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXX, n° 17, 23 avril.) Philip Coombs KNAPP : Le traitement des cas de troubles mentaux dans les hôpitaux généraux. — A. J. NUTE : L'inspection médicale des émigrants au port de Boston. — F. S. KELLOGG : Ptose. Une cause de trouble gynécologique. — G. W. FITZ : Le prix physiologique de vêtements protégeant mal. — F. E. PECKHAUS : Fracture de la clavicule. — (N° 18, 30 avril.) Henry R. STEDMAN : L'art de la camaraderie dans les soins mentaux. — R. FITZ : Certains aspects de l'histoire médicale du goitre exophtalmique. — Arial W. GEORGE et Isaac GERBER : Le diagnostic des calculs biliaires par la radiographie. — Robert M. GREEN : Hémorragie intracranienne chez le nouveau-né. — P. C. BARTLETT : Quelques problèmes actuels touchant la tuberculose. — Cleaveland FLOYD : L'enfant tuberculeux. — George B. UNDERWOOD : L'influence éducative de l'hygiéniste dans le public. — Seymons H. STONE : Le champ d'action de l'association antituberculeuse. — (N° 19, 7 mai.) A. MYERSON : Résultats de la méthode intradurale de Swift Ellis dans le traitement de la paralysie générale. — Frederic J. COTTON : Fractures de la hanche et leur traitement. — Howard T. KARSNER : La méthode expérimentale telle qu'on l'emploie dans la conférence clinico-pathologique. — (N° 20, 14 mai.) J. W. COURTNEY : Sur l'autonomie des territoires dans la circulation cérébrale. Son rôle dans la genèse des symptômes dans les psychonévroses. — Charles M. WITNEY : Dix moyens pour le médecin d'apprécier la guérison de la blennorragie Une étude de 1260 cas par l'examen des lames et par cultures des sécrétions prostatiques et vésiculaires. — H. W. MARSHALL et H. L. LAUGNECKER : Quelques méthodes d'examen hygiénique appliquées aux états orthopédiques.

Lyon médical. — (N° 18, 3 mai 1914.) DUFOURT (de Vichy) : Lithiase biliaire et diabète — (N° 19, 10 mai.) BRETTE : Granulie et méningite tuberculeuse, ayant eu comme point de départ une métrite caséeuse, suite d'avortement. — (N° 20, 17 mai.) Th. NOGIER et J REYNARD : Coexistence d'une tumeur du rein et d'une néphrolitiase bilatérale.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 18, 5 mai 1914.) BÄUMLER : Infection variolique et vaccination et leur influence réciproque l'une sur l'autre. — ESCH : La réaction cutanée ou intracutanée à la tuberculine mérite-t-elle la préférence dans la recherche de la tuberculose au moyen du cobaye. — KUTSCHER : Traitement percutané par la tuberculine. — LESCHKE : Traitement des paralysies respiratoires par l'insufflation d'oxygène dans les voies aériennes. — ALLENBACH : Traitement de la typhoïde par la vaccination. — GRIESBACH : Réalisation quantitative de la réaction de la grossesse d'Abderhalden. — GWERDER et MELIKYANZ : Le procédé de la dialyse d'Abderhalden dans la tuberculose. — HÜSSY : Signification clinique de la vitamine. — LŒW : La forme de la chaux du sang. — SAENGER : Médicaments cardio-vasculaires dans le catarrhe bronchique. — SCHLESINGER : Tuberculose du pylore et abcès tuberculeux de la paroi gastrique. — DESSAUER : L'irradiation Y du radium peut-elle être artificiellement réalisée dans les tubes Röntgen. — DOLDI : Un nouvel appareil de rétention dans le prolapsus utérin.

Presse médicale. — (N° 34, 29 avril 1914.) E. RIST : Les débuts de la percussion. — (N° 35, 2 mai.) E. FORGUE : Un programme de lutte contre le cancer de l'utérus. — J. C. FAURE : La guérison du cancer de l'utérus. — Mario BERTOLOTTI : Le syndrome oxycéphalique ou syndrome de cranio synostose pathologique. — CATHALA et ARRIVAT : Lymphosarcome de l'intestin grêle avec métastases hépatique et rénales. — W. LANDAN : Un nouveau procédé de diagnostic de la syphilis. Réaction des sérums syphilitiques avec le réactif iodé de W. Landan. — (N° 36, 6 mai.) A. MARTINET : Comment il faut administrer la digitale. — CAHIER : Sur le traitement de l'incontinence nocturne d'urine par les injections périnéales de sérum. — (N° 37, 9 mai.) G. MAHU : Traitement des mastoïdites chroniques. Evidement pétro-mastoïdien.

Semaine médicale. — (N° 18, 6 mai 1914.) R. DE BOVIS : Impotences, douleurs et œdèmes des amputées du sein.

Tunisie médicale. — (N° 4, avril 1914.) DEJOUANY : Traitement des fractures de jambe par l'appareil de marche de Delbet (avec 3 figures et 1 planche hors texte). — (N° 5, mai.) EICHMULLER : Nouvelles remarques à propos de la lèpre en Tunisie.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 21, 21 mai 1914.) BRAUN : Sur l'angine de poitrine. — SCHÜTZ et KREUZFUCHS : Un cas de rumination avec un estomac biloculaire trouvé à la radioscopie. — RUPPERT : Fracture par arrachement de l'épine iliaque antérieure et supérieure. — SCHULHOF : Action du sédobrol dans l'épilepsie. — Edler VON CEIPEK : Sur l'alimentation des bergers sur deux Alpes élevées aux environs d'Innsbrück. — FRIEDLÄNDER : Remarques sur la discussion à propos du remède antituberculeux de Friedmann.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, **10** francs par an. Étudiants étrangers, **15** francs par an.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **5** fr. **50**. — 6 mois : **11** fr. — 1 an : **20** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

(2e SÉRIE)

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs, du 1er août au 30 septembre, des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements étant en nombre limité, toutes les demandes doivent nous parvenir avant le 15 juillet.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DU PROSECTORAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Reclus (qui accepte); Dujarier, Ricard, Mauclaire, Legry, Claisse et Sébileau (qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY. — Par arrêté ministériel, la chaire de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Nancy est déclarée vacante.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — M. Fouchet, licencié ès sciences, pharmacien de première classe, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux de physique et de chimie.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Question sortie : « Signes et diagnostic des cavernes pulmonaires. — Diagnostic et traitement des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus. »

Questions restées dans l'urne : « Formes cliniques et diagnostic de l'insuffisance aortique. — Indications chirurgicales de la lithiase biliaire. »

« Ictère catarrhal. — Diagnostic et traitement des tumeurs blanches du genou. »

Notes obtenues : MM. Gibout, 11; Gonthier, 15; Loupie et Mathelin, 19; Delort, 24.

Epreuve de médecine opératoire. — « Ligature de l'artère radiale au tiers inférieur de l'avant-bras. »

Notes obtenues : MM. Poitrinal, 15; Sebald, 14; Texier, 15; Pépin, 14; Gonthier, 10; Delort et Allard, 13; Mathelin, 11; Loupie, 13; Migot, 15.

Epreuve de clinique interne. — Notes obtenues : MM. Mathelin, 10; Migot, 13; Pépin, 14; Poitrinal, Texier et Allard, 17; Delort, 16; Loupie, 13.

ÉCOLE DE LYON. — *Création d'une section de pharmacie.* — Il est créé à l'École du service de santé militaire une section de pharmacie. Cette section est recrutée par voie de concours.

Lorsque les élèves en pharmacie du service de santé militaire sont pourvus du diplôme de pharmacien institué par décret du 26 juillet 1909, et remplissent du reste les conditions déterminées par les décisions ministérielles, ils passent à l'école d'application du service de santé au Val-de-Grâce à la date du 31 décembre.

Le jour où ils sont promus pharmaciens aides-majors de deuxième classe, il leur est attribué cinq ans de service à titre d'études préliminaires.

Le *Journal officiel* du 7 juillet 1914 publie le décret portant organisation de cette section.

LE SECRET PROFESSIONNEL DES MÉDECINS MILITAIRES. — M. Ganault, député, a demandé à M. le ministre de la guerre si le genre de maladie est compris dans les renseigne-

RENSEIGNEMENTS

ments que les médecins militaires doivent donner sur les cahiers de visite.

Voici la réponse du ministre :

Le modèle réglementaire des cahiers de visite ne comporte, pour les inscriptions à faire par le médecin, qu'une colonne intitulée : « Prescriptions et renseignements du médecin. »

Le médecin est juge des indications qu'il doit inscrire sur ce cahier, sous la réserve qu'elles soient suffisantes « pour éclairer le commandant de l'unité et lui permettre de prendre les mesures d'hygiène individuelles et collectives qui peuvent s'imposer ». (Décret du 25 août 1913 portant règlement sur le service intérieur des corps de troupes.)

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE. — COURS DE VACANCES (deuxième année), par le docteur H. L. ROCHER (de Bordeaux). — Dans son service de l'hôpital des Enfants de Bordeaux et à sa clinique orthopédique, le docteur H. L. Rocher, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, fera du 12 au 17 octobre 1914, une série de conférences et de démonstrations pratiques sur la Chirurgie infantile et l'Orthopédie, avec projections et présentation de photographies, radiographies, pièces anatomo-pathologiques, de malades, avant, pendant et après traitement.

Cet enseignement aura lieu tous les jours de neuf heures à midi et de trois heures à cinq heures et demie de l'aprèsmidi.

Les examens de malades seront faits sous la direction du docteur Rocher par les médecins et les étudiants inscrits, ainsi que les applications d'appareils plâtrés dans la coxalgie, le mal de Pott, les tumeurs blanches, les ponctions et injections dans les tuberculoses articulaires et ganglionnaires.

Pendant ces six jours, seront pratiquées la plupart des opérations courantes en chirurgie infantile et orthopédie. Ultérieurement paraîtra le programme détaillé des conférences et exercices pratiques.

Sont admis les médecins et étudiants français et étrangers.

Prière d'adresser son inscription (gratuite) et toutes demandes de renseignements, au docteur H. L. Rocher, clinique orthopédique, 91, rue Judaïque, Bordeaux.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Pucelle (de La Madeleine, Lille), Richard (de Caudebec-les-Elbeuf), Widiez (de Clermont, Oise).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 13 AU 18 JUILLET 1914

EXAMENS DE DOCTORAT

Jeudi 16 juillet, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste, A. R.), (1re et 2e séries).

Samedi 18 juillet, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste, A. R.).

THÈSES

Mercredi 15 juillet, à une heure. — M. TERRAZAS. Comment doit être envisagé le traitement de la syphilis sous le contrôle colorimétrique de la méthode de Vernes. (MM. Pinard, président; Blanchard, Gaucher et Couvelaire.) — Mlle FEIGHINE. Bactériologie et vaccinothérapie des métrites. (MM. Blanchard, président; Pinard, Gaucher et Couvelaire.) — M. DRAGOESCO. De l'atrophie générale chez les enfants hérédo-syphilitiques sans lésions syphilitiques apparentes. (MM. Gaucher, président; Pinard, Blanchard et Couvelaire.) — M. MANISSOLE. Syphilis et traumatisme. (MM. Gaucher, président; Pinard, Blanchard et Couvelaire.) — M. HEUYER. Enfants anormaux et délinquants, nécessité de l'examen psychiatrique des écoliers. (MM. Déjerine, président; Marfan, Weill et Laignel-Lavastine.) — M. LEFÈVRE. Contribution à l'étude de la sténose hypertrophique du pylore chez les nourrissons. (MM. Marfan, président; Déjerine, Weiss et Laignel-Lavastine.) — M. PERRET. Etude physiologique de l'effort athlétique. (MM. Weiss, président; Déjerine, Marfan et Laignel-Lavastine.) — M. DEBAT. La température de la face, ses variations sous l'influence des irritations internes et externes. (MM. Weiss, président; Déjerine, Marfan et Laignel-Lavastine.) — M. MATHIEU. Traitement rationnel des hernies adhérentes du gros intestin par décollement dans le plan embryologique de l'S iliaque et du cæcum (méthode Lardennois-Okinczyc). (MM. Reclus, président; Desgrez, Alglave et Desmarest.) — M. BOQUET. Le procédé de Katzemtein. Réflexions sur quelques cas d'ectopie testiculaire opérés par ce procédé. (MM. Reclus, président; Desgrez, Alglave et Desmarest.) — M. CORYLLOS. La trépanation préventive dans les plaies du crâne par projectile de guerre. Observations personnelles de la guerre des Balkans. (MM. Reclus, président; Desgrez, Alglave et Desmarest.) — M. FOURNIER. Des adénites de la joue d'origine dentaire. (MM. Reclus, président; Desgrez, Alglave et Desmarest.) — M. KLEIMAN. Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections hypodermiques d'oxygène. (MM. Roger, président; Teissier, Richaud et André Jousset.) — M. CHAUVET. Infantilisme hypophysaire précédé d'une introduction à l'étude des infantilismes et d'une classification des syndromes hypophysaires. (MM. Roger, président; Teissier, Richaud et André Jousset.) — M. CHAINE. Le diplobacille de Morax et le diplobacille liquidifiant de Petit (étude comparée). (MM. Roger, président; Teissier, Richaud et André Jousset.) — M. GOMAND. Les empoisonnements par les crèmes et les entremets (étude clinique, étiologique et bactériologique). (MM. Teissier, président; Roger, Richaud et André Jousset.) — M. LAMBERT. Chirurgie du canal déférent (anatomie topographique, opérations). (MM. Delbet, président; Hartmann, Aug. Broca et Ombrédanne.) — M. PREGENT. Contribution à l'étude de la colpo-hystérectomie élargie. (MM. Hartmann, président; Delbet, Aug. Broca et Ombrédanne.) — M. CHOMETTE. Etude clinique de certains kystes des os longs et en particulier leurs rapports avec le traumatisme. (MM. Aug. Broca, président; Delbet, Hartmann et Ombrédanne.) — M. LÉVY. La chéloïde est-elle tuberculeuse? (MM. Aug. Broca, président; Delbet, Hartmann et Ombrédanne.) — M. SCHLEMMET. Du pronostic de la coqueluche à l'hôpital. (MM. Letulle, président; Legueu, Lœper et Zimmern.) — M. BAUMGARTNER. Le cylindrome pysembriome conjonctivo-épithélial à prédominance unicoïde. (MM. Letulle, président; Legueu, Lœper et Zimmern.) — M. COLOMBIER. Examen radiologique des voies biliaires. (MM. Letulle, président; Legueu, Lœper et Zimmern.) — M. PARIS. De la prétendue atrophie de la prostate. (MM. Legueu, président; Letulle, Lœper et Zimmern.)

Jeudi 16 juillet, à une heure. — M. LEPAGNOLLE. Contribution à l'étude de l'hygiène et des maladies professionnelles. (MM. Pouchet, président; Alb. Robin, Widal et Gougerot.) — Mlle ROUDOWSKA. Contribution à l'étude des ferments leucocytaires. Les oxydases et les protiases chez l'homme. (MM. Alb. Robin, président; Pouchet, Widal et Gougerot.) — Mlle ZARJEWSKI. Les infections bronchiques à pneumobacilles de Friedlaender. (MM. Widal, président; Pouchet, Alb. Robin et Gougerot.) — M. DEVILLE. Traitement des infections dues au staphylocoque et au streptocoque par les vaccins sensibilisés. (MM. Widal, président; Pouchet, Alb. Robin et Gougerot.) — M. AINE. Etudes sur la tuberculose pulmonaire ulcéreuse du premier âge. (MM. Hutinel, président; Bar, Ribemont-Dessaignes et Jeannin.) — M. LEBLAN. Adénoïdiens et appendiculaires. (MM. Hutinel, président; Bar, Ribemont-Dessaignes et Jeannin.) — M. GHEORGHIN DAN. Contribution à l'étude des hémorragies rétro-placentaires. (MM. Bar, président; Hutinel, Ribemont-Dessaignes et Jeannin.) — Mlle TROUVELLER. Contribution à l'étude de la ponction lombaire chez le nouveau-né. (MM. Ribemont-Dessaignes, président; Hutinel, Bar et Jeannin.) — M. BECAVIN. Contribution à l'étude anatomique et histologique du col de l'utérus. (MM. Pozzi, président; de Lapersonne, Lejars et Champy.) — M. BARBAZAN. Les hémianopsies dans les traumatismes du crâne par armes à feu. (MM. de Lapersonne, président; Pozzi, Lejars et Champy.) — M. MONNIER. Des sections congénitales de l'intestin grêle. (MM. Lejars, président; Pozzi, de Lapersonne et Champy.)

(A suivre.)

LE MÉSOTHORIUM

ET SON UTILISATION MÉDICALE

Par M. Octave CLAUDE,
Ancien chef de clinique de la Faculté de médecine à l'hôpital Saint-Louis.

L'étude médicale des substances radio-actives a pris, depuis quelques années, une si grande extension dans les pays de langue allemande, que le nombre des travaux publiés est beaucoup plus considérable qu'en France. A vrai dire, les recherches faites dans notre pays ont souvent servi de base solide à ces études, mais nous aurions, semble-t-il, intérêt à mieux connaître certaines méthodes, très employées en Allemagne.

Tandis que nous nous servons presque exclusivement de radium, les Allemands se sont également vivement intéressés à l'emploi du mésothorium et des diverses substances de la série du thorium. L'utilisation thérapeutique du mésothorium a suscité un très grand enthousiasme chez certains auteurs et, bien que les conclusions premières n'aient pas toujours été maintenues, et que tous les auteurs n'aient pas toujours enregistré des succès, le nombre des faits positifs est trop considérable, pour qu'on ait le droit de juger la question rapidement. Nous n'avons pas l'intention de faire ici un résumé, même très court, des observations publiées, mais nous voudrions dire pourquoi nous pensons qu'il ne faut pas considérer le mésothorium comme un simple succédané du radium, d'une part moins cher d'apparence et en réalité rapidement épuisé et, d'autre part, difficile à utiliser d'une façon rationnelle par suite de l'irrégularité de son débit radio-actif.

Il est important de savoir ce qu'on entend par mésothorium au point de vue médical, et de ne pas attribuer à ce produit une demi-vie trop courte en disant qu'il perd la moitié de son intensité, par périodes de 5, 5 ans. Le tableau des corps de la série du thorium est établi comme suit (Mme Curie. *Traité de radioactivité*, tome II, page 540) :

Thorium.......	Période de l'ordre de	$3,10^{10}$ ans.
Mésothorium I..	—	5,5 ans.
Mésothorium II.	—	6,2 heures.
Radiothorium...	—	2,0 ans.
Thorium X.....	—	3,6 jours.
Emanation.....	—	53 secondes.
Thorium A.....	—	10,6 heures.
Thorium B.....	—	55 minutes.
Thorium C.....	—	qq. secondes (?)
Thorium D.....	—	3,1 minutes.

Le chiffre de 5, 5 ans correspond à la période de demi-désintégration du mésothorium, qui serait libéré de ses sous-produits à mesure de leur production. Si l'on représente donc une quantité donnée de mésothorium pur par 100 et que l'on construise la courbe, on aurait la figure 1, où l'on peut voir la décroissance d'abord très rapide, puis ralentie progressivement du mésothorium, qui tend vers le 0. Cette courbe n'est pas celle du mésothorium médical. En effet, le produit qui est employé en thérapeutique, nommé par extension mésothorium, est un mélange : *a*. de mésothorium proprement dit; *b*. de radiothorium présent dès l'origine dans la préparation; *c*. de la série des sous-produits du mésothorium, résultat de sa désintégration; *d*. d'une certaine quantité de radium correspondant à environ 25 p. 100 de l'activité du produit; *e*. d'une certaine quantité de substances non radioactives. Les activités propres des composants radio-

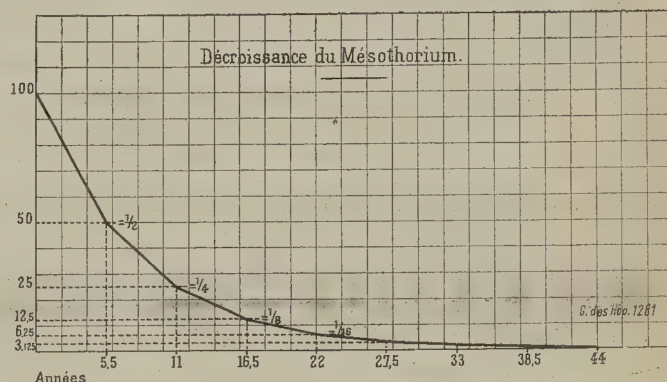


Fig. 1.

actifs se combinent, et la courbe de l'activité du produit diffère de celle du mésothorium proprement dit, comme celle du radium médical (en réalité formée de radium, d'émanation et de ses sous-produits) diffère de la courbe du radium proprement dit, réduit à son activité minima.

On peut établir la courbe de l'activité totale α, β, γ du mésothorium médical, et celle de chacun de ses rayonnements ; les rayons γ sont plus particulièrement intéressants pour le médecin, et M. Razet, le physicien dont la compétence est bien connue en ces matières, a bien voulu nous établir le graphique de cette activité γ du mésothorium (fig. 2) que nous

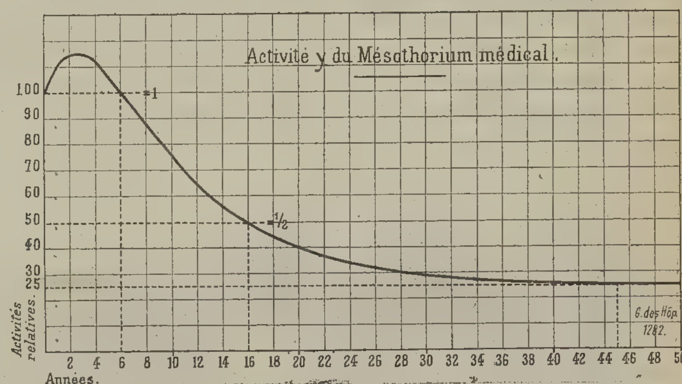


Fig. 2.

utilisons à la clinique de la Faculté de médecine à l'hôpital Saint-Louis, le mésothorium étant supposé en vase clos (tube ou capsule) ou inclus dans un vernis imperméable. Cette courbe diffère peu des données fournies par M. Hahn, qui a découvert le mésothorium, et l'on peut constater que le mésothorium médical augmente d'abord d'intensité, atteint un maximum au bout de trois années, revient ensuite à son activité première au bout de six ans, et décroît ensuite. On croit que la vie du mésothorium est beaucoup plus longue que l'on n'aurait pu le penser : la diminution de moitié n'est atteinte qu'au bout de seize ans. La phase d'activation compense en partie, au point de vue économique, la

perte subséquente d'activité. Enfin, l'activité n'atteint jamais zéro, le rayonnement du radium présent dans le mélange persistant pratiquement à l'infini.

La décroissance de l'activité du mésothorium n'est pas la seule objection que l'on fasse à l'emploi de ce produit, objection moins importante qu'on ne pouvait le penser a priori. Mais l'activité du mésothorium est variable : il est donc plus difficilement dosable que le radium, et les observations sont difficilement comparables entre elles : il faudra, du moins, des mesures fréquentes et délicates. Cela est en partie vrai : l'activité d'un échantillon de mésothorium varie et, toutes choses égales d'ailleurs, la courbe de deux échantillons d'origines différentes pourra différer suivant la quantité initiale de radium, de mésothorium proprement dit, et de radiothorium. Mais les mesures cliniques ne sont pas très longues ni très difficiles, et les constructeurs fabriquent, pour cet usage, divers types d'appareils précis. Les variations d'activité, tenant à la substance, ne sont pas si rapides qu'on soit forcé de répéter très fréquemment les mesures ; la courbe (fig. 2) en témoigne, et pendant les temps d'utilisation, on peut le plus souvent considérer l'activité comme constante.

D'ailleurs, l'emploi d'un instrument de mesure est également important quand on se sert d'appareils de radium.

En effet, la plupart des observations publiées sont difficilement comparables ; on indique bien le plus souvent le type de l'appareil utilisé et la quantité de radium contenue, mais non pas la quantité de rayons utilisés : le rayonnement effectif de l'appareil au moment de l'emploi.

La mesure ne saurait être faite une fois pour toutes surtout pour les appareils à sels collés. L'activité du radium est pratiquement constante, mais le vernis peut s'user par frottement : et l'humidité, la chaleur peuvent modifier considérablement le rayonnement en facilitant l'évasion de l'émanation. Notons, de plus, que l'émanation du radium, beaucoup plus diffusable que celle du mésothorium, entraîne des précautions plus minutieuses si l'on veut éviter, dans certains cas, l'encrassement des appareils de mesure, par le dépôt actif à vie prolongée.

Si la variabilité de l'activité du mésothorium nécessitant la mesure des appareils n'est pas une objection importante, il n'en reste pas moins que la diminution d'activité n'est pas compensée par le bon marché relatif du mésothorium ; ainsi, malgré tout, l'avantage économique invoqué souvent en faveur du mésothorium disparaît. Mais c'est une raison économique nouvelle qui peut en faire conseiller l'étude. L'emploi de plus en plus considérable des substances radioactives, dû à la diffusion des procédés et aux applications dans les cancers profonds, les rend de plus en plus rares dans la circulation.

Bien des auteurs ont tendance à employer des doses de plus en plus fortes. Elles seules paraissent permettre une action profonde, respecter les surfaces saines. (Cf. VON SEUFFERT, *Arch. d'Electricité médicale*, 1914, n°s 282 et 283.)

Les Etats détenteurs du minerai radifère semblent vouloir le monopoliser (LEPAPE, *Revue scientifique*, 1914, 20 févr., n° 25, p. 785).

Aussi, y a-t-il intérêt à bien connaître toute substance analogue au radium. Il est regrettable qu'on ne puisse employer directement le thorium comme on emploie le radium. Mais, tandis que le radium, en équilibre avec ses produits de transformation, possède une activité très grande, le thorium a une activité très petite.

L'activité propre au thorium n'y entre certainement que pour une part des plus minimes, et elle est due presque tout entière au mésothorium, qui en est extrait pour l'usage médical. Le thorium, réduit à son activité minima, reforme peu à peu ses produits de désintégration, et tend vers un nouvel équilibre radioactif. Il est permis d'espérer qu'une meilleure utilisation du thorium se fera, et qu'on pourra faire facilement des soustractions périodiques à une réserve constituée de sels de thorium.

La vie du thorium est bien plus prolongée que celle du radium ($3,10^{10}$ ans) ; c'est aux techniciens à perfectionner les procédés industriels permettant de débiter périodiquement son énergie. De même, à l'heure actuelle, on peut réaliser périodiquement l'énergie du radium sous forme d'émanation.

Mais ne faut-il voir dans le mésothorium qu'un pis-aller dont il faut se contenter par suite de la pénurie de radium ? Nous pensons qu'il y a mieux que cela.

Tout d'abord, le mésothorium n'est pas le premier corps de la série du thorium, et son étude médicale ne peut qu'éclairer celle du radiothorium et de thorium X, de l'émanation de thorium en particulier, qui sont déjà l'objet de travaux des plus intéressants.

D'autre part, le mésothorium médical émet des rayons dont les qualités physiques ne sont pas absolument identiques à celles du radium. Des différences physiques entraînent des qualités biologiques différentes : c'est ici que la courte vie de l'émanation du thorium rend son action différente de l'émanation du radium, en permettant sa destruction entière dans l'organisme qui l'a absorbé, et retient par suite le dépôt radioactif en presque totalité.

Enfin, le mésothorium utilisé en médecine possède à masse égale une radioactivité beaucoup plus grande que celle du radium.

On a déjà des tubes mesurés au laboratoire de Mme Curie, présentant une concentration radioactive de 180 à 190 %, et même de 270 %, par rapport au radium, c'est-à-dire qu'une même masse de radium aurait représenté une activité de 1, tandis que nous avions 2,7. Si un centigramme de radium représente 4 millions d'unités uranium, 1 centigramme de ce mésothorium représenterait $4.000.000 \times 2,7 = 10.800.000$ U.

Les auteurs allemands semblent n'avoir pas utilisé des produits aussi concentrés. Aussi, peut-on espérer obtenir, en les employant, des résultats meilleurs dans certains cas que ceux mentionnés dans leurs travaux, et dans l'ensemble des recherches consacrées au radium.

En effet, il est parfois très important de pouvoir

concentrer dans une très petite masse, et en très petit volume, une énergie considérable.

Il en résulte moins d'encombrement, d'où possibilité d'agir énergiquement dans des petites cavités naturelles (canal lacrymal, urètre, etc.).

Réduction du traumatisme lors de l'introduction des tubes dans les tumeurs : un tube qui peut, tout en restant très actif, être réduit au diamètre d'une aiguille à injection, rompra moins de travées néoplasiques dans les vaisseaux et risquera moins de produire des greffes à distance; diminution de volume permettant plus facilement la technique du feu croisé, permettant aussi l'éloignement relatif plus considérable des appareils de la région à traiter. On peut utiliser ainsi, en conservant une grande intensité, un faisceau de rayons moins divergents et donner en profondeur une dose suffisante tout en risquant moins de léser la surface saine. (Cf. Von Seuffert. *Arch. d'électricité méd.*, 1914, n° 283.)

Est-ce à dire qu'il faudra considérer le mésothorium comme supérieur au radium? Nous n'avons pas voulu le démontrer, mais nous avons simplement voulu indiquer ici qu'il paraissait intéressant de n'en pas négliger l'étude; le mésothorium ressemble beaucoup au radium. Cependant, ils sont différents et leur étude doit donc, semble-t-il, être faite simultanément.

QUAND FAUT-IL INTERVENIR DANS LES FIBROMES COMPLIQUANT LA GROSSESSE? (1)

Par MM. P. SOUBEYRAN,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier,
et Sp. ŒCONOMOS,
Interne des hôpitaux de Montpellier.

B. Complications dues a la présence du fibrome. — Nombreux sont les cas dans lesquels la présence d'un fibrome a permis le développement de la grossesse sans le moindre incident. Cependant il est des observations dans lesquelles la grossesse, le travail et la délivrance sont compliqués du fait de la présence du fibrome. Dans ces cas-là, on peut observer :

I. *Des hémorragies.* — Dues le plus souvent au placenta prævia, auquel le fibrome prédispose et quelquefois à l'endométrite concomitante, les hémorragies sont en général analogues aux règles comme fréquence, abondance et durée, et conduisent à méconnaître l'existence de la grossesse (voir notre observation II); mais, dans certains cas très rares, elles peuvent nécessiter l'intervention chirurgicale par leur fréquence, leur abondance et leur durée.

II. *L'avortement.* — La fréquence de cette complication, quoique encore discutée puisque Nauss donne le chiffre de 18 p. 100 et Méheut celui de 5,88 p. 100, paraît cependant assez grande si, suivant les conseils de Turner, l'on pratiquait un examen gynécologique précis dans les dix ou quinze jours qui suivent l'avortement. Il peut être grave par les hémorragies et l'infection qu'il détermine souvent.

Observation. — *Fibromes multiples de l'utérus. Grossesse de deux mois environ. Hystérectomie abdominale subtotale. Guérison.* (Beuder. Th. Burty, Paris, 1907.) — (Résumée.) — D. E..., cinquante-sept ans, couturière; règles toujours douloureuses avant le mariage (vingt-deux ans). Jamais de grossesse.

Dernières règles le 2 avril 1907. En mai, le ventre qui avait toujours été assez volumineux se mit à grossir à vue d'œil; il existait en même temps un écoulement roussâtre.

A l'examen (juin 1907) on constate que le ventre est volumineux et surchargé de graisse; la tumeur remonte au-dessus de l'ombilic; en avant et à gauche, près de l'arcade crurale on perçoit, implantée sur la masse principale, une masse arrondie et dure du volume d'une mandarine. Le toucher montre que l'excavation pelvienne est complètement remplie par une tumeur volumineuse qui fait corps avec la masse perçue par le palper abdominal. Cette masse ne peut être élevée dans le bassin, elle paraît bridée et étroitement appliquée sur les parois pelviennes.

L'orifice du col est largement entr'ouvert, sa consistance est molle.

Le diagnostic de fibrome ne faisait pas de doute; Beuder fit aussi le diagnostic de fibrome compliqué de grossesse. Que convenait-il de faire? Le fibrome était volumineux et enclavé dans le bassin, la malade ressentait des douleurs dans le domaine du sciatique et du crural, avec aussi de la constipation; le col était béant, d'une manière anormale, l'écoulement séro-sanguin était persistant, ce qui amenait à prévoir l'éventualité d'une fausse couche; la malade, de plus, ne voulut pas s'exposer aux risques d'une opération césarienne et d'une hystérectomie à terme; ces considérations décidèrent Beuder à conseiller l'intervention, sous réserve de pratiquer si possible une opération conservatrice.

Opération le 22 juin 1907. Laparotomie médiane.

Le fibrome est très gros; la multiplicité des corps fibreux rend impossible toute opération conservatrice. Hystérectomie subtotale, guérison.

Examen des pièces. — La pièce pesait 1480 grammes. Le fibrome le plus volumineux siège dans la paroi utérine postérieure. Les annexes sont saines. La cavité utérine est dans la partie antérieure de la tumeur; le fœtus est long de 10 centimètres; le placenta s'insérait très bas.



Fig. 4. — *Fibrome de l'utérus. Grossesse de deux mois.* (Bender. Thèse Burty, 1907.)

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 77, p. 1269.

III. L'*accouchement prématuré* est encore plus fréquent que l'avortement. Méheut signale une proportion de 30 cas sur 85 fibromes gravidiques : 2 au septième mois, 11 au huitième et 17 au neuvième.

IV. *La rétention dans l'utérus du fœtus mort.* — Peu fréquent cet accident est dû à des hémorragies rétroplacentaires peu abondantes ou à la compression exercée directement sur le fœtus par le fibrome. Il n'est grave qu'à cause de l'infection redoutable de l'œuf après rupture de la poche des eaux.

V. *La grossesse extra-utérine.* — Flammerdinghe (Th. de Wurzburg, 1887) pense que les myomes sous-muqueux voisins des orifices tubaires sont susceptibles de gêner l'arrivée de l'œuf dans la cavité utérine et de l'immobiliser dans la trompe; mais dans la plupart de ces observations il est difficile de conclure.

VI. Les *présentations vicieuses* sont fréquentes dans le cas de fibrome. Boursier, au Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Nantes en 1901, signale les proportions suivantes :

Sommet ...	53,82 p. 100 au lieu de		97,29
Siège......	27,18	—	1,71
Tronc......	19	—	0,75

Mais, comme le fait remarquer Turner, ces chiffres sont au-dessus de la réalité car on ne publie guère que les cas difficiles qui entraînent la dystocie et dans lesquels une intervention est nécessaire.

VII. *La dystocie utérine.* — Au cours du travail le fibrome peut déterminer une dystocie utérine qui relève de trois causes différentes :

1° *Des vices de contraction du muscle utérin.* — Les contractions utérines peuvent être faibles et irrégulières et l'on peut dans ces cas observer tous les degrés de l'inertie utérine;

2° *D'un défaut d'élasticité du tissu utérin* qui peut déterminer la rigidité du col ou même une *rupture* utérine;

3° *De l'obstruction de la filiaire pelvienne par le fibrome* due d'une part au volume de la tumeur, d'autre part et surtout au siège de cette dernière.

VIII. *Hémorragies de la délivrance* relativement fréquentes; elles reconnaissent pour cause l'inertie qui suit un travail pénible, le manque de tonicité, l'insertion du placenta sur l'aire du fibrome (Wertheim). Habituellement légère elle peut quelquefois être assez abondante pour déterminer la mort (cas de Ribemont-Dessaignes et Lepage).

Mais nous n'insistons pas sur ces trois dernières complications qui ne peuvent fournir pendant la grossesse que des indications opératoires problématiques.

II

Indications de l'intervention chirurgicale (1). — Etant éclairés sur la nature des dangers qui guettent la femme présentant un utérus fibromateux, à partir du moment où elle devient enceinte, une triple question se pose.

1° FAUT-IL INTERVENIR PRÉVENTIVEMENT DE MANIÈRE A ÉVITER TOUS CES ACCIDENTS QUI METTENT EN DANGER LA VIE DE LA FEMME? — Certains chirurgiens croyant à la grande fréquence des troubles graves pendant la grossesse estiment que le danger de mort, comme une épée de Damoclès, plane constamment sur la tête de la femme enceinte; ils considèrent donc que « le chirurgien doit agir préventivement s'il veut sauver la femme » (Richelot).

C'est aussi l'avis de Labadie-Lagrave et Legueu qui écrivent : « Le mieux est donc, si l'on prévoit des difficultés pour la grossesse ou pour l'accouchement, de pratiquer l'ablation de la tumeur. »

Il en est de même des chirurgiens étrangers Bland Sutton et surtout Suarez qui, au Congrès de Lisbonne de 1905, a émis l'opinion un peu radicale d'intervenir sitôt le diagnostic fait.

Par contre, la plupart des auteurs actuellement sont contre l'intervention préventive ; c'est ainsi que Méheut (Th. de Paris, 1902) résumant les idées de Pinard, Varnier, Lepage, Brindeau, etc., conclut que « jamais on n'opérera préventivement au sens propre du mot, mais seulement en présence d'un danger constaté ». Depuis cette époque les conclusions de Méheut se sont généralisées et devenues classiques.

2° QUELS SONT LES ACCIDENTS QUI JUSTIFIENT L'INTERVENTION? — Ce point est encore discuté, aujourd'hui surtout que l'appréciation des accidents est différente suivant les auteurs, c'est ainsi que Quénu attache une grande importance à l'état général, résultante fonctionnelle.

Pozzi reconnaît les indications générales suivantes : « Des troubles de compression du côté de la vessie et du rectum; des douleurs violentes qui quelquefois ne laissent à la malade un moment de repos ou de sommeil ; une gêne circulatoire se traduisant par des œdèmes étendus; l'insuffisance cardiaque avec les palpitations, les étouffements pénibles qui l'accompagnent. Ce seront, enfin, les vomissements répétés pouvant devenir incoercibles; les hémorragies abondantes, les phénomènes d'irritation péritonéale ou encore une rapide augmentation du volume du fibrome qui peut affecter une marche véritablement galopante... Lorsque la situation paraît dangereuse... il ne faut plus temporiser. » D'autres auteurs paraissent avoir le souci de prévenir en quelques cas des accidents dystociques (Martin) ou des hémorragies de la délivrance (Pozzi, Delagenière).

Il résulte de tout ce qui précède que la règle générale est celle-ci : 1° l'intervention ne sera motivée que par des troubles sérieux existants, par des accidents graves; 2° elle ne doit être décidée qu'après une étude détaillée de chaque cas et du siège de la tumeur surtout et à ce point de vue il faut distinguer trois groupes de fibromes : fibromes vaginaux, pelviens et abdominaux.

A. *Fibromes vaginaux.* — Lorsqu'il s'agit de *fibromes pédiculés* l'ablation faite le plus tôt possible

(1) Nous laissons de côté tout ce qui a trait au traitement des fibromes à terme ou pendant le travail.

constitue le seul moyen de couper court aux hémorragies souvent graves.

Dans les *fibromes interstitiels du col*, tant qu'ils sont petits et bien limités, Delagenière conseille d'intervenir pour éviter d'une part les métrorragies répétées et d'autre part la dystocie consécutive.

Enfin, *lorsque les fibromes sessiles sont très gros* et mal limités, il faudra, vu les risques opératoires, de sérieux motifs d'agir analogues à ceux qui concernent les tumeurs pelviennes du segment inférieur. On aura tout avantage, s'ils sont bien tolérés, à attendre au moins la viabilité de l'enfant.

B. *Fibromes pelviens.* — Dans les fibromes du segment inférieur (isthme et partie sus-vaginale du col) qui sont pour ainsi dire primitivement voués à une incarcération et déterminent ainsi des accidents de compression et de dystocie, on interviendra dès qu'on verra que les accidents de compression ne s'amendent pas et sans attendre des symptômes très graves.

Dans tous les autres fibromes pelviens les chances d'ascension sont plus considérables et l'attente peut être prolongée comme dans les fibromes abdominaux.

C. *Fibromes abdominaux.* — Ici la formule générale « n'opérer qu'en présence de danger constaté » peut être appliquée en entier ; l'attente sera aussi longue, sans cependant attendre le moment où la femme n'a plus d'espoir qu'en l'opération, où le pronostic paraît fatal. Ainsi l'intervention sera nécessaire dans les conditions suivantes : gravité des troubles de l'état général, troubles mécaniques de compression, hémorragies, accidents infectieux et réaction péritonéale.

3° DU CHOIX DU MODE OPÉRATOIRE. — Trois méthodes s'offrent à nous : l'interruption artificielle de la grossesse ; la myomectomie ; l'hystérectomie abdominale.

a. De la première (*interruption artificielle de la grossesse*) nous ne parlerons que fort peu, car elle est peu rationnelle ; en effet, elle laisse subsister le fibrome et expose à l'hémorragie et à l'infection. Kirchheimer lui attribue une mortalité de 40 p. 100 (Th. de Paris, 1895). Seuls les cas d'urgence chez les cardiaques ou les rénales ne pouvant supporter une opération abdominale sont défendables.

b. La *myomectomie* est évidemment l'opération idéale car elle conserve l'utérus et permet la continuation de la grossesse. On l'emploiera toutes les fois qu'elle paraîtra possible : gros polypes du col, fibromes interstitiels du col pour la myomectomie vaginale.

La myomectomie abdominale sera facile quand il s'agira d'un fibrome sous-péritonéal pédiculé ; les fibromes interstitiels ou intraligamentaires sont plus délicats car ils exposent à l'avortement ultérieur ; pour la pratiquer dans de bonnes conditions il ne faut pas qu'il existe de lésions septiques au niveau des noyaux à énucléer et il ne faut pas que les fibromes soient trop volumineux ou trop nombreux.

c. Reste l'*hystérectomie.* C'est l'ultime ressource quand la myomectomie n'est pas praticable, ce qui n'est pas rare. Elle est surtout indiquée dans le cas de fibromes pelviens, de fibromes multiples et volumineux, quand il y a de l'annexite ou de l'infection du fibrome.

On fera suivant le cas la subtotale ou la totale et l'on apportera à l'hémostase un soin tout particulier.

Une précaution à prendre au moment de la section de l'utérus c'est de couper le plus près possible de l'insertion vaginale, afin d'éviter l'ouverture de l'œuf et l'écoulement de liquide amniotique sur les compresses. Ce qu'il faut surtout retenir c'est que, si l'intervention au cours de la grossesse compliquée de fibrome doit être exceptionnelle et motivée seulement par l'apparition d'accidents graves, il ne faut pas cependant attendre une gravité de ces accidents telle que ceux-ci soient au-dessus de nos moyens thérapeutiques. « Un chirurgien, dit Richelot, qui, en dehors de toute grossesse, laisse évoluer des fibromes jusqu'aux accidents mortels, est un maladroit ; je n'admets pas que la grossesse soit, en pareil cas, une excuse. Je veux donc qu'on intervienne au moment où un miracle n'est pas encore nécessaire pour que la femme survive à l'opération. »

BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie antérieure à 1907 est très détaillée dans les thèses de TURNER (Paris 1900) et de JOUBERT (Paris 1907).

AMANN. Hystérectomie abdominale totale d'un utérus gravide myomateux enclavé dans le petit bassin, *Monat. f. Geb. und Gyn.*, 5 mai 1911, t. XXXIII, p. 647-656.

BAER. Tumeur fibreuse compliquant la grossesse rendant la continuation dangereuse et l'accouchement naturel impossible, *The Amer. Journ. of obst. and diseases of women and children*, 1910.

BOUDOL. *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, janv. 1910, p. 47-59.

CAMELON. Volumineux fibromyome du col d'un utérus gravide, *Soc. méd.-chir. de Glasgow*, déc. 1910.

CASTELLO. Fibrome utérin et grossesse, *Rev. d. med. y cir. de la Habana*, 1912.

DARTIGUES. *Bull. et mém. de la Soc. de méd. de Paris*, mars 1913, n° 5, p. 222-239, et *Paris chir.*, 1907.

DELLETREZ. Grossesse et fibromes utérins, *Province méd.*, 1910, p. 377.

DELAUNAY. *Paris chir.*, mai 1907, p. 416.

DUCHAMP. Fibrome et grossesse, *La Loire méd.*, 16 oct. 1912.

GOT. Fibrome et grossesse, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 2 oct. 1910.

HAULTAIN. Sur la grossesse compliquée de fibromyomes utérins, *Brit. med. Journ.*, 5 déc. 1908.

HAUSSER. Myome et grossesse, *Klin. Therap. Woch.*, 1913, n° 11.

HILL. Fibromes utérins compliquant la grossesse, *The Journ. of the amer. med. Assoc.*, 28 mai 1910.

KUFFERATH. *Journ. méd. de Bruxelles*, 1er juillet 1909.

KRUSEN. Tumeurs fibreuses compliquant la grossesse et l'accouchement, *Amer. Journ. of obst.*, 1910.

LAPEYRE et ROUVIÈRE. Grossesse et fibrome, *Montpellier méd.*, 15 fév. 1914.

LEYKEN. *Sur la Grossesse compliquée de fibrome*, Th. de Bonn, juin 1911.

MILLER. Fibrome et grossesse, *The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children*, avril 1911.

MOUCHOTTE. Fibromes compliquant la grossesse et déterminant des accidents graves, *Gaz. méd. de Paris*, 5 avril 1911.

NAPALKOFF. Grossesse compliquée de fibrome ; hystérectomie, *Chir. Arch. Veliam.*, 1910, n° 2.

PROTOCKI. L'hypertrophie rapide et précoce des fibromes

utérins pendant la grossesse, *C. r. de la Soc. d'obst., de gyn. et de péd. de Paris*, 8 avril et 8 mai 1911.

PUSLOW. Utérus gravide fibromateux, *Soc. royale de méd. de Londres*, 1913.

ROCHE. Fibrome et grossesse, *Bourgogne méd.*, 15 mai 1912.

ROUX (DE). Myomectomie au quatrième mois, accouchement normal, *Marseille méd.*, 1er déc. 1912.

SCHAUTA. Myomes et grossesse, *Wiener med. Woch.*, 2 oct. 1909.

SHNICH. Utérus gravide fibromateux, *Centralbl. f. Gyn.*, 1er mai 1909.

SOUBEYRAN et ŒCONOMOS. Fibromes de l'utérus gravide, *Montpellier méd.*, 15 fév. 1914.

TERECHENKOFF. Contribution à l'ablation totale de l'utérus avec fibromes multiples pendant la grossesse, *Journ. akouch. i jensk. bol.*, 8 avril 1913.

THÉVENAUD. Grossesse et fibrome, *Soc. des chir. de Paris*, 21 oct. 1910.

TORRANCE. Tumeurs fibreuses compliquant la grossesse, *New-York med. Journ.*, 7 mai 1910.

VIGNARD. *Gaz. méd. de Nantes*, 15 avril 1911.

VORON et VOLMAT. *Bull. de la Soc. obst. et gyn. de Lyon*, mars 1913.

WYDER. Grossesses compliquées de fibromes. Hystérectomie totale, *Corresp. Blatt f. Sch. Ærtze*, 1er oct. 1910.

ANALYSES

MÉDECINE

Observations cliniques sur l'action des injections intraveineuses des solutions de chlorure de sodium à 10 p. 100 dans les hémorragies pulmonaires. (J. MOCZULSKI. *Wiener klin. Wochens.*, 7 mai 1914, n° 19, p. 613.) — En 1909, van der Velden a montré qu'une injection intraveineuse d'eau salée à 10 p. 100 est susceptible d'augmenter la viscosité du sang et d'agir d'une façon favorable sur les hémorragies. Il a obtenu des succès en injectant dans les veines 3 à 5 centimètres cubes de cette solution.

Plus récemment Hans Müller a traité de cette façon cinquante sujets atteints d'hémoptysie. Dans 5 cas seulement, cette médication resta sans effets favorables. Il a injecté 5 et même 10 centimètres cubes de solution à 10 et même à 15 p. 100.

J. Moczulski, depuis deux ans, a également expérimenté la méthode de van der Velden dans les hémoptysies ; mais il ne s'est adressé à elle que dans les cas où les autres médicaments hémostatiques, extrait d'hydrastis canadensis, ergot de seigle, morphine, gélatine, glace, avaient échoué, même après avoir été employés plusieurs jours.

Voici les constatations qu'il a faites. L'injection de 10 centimètres cubes de solution chlorurée à 10 p. 100 est bien supportée par les malades. Dans tous les cas où les autres hémostatiques sont restés sans action, la solution saline hypertonique s'est montrée efficace en abrégeant l'hémorragie. L'effet hémostatique ne se montre pas immédiatement, et l'injection hypertonique ne garantit pas contre les hémorragies ultérieures. Il semble que ce procédé thérapeutique soit plus efficace que les autres dans les hémoptysies ; mais il ne faut pas le considérer comme une panacée donnant des succès dans toutes les variétés d'hémorragies.

A. LEMIERRE.

Réinfection et allergie dans la tuberculose. (André PHILIBERT. *Le Progrès médical*, 4 avril 1914.) — Chez un animal tuberculeux, une réinoculation tuberculeuse ne produit pas la même lésion qu'au début, le chancre d'inoculation ; elle produit une lésion différente, c'est un phénomène d'allergie, c'est-à-dire de réaction différente. Ce fait implique-t-il une idée d'immunité ? On peut répondre non pour le cobaye ; tout ce qu'on peut dire c'est qu'à ce moment l'animal refuse la superinfection, puisqu'il élimine en une escarre, fait prouvé par le *phénomène de Koch*, les nouveaux bacilles inoculés. Chez le mouton cependant Rœmer et Joseph pensent que dans certaines conditions une première inoculation tuberculeuse peut déterminer un état d'immunité.

Parfois la réinoculation de bacilles de Koch, lorsqu'elle est faite avec des bacilles abondants, produit le *phénomène de Bail* chez le cobaye tuberculeux, c'est-à-dire la mort aiguë, en vingt-quatre heures ; c'est encore là une réaction allergique.

Bezançon et de Serbonnes ont montré que les réinfections précoces ne déterminaient pas de phénomènes allergiques, mais un abcès ; il en est de même chez des cobayes tuberculeux depuis longtemps ; l'état allergique paraît donc avoir une durée limitée. Il semble, d'autre part, que l'animal puisse présenter alternativement, tantôt l'état allergique, tantôt l'état d'immunité, tantôt l'état de réceptivité non modifié. Un point reste encore dans l'ombre ; c'est celui de l'*auto-réinoculation*. Ces connaissances peuvent être comparées à certains faits observés chez l'homme. Ainsi les poussées évolutives de la tuberculose peuvent être comparées à des réactions allergiques d'auto-réinoculation ; de même la mort subite de certains tuberculeux au cours d'une poussée évolutive rappelle le phénomène de la *mort aiguë* de Bail.

J. MILHIT.

CHIRURGIE

De l'incision transversale pour les opérations sur l'estomac. (V. L. POKOTILO. *Chirourgia*, t. XXV, n° 206, fév. 1914, Moscou.) — La façon dont il faut pratiquer l'incision dans une laparotomie est encore loin d'être précisée et les discussions ont repris ces derniers temps à ce sujet. En effet cette question a une importance énorme, vu le grand nombre des laparotomies qui se pratiquent journellement; et, en lisant le grand nombre des travaux écrits à ce sujet, on pourrait croire que l'accord est déjà fait. Bien loin de là, la divergence des opinions des chirurgiens devient plus grande et on tend actuellement à revenir à l'ancienne incision transversale au cours des opérations sur l'estomac, sur les voies biliaires et sur le duodénum, c'est-à-dire à l'incision transversale de Sprengel. Déjà Billroth l'a employée pendant ses premières gastrectomies et il est difficile de comprendre pourquoi on l'a abandonnée pendant quinze ans pour la reprendre depuis deux à trois ans. L'explication est peut-être dans le fait suivant : les suppurations du temps des premières opérations de Billroth n'étaient pas rares et une plaie abdominale transversale suppurée se cicatrise mal et donne plus tard de grandes éventrations. Actuellement, les suppurations sont devenues une exception et on obtient de belles et solides cicatrices par l'incision transversale.

Le travail de M. Pokotilo est un chaud plaidoyer en faveur de l'incision transversale.

Pourquoi défend-on l'incision verticale médiane ? Ses défenseurs donnent les arguments suivants : elle passe dans l'endroit le plus mince de l'abdomen et elle n'atteint pas les organes importants de la paroi. M. Pokotilo répond que c'est précisément parce que la ligne médiane est faible qu'il ne faut pas l'affaiblir davantage et que, d'autre part, la ligne médiane est composée de l'intersection des fibres transversales, qui tendent la paroi, et l'incision verticale est en réalité perpendiculaire à la direction des fibres. Elle détruit cette intersection importante des fibres aponévrotiques et elle est favorable à la production d'une hernie ultérieure. Et ces hernies, d'après Pokotilo, sont loin d'être rares. Pendant la période de la cicatrisation, les fibres ayant une direction transversale tendent à s'éloigner de la ligne médiane et elles y sont maintenues seulement par les fils qui coupent fréquemment les tissus et prédisposent la paroi aux hernies.

Pourquoi alors, demande Pokotilo, maintient-on cette mauvaise incision ? Par tradition !

Dans la clinique du professeur Djakonoff, dont Pokotilo était un élève, on ne pratiquait jamais l'incision médiane, mais celle de Lennander, le long du bord externe du muscle droit. Sur plusieurs centaines de laparotomies Pokotilo n'a jamais vu une éventration.

Mais cette incision n'est pas toujours commode pour les laparotomies sus-ombilicales. Ceux qui, comme Pokotilo, ont pratiqué un grand nombre de ces laparotomies se rappellent bien la difficulté de suturer le feuillet postérieur de l'aponévrose et le péritoine et c'est en cherchant à palier à ces difficultés que Pokotilo a commencé à faire des laparotomies d'après Lennander, sauf le feuillet postérieur de l'aponévrose et le péritoine, qu'il incisait transversalement; c'est le procédé de Juzevitch. Frappé par la facilité de la suture et la solidité de la paroi, Pokotilo a voulu l'appliquer dans tous les cas. Malheureusement le champ opératoire n'était pas suffisamment grand et Pokotilo a eu recours ensuite à l'incision de Sprengel, incision transversale. Cette incision est anatomique, car elle ne coupe rien dans le sens perpendiculaire, elle dissocie pour ainsi dire les fibres aponévrotiques, qui tendues par les muscles supportent leur traction et ferment la paroi solide de l'abdomen. Il suffit de couper les fibres dans le sens vertical pour voir comme elles s'éloignent rapidement et combien il est parfois difficile, surtout quand le malade pousse, de les rapprocher ensuite.

C'est depuis deux ans que Pokotilo pratique systématiquement l'incision transversale (71 cas) et c'est favorablement surpris par la grande facilité de l'acte opératoire et de la solidité de ses sutures, qu'il la maintient et la recommande.

En résumé :

1° La difficulté de la suture du feuillet postérieur de l'aponévrose et du péritoine pour les laparotomies sus-ombilicales indique que l'incision verticale ne correspond pas aux conditions anatomiques;

2° L'incision transversale du feuillet postérieur de l'aponévrose et du péritoine seulement avec une incision de Lennander est l'idéale, mais n'est pas toujours applicable;

3° L'incision de Sprengel doit être employée dans tous les cas où il faut une lumière large sur l'estomac, car elle donne la plus grande garantie de solidité à la paroi.

I. MARCHAK.

NEUROLOGIE

Polynévrite scorbutique. (AUSTROGESILO. *Revue neurol.*, 1914, p. 76-85.) — L'auteur décrit 2 formes : l'une précoce, après les phénomènes aigus du scorbut, l'autre tardive, pendant la convalescence ou après guérison apparente de la maladie.

1° Forme aiguë. En plein tableau scorbutique, on trouve hyper ou hypoesthésie, habituellement paresthésie avec myalgie du mollet; troubles électriques tardifs, réflexes patellaires exagérés pendant quelque temps, ceci est de grande importance pour le diagnostic avec le béribéri, où les réflexes tendineux sont, le plus souvent, abolis, le pied est en varus équin, le malade steppe.

C'est probablement à cette forme qu'appartiennent tous les cas qui ont fait prendre pour la même maladie le béribéri et le scorbut, bien distincts cependant et, d'après l'opinion de l'auteur, jamais associés l'un à l'autre.

Le pronostic est grave à cause des phénomènes alarmants qui menacent la vie : pouls fréquent, faible, dilatation du cœur avec dédoublement des bruits, parfois galop droit.

2° La forme tardive ressemble à celle qu'on voit dans les maladies infectieuses, diphtérie, fièvre typhoïde, infection puerpérale, etc., c'est la forme la plus fréquente, l'atrophie musculaire y est peu considérable. Bénigne quoad vitam, elle est rebelle parce que le malade est affaibli par le scorbut.

En somme, la mort est rare, même dans la première forme, la plus dangereuse. Le traitement est celui du scorbut.

L. ALQUIER.

THÉRAPEUTIQUE

Comment il faut administrer la digitale. (A. MARTINET. *Presse méd.*, Paris, 6 mai 1914.) — Deux notions dominent le mode d'administration de la digitale, le choix de la préparation et la dose.

En ce qui concerne la préparation, on a le choix entre les préparations galéniques classiques, les préparations partant de principes cristallisés et les extraits totaux de la plante.

Certaines préparations galéniques méritent certes d'être conservées, mais on sait que leur activité thérapeutique est excessivement variable.

Les produits cristallisés du type digitaline permettent une posologie rigoureuse, mathématique en quelque sorte; le Codex recommande les granules au dixième et au quart de milligramme et la solution au millième titrant, au compte-gouttes normal, XXX gouttes au gramme.

Malgré les avantages qui font de la digitaline une préparation très utile, la plupart des pharmacologues estiment que les médicaments représentant la totalité des alcaloïdes de la plante sont, sous certaines conditions de préparation et de titrage, supérieurs à la digitaline, car il est aujourd'hui absolument démontré (Pouchet, Mayor, Dixon, Wood, Focke, etc.) :

1° Que la digitaline cristallisée ne préexiste nullement dans la digitale, mais qu'elle est un produit artificiel;

2° Qu'il n'y a aucune relation, aucun parallélisme entre l'activité de la digitale et sa teneur en digitaline;

3° Que les préparations digitaliques les plus sûrement actives sont celles qui renferment, tel le digalène, la totalité des principes actifs de la digitale.

Et ces extraits totaux de digitale physiologiquement titrés, standarisés au point de vue pharmacodynamique, d'une activité certaine constante et toujours égale et susceptibles d'être administrés par voie buccale, intramusculaire, voire intraveineuse (digalène) semblent bien, d'après l'auteur, réaliser à l'heure actuelle les préparations digitaliques optima réussissant là où toutes les autres préparations ont échoué.

En ce qui concerne la question des doses, il faut suivre les schémas de Huchard, Pouchet et Bardet :

A. Doses massives antiasystoliques, diurétiques à effet immédiat : digalène, 3 centimètres cubes par voie intramusculaire ou endoveineuse, 3 à 6 centimètres cubes par voie buccale, soit C à CC gouttes (= 50 centigrammes à 1 gramme de poudre de feuilles de digitale = 1/2 à 1 milligramme de digitaline cristallisée), à prendre en un jour, à ne renouveler qu'après une semaine au moins, ou répartir en deux ou trois jours; c'est la dose qui convient dans les cas d'urgence, dans les asystolies, surtout dans les asystolies banales des mitraux.

B. Doses moyennes, toniques et sédatives cardiaques : digalène, XXX à LX gouttes, 1 à 2 centimètres cubes par voie buccale ou intramusculaire (= 15 à 30 centigrammes de poudre de feuilles de digitale ou 1 et 1/2 à 3 dixièmes de milligramme de digitaline), à donner deux ou trois jours par semaine soit consécutivement, soit au contraire espacés par des périodes d'un jour; c'est la dose d'entretien dans la période de résolution des asystolies, dans la dyspnée du rétrécissement mitral, pendant les périodes hyposystoliques.

C. Doses très faibles : digalène, X à XX gouttes par voie buccale (= 5 à 10 centigrammes de poudre de feuilles ou 1/20 à 1/10 de milligramme de digitaline cristallisée); ce modus faciendi a donné souvent à Martinet les meilleurs résultats comme traitement systématique des angines de poitrine, des hypertensions angio-spasmodiques et lésionnelles. D'après Mayor, les indications en seraient les suivantes : 1° hypertrophie essentielle avec dilatation manifeste et rapidement récidivante; 2° symphyse du péricarde; 3° insuffisances aortiques artérielles à leur période de décompensation; 4° association morbide d'une lésion valvulaire et d'une affection pulmonaire chronique.

L. GAYARD.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 29 JUIN 1914)

Du rôle des glandes surrénales dans l'action des substances vaso-constrictives. Les substances vaso-constrictives indirectes. — M. E. GLEY.

Sur une erreur d'interprétation assez fréquente en anatomie comparative. — M. J. CHAINE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 7 JUILLET 1914)

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Duguet.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique en remplacement d'Hérard.

La liste de présentation portait en première ligne, M. Menetrier, et en deuxième ligne ex æquo : MM. Borrel, Legry et Siredey.

M. Menetrier a été élu par 57 suffrages sur 60 votants.

Il n'y aura pas de séance mardi prochain, 14 juillet.

— La séance est levée en signe de deuil.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 4 JUILLET 1914)

La saturation des bactériolysines appliquée à la différenciation du méningocoque et des paraméningocoques. — MM. DOPTER et PAURON ont effectué l'épreuve du péritoine en faisant agir sur les méningocoques et paraméningocoques les deux sérums spécifiques. Ils ont observé en certains cas des faits de cobactériolyse. Pour distinguer les bactériolysines spécifiques et les bactériolysines de groupe, ils ont imaginé une épreuve de saturation des bactériolysines qui donne des résultats parallèles à ceux de la saturation des agglutinines et des précipitines.

Ils ont utilisé, d'autre part, ce nouveau procédé pour différencier les paraméningocoques entre eux. Ils ont ainsi pu confirmer les résultats précédemment acquis sur la pluralité des paraméningocoques et leur dissociation en trois variétés, ainsi qu'ils l'avaient établi antérieurement.

Contribution à l'étude du dosage de l'éthérase (lipase monobutyrinase) de sérum sanguin. — M. H. DORLENCOURT fait la critique de l'emploi de la monobutyrine comme réactif de dosage de la lipase sérique.

La monobutyrine, soluble dans l'eau, est toujours impure ; elle est mélangée de dibutyrine et de tributyrine insolubles. On peut les séparer par filtration, mais on opère alors sur une solution de monobutyrine de titre indéterminé. Il n'est pas indifférent de se servir d'une solution d'un titre quelconque car l'activité de la lipase apparaît comme d'autant plus grande que la concentration est plus forte.

La monobutyrine même pure est un mélange dans des proportions indéfinies de deux types chimiques différents (monobutyrine secondaire et primaire). La lipase, conformément à la théorie, agit différemment sur chacun d'eux d'où insécurité du dosage suivant la proportion plus ou moins grande de chacun de ces deux éthers.

A l'occasion de recherches exécutées à l'instigation de M. le professeur Marfan l'auteur a cherché s'il n'existerait pas un réactif qui ne présenterait pas les inconvénients qu'il signale pour la monobutyrine. Il conseille l'emploi de la triacétine; il expose la méthode et ses avantages.

Acidité des suppurations à pneumocoques. — MM. NETTER et BOUGAULT. L'étude de seize suppurations à pneumocoques leur a montré des différences d'acidité très notables. L'acidité est d'autant plus forte que l'épanchement est plus ancien et inversement. Ils ont d'ailleurs suivi les progrès de l'acidité chez deux sujets.

Un de leurs cas se rapportait à un épanchement puriforme amicrobien qui s'est résorbé spontanément. L'acidité était de 0,644 dès le deuxième jour. Ils ont pensé que cette acidité a provoqué la stérilité de l'épanchement et qu'elle explique sa courte durée.

Les auteurs pensent aussi que l'acidité du liquide favorise la perforation de la plèvre. Ils rappellent que les pleurésies à pneumocoques se terminent souvent par vomique et que l'apparition de ces vomiques ne survient habituellement qu'après un mois au moins.

Urticaire après piqûres de sangsues. — MM. NETTER et KOECHLIN ont récemment assisté au développement d'urticaire à la suite de l'application de sangsues sur la région précordiale. Des cas analogues ont d'ailleurs été signalés par Scanzoni après applications de sangsues sur le col utérin, par Léopold au niveau du sacrum, par Schramm. Les auteurs pensent que cette urticaire a la même origine que l'urticaire qui succède aux piqûres de cousins, d'ixodes, à l'ingestion de substances diminuant la coagulation du sang. La coexistence du signe de Chvostek, hyperexcitabilité mécanique du facial, est un argument de plus en faveur de cette explication.

Sur le foyer d'auscultation du rétrécissement pulmonaire. Fréquence du souffle dans le troisième espace intercostal gauche. — MM. A. GILBERT, E. CHABROL et Mlle GUINSBOURG. Le foyer d'auscultation du rétrécissement pulmonaire ne répond point toujours à l'extrémité interne du deuxième espace intercostal gauche, comme l'admettent les classiques. A propos d'un cas personnel, les auteurs rapportent une statistique de cent observations montrant que dans 35 p. 100 des faits le souffle peut avoir pour territoire le troisième espace intercostal. Constantin Paul, Jaccoud, Barié avaient incidemment relaté cette anomalie et l'avaient fait dépendre d'une sténose de l'infundibulum. Il ne semble pas que le siège du rétrécissement suffise à expliquer la localisation du souffle dans le troisième espace. Sur 27 observations de rétrécissements infundibulaires ou mixtes, 13 seulement font mention de ce souffle; par contre, on le retrouve chez dix autres malades qui étaient porteurs d'une simple sténose orificielle, sans la moindre ébauche de rétrécissement préartériel.

Il ne semble pas non plus que ce souffle du troisième espace soit en rapport avec les malformations cardiaques de la maladie bleue. S'il coïncide parfois avec l'inocclusion du trou de Botal ou avec la perforation interventriculaire, plus souvent encore ces deux malformations s'accompagnent d'un souffle dans le deuxième espace.

Selon toute vraisemblance, la localisation du souffle doit être interprétée en tenant compte des variations topographiques que l'orifice de l'artère pulmonaire peut présenter vis-à-vis de la paroi du thorax.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

MÉDECINE PRATIQUE

NÉPHRITE INTERSTITIELLE AVEC BRUIT DE GALOP

Quand, au cours d'une néphrite interstitielle, apparaît un bruit de galop cardiaque, la conduite à tenir a été nettement formulée par Huchard. Il existe de l'hypertension artérielle; le cœur se fatigue à lutter contre l'obstacle que crée la contraction des vaisseaux périphériques. Pour réduire cette vasoconstriction, il n'est qu'un moyen : soulager le cœur en favorisant la diurèse. Deux agents permettent d'y parvenir : un aliment et un remède : le lait et la Santhéose (pure ou phosphatée), laquelle sera prescrite à la dose de 2 à 3 cachets par jour.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (Tome XL, n° 4, 1914.) E. Escat : De l'auditibilité du son. Applications à la physiologie et à la pathologie de l'audition. — Ricardo Botey : Trois cas d'extirpation totale du larynx avec la méthode de Glück et l'anesthésie locale. — Laimé : Sur la rééducation de l'ouïe. — G. A. Weill : Drainage diaméatique du sinus maxillaire. — (N° 5, 1914.) Lermoyez : L'otospongiose. — Lavrand : Ostéopériostite isolée du temporal dans un cas d'otite moyenne. — Lombard et Baldenweck : Sur un cas de fibro-adénome de la trachée. — Guisez : Cas de sténose inflammatoire du cardia avec grande dilatation de l'œsophage chez une enfant de huit ans.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 5, mai 1914.) P. G. Unna : Biochimie de la peau. — L. Brocq : Contribution à l'étude des états éléphantiasiformes de l'oreille. — M. Lavan : Sur la méningite syphilitique métachancreuse et préroséolique. — Paul Ravaut : Les erreurs d'interprétation de la réaction de Wassermann. — Ch. Audry : Zona conjugal.

Archives d'électricité médicale, expérimentales et cliniques. — (N° 382, 25 mai 1914.) E. Spéder et E. Dubourg : L'adénopathie trachéo-bronchique latente chez l'enfant. — Arcelin et F. Pelissé : Deux appareils de radioscopie avec dispositifs de protection pour l'opérateur. — Ernst von Seuffert : L'état actuel, les problèmes et les limites du traitement radio et radium-thérapique du cancer.

Archives générales de chirurgie. — (N° 5, 25 mai 1914.) Sakaguchi : Contribution à l'étude des tumeurs malignes du testicule, spécialement des formes épithéliales. — Vautrin : La voie inguinale dans la cure radicale de la hernie crurale. — Mauclaire et Niel : Radiographie des cols fémoraux normaux et pathologiques.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 19, 23 mai 1914.) G. Détré : La radiothérapie, méthode de dépilation.

Bulletin médical. — (N° 40, 20 mai 1914.) Pech : Essai d'explication physiologique de l'action de certaines causes météoriques sur la genèse de quelques maladies. Le rôle de l'oxygène (*suite*). — (N° 41, 23 mai.) Desclaux : Vaccinothérapie dans la fièvre typhoïde de l'adulte. — R. Glénard et A. Grigaut : Concrétions intestinales en imposant pour des calculs biliaires chez un malade atteint de coliques hépatiques. — (N° 42, 27 mai.) Pinard : Du diagnostic de l'âge de la gestation et de sa durée. — L. Brocq : De l'influence des mœurs nouvelles sur la pathologie cutanée de la femme. — O. Laurent : Les blessures du crâne par projectiles de guerre d'après l'expérience des deux guerres balkaniques.

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 9, 10 mai 1914.) V. Gardon : Sur le vaccin antigonococcique de Nicolle. — Dodeau : Gangrène gazeuse de l'avant-bras avec propagation au bras et à l'épaule arrêtée par les injections d'oxygène. — V. Gardon et Pons-Leychard : Un cas de typhus récurrent avec syndrome méningé. — Ribet : Pseudo-rhumatisme infectieux pneumonique.

Echo médical du Nord. — (N° 20, 17 mai 1914.) Carlier : La prostatectomie en deux temps. — Dehon et Jean Heitz : Syphilis et pouls alternant. — (N° 21, 24 mai.) Desoil : Contribution à l'étude de la septicémie pneumococcique primitive chez l'homme. — G. Gérard et Diomède Belle : Relation d'un côlon iliaque coincé entre les deux portions du muscle psoas iliaque. — (N° 22, 31 mai.) Surmont et Dehon : Les hyperchlorhydries éliminatrices liées à la rétention chlorurée.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 21, 24 mai 1914.) Sabrazès, Boisserie, Lacroix et Roger Boé : Tuberculose hypertrophique bilatérale des glandes lacrymales et salivaires avec adénopathie généralisée de même nature. — P. Carles : Comment devient-on alcoolique? — (N° 22, 31 mai.) R. Moulinier : Sur les états d'hypotension artérielle. La tension artérielle minima juste suffisante. — Matignon : Le prurit anal des hémorroïdes latentes.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 20, 17 mai 1914.) W. Dubreuilh : Pathogénie et traitement du bubon chancreux de l'aine. — Gourdon : Le traitement orthopédique des paralysies infantiles graves. — Verdelet : Cancer de l'intestin simulant une appendicite. — (N° 21, 24 mai.) Fraikin : Union de la psychothérapie et de la physiothérapie dans le traitement des psychonévroses. — (N° 22, 31 mai.) Chelle et Mauriac : Considérations générales sur la dégradation des hydrates de carbone dans l'organisme. — Lousteau : La réaction d'Abderhalden; son principe, sa technique, ses applications.

Journal de médecine interne. — (N° 14, 20 mai 1914.) Marfan : La tuberculose du péritoine dans la première enfance. — (N° 15, 30 mai.) Léopold-Lévi : Endocrinolepsies, leurs caractères généraux.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURE DE DUPUYTREN

SIGNES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT.

Définition. — On doit entendre, sous le nom de fracture de Dupuytren, une fracture siégeant sur le péroné de 5 à 12 centimètres au-dessus de la pointe de sa malléole, avec rupture de la malléole interne et parfois un troisième fragment arraché à l'épiphyse tibiale inférieure.

Encore appelée fracture de Pott par les Anglais, c'est la fracture par abduction forcée du pied de Tillaux.

Considérée dans tous les traités classiques comme fracture bimalléolaire, elle n'est point bimalléolaire à proprement parler, comme on le fit remarquer récemment à la Société de chirurgie, car le trait de fracture est nettement sus-malléolaire au niveau du péroné, pouvant même siéger jusqu'à 12 centimètres au-dessus de la pointe de la malléole externe.

L'étude de cette fracture présente un intérêt tout nouveau depuis les études radiographiques récentes qui permirent de préciser le rôle du diastasis tibio-péronier inférieur et des fractures marginales postérieures.

SYMPTOMES. — Le blessé atteint de fracture de Dupuytren, transporté à l'hôpital, n'a pu en général se relever après le traumatisme. Déshabillé prudemment, il présente une déformation telle que le diagnostic s'impose d'emblée au premier coup d'œil, si bien qu'avec Trélat on peut dire que la fracture de Dupuytren « crève les yeux » par la grossièreté de ses signes.

INTERROGATOIRE. — Le blessé a fait un faux pas ; son pied s'est tourné en dehors, il a ressenti parfois un craquement, suivi de douleur brusque, il n'a pu se relever et marcher ; c'est donc dans un mouvement d'abduction forcée que se produit cette fracture ; exceptionnellement (2 cas rapportés par Gaignerot) cette fracture se vit à la suite d'un mouvement d'adduction.

EXAMEN. — *Inspection*. — 1° Gonflement plus ou moins accentué du cou-de-pied, d'autant plus marqué que le traumatisme est plus ancien.

2° Déformation. Pied porté en dehors et en arrière. Subluxation du pied en arrière et en dehors.

De la subluxation en dehors dépendent les signes suivants :

A. Le pied n'est plus dans l'axe de la jambe. Normalement l'axe de la jambe passe par la crête du tibia et vient tomber au niveau du deuxième espace intermétatarsien. Dans la fracture de Dupuytren l'axe de la jambe est reporté en dedans du gros orteil.

B. La plante du pied regarde plus ou moins en dehors ; le pied est en valgus.

C. Sur le côté externe de la jambe, on constate, à 7 ou 12 centimètres de la pointe de la malléole, une encoche dépressive en coup de hache, surmontée parfois d'une saillie angulaire constituée par l'extrémité du fragment supérieur.

D. Du côté interne, le fragment supérieur de la malléole interne fait un relief très net sous la peau qu'il menace de perforer.

E. Elargissement plus ou moins prononcé du cou-de-pied.

De la subluxation en arrière dépendent :

A. Relief des tendons extenseurs, à la face antérieure du cou-de-pied soulevée par le bord antérieur de la mortaise tibiale.

B. Diminution de longueur du dos du pied.

C. Augmentation de la concavité de la région talonnière.

Ces déformations résultent : la première de la torsion du pied en dehors par le traumatisme, accentuée encore par la contracture des péroniers, la deuxième provient du glissement du tibia sur le col de l'astragale et de la contracture des muscles du mollet.

3° Ecchymoses souvent très étendues, marquées sur les côtés interne et externe du cou-de-pied.

Palpation. — Confirmera les données fournies par l'inspection en permettant de sentir, en dehors, la dépression en coup de hache et la saillie du fragment supérieur, en dedans, la saillie de la malléole interne.

1° Recherche des points douloureux : en dedans, pointe de malléole interne.

En dehors, à 6 ou 7 centimètres au-dessus de la pointe de malléole externe; au niveau de l'articulation tibio-péronière inférieure, douleur exquise fait pressentir le diastasis.

2° Mobilité anormale : *A*. Mobilité en touche de piano de la malléole tibiale.

B. Ballottement astragalien. Pour le rechercher, on immobilise la jambe avec une main, de l'autre on empaume la plante du pied et on provoque ainsi des mouvements de translation en masse du pied; en cas de diastasis, ces mouvements sont assez étendus, le tenon astragalien se mobilisant entre les joues de la mortaise tibio-péronière élargie.

3° Choc astragalien à distinguer du ballottement ; se retrouve par la manœuvre précédente, c'est la sensation produite par le heurt du tenon contre une des joues de la mortaise. Rare dans la fracture de Dupuytren, se voit plutôt dans la fracture unimalléolaire, le tenon venant heurter plus aisément contre une malléole non rompue.

Tels sont les signes de la fracture de Dupuytren typique. Mais si cette fracture se complique de diastasis tibio-péronier inférieur ou de l'existence d'un troisième fragment tibial, outre les signes radiographiques, il existe quelques signes cliniques qui peuvent faire dépister ces complications, et qui légitiment ainsi la description de formes cliniques pour la fracture de Dupuytren, fort importantes à séparer à cause du pronostic, différent suivant les cas.

1° **Fracture avec diastasis tibio-péronier inférieur.** — On y pensera quand la subluxation en dehors est très accentuée. On le reconnaît à la douleur vive, provoquée par la pression dans l'interligne tibio-péronier, à l'importance du ballottement astragalien, à l'augmentation du diamètre transversal du cou-de-pied.

2° **Fracture avec troisième fragment épiphysaire tibial.** — *a*. Troisième fragment de Tillaux ou fracture du tubercule antéro-externe du tibia. Même symptomatologie que pour le diastasis tibio-péronier pur. Seule la radiographie tranche le diagnostic.

b. Fracture marginale antérieure. Rare, favorise la luxation de l'astragale en avant, se reconnaîtra à la douleur vive sur la face antérieure du tibia, entraîne une réduction difficile et semble provoquer des hyperostoses fort gênantes dans l'extrême flexion.

c. Fractures marginales postérieures, fracture de Destot. Cette fracture du rebord postérieur du tibia peut exister isolément ou accompagner la fracture d'une ou des deux malléoles. Quand elle vient se surajouter à la fracture de Dupuytren, elle lui imprime un caractère particulier et les rapports de ces fractures entre elles ont été bien étudiées par M. Quénu. La fracture marginale peut compliquer isolément la fracture de Dupuytren ou coexister avec le diastasis tibio-péronier inférieur ; fracture des deux malléoles, fracture marginale et diastasis réunis constituent alors des lésions fort complexes dont le pronostic est excessivement grave, aussi importe-t-il de rechercher cette complication d'une façon très minutieuse. On pensera à la fracture marginale toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'une subluxation en arrière très accentuée. Pour M. Quénu même, il n'y a pas de subluxation en arrière possible sans marginale postérieure; elle en est la condition nécessaire, mais insuffisante, car il doit s'y ajouter la libération de la malléole externe vis-à-vis du tibia. C'est alors seulement que l'astragale, flanquée de ses deux malléoles libérées de leurs connexions avec le squelette jambier, peut alors se subluxer en arrière. Donc importante à dépister, cette fracture marginale postérieure se reconnaîtra en clinique par les signes suivants : déviation en valgus modéré, coup de hache péronier, est plutôt postérieure que véritablement externe, douleur vive dans la gouttière rétro-malléolaire postérieure (l'intervalle compris entre le tendon d'Achille et la malléole interne). Un signe plus tardif et de plus de valeur est la difficulté de la contention.

ÉVOLUTION. — Demande en général de quarante à cinquante jours pour consolider mais consolidation souvent retardée car il s'agit de fractures articulaires, avec fragments malléolaires mal nourris, mal périostés. Toutes conditions qui entraînent un retard d'ossification du cal et partant des cals vicieux et exubérants, cause des *déviations fréquentes*.

I. Ces déviations peuvent être :

Primitives. — Ces déviations primitives se voient chez des gens qui ne se font point traiter; mais elles peuvent se voir aussi dans d'autres cas où la réduction est impossible ou tout au moins la contention.

Réduire est encore chose possible, mais maintenir réduit est un problème fort délicat. Cette difficulté de contention se voit plus spécialement en cas de diastasis accentué et en cas de fracture marginale postérieure. Elle relève parfois de l'interposition fibreuse des ligaments tibio-péroniers inférieurs, plus souvent de l'interposition de parcelles osseuses (3 fragments de Tillaux, fragments marginaux antérieurs et postérieurs), plus rarement de l'ascension et de la bascule de l'astragale dont le bord externe vient s'engager dans l'interligne tibio-péronier inférieur.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 10 francs par an.
Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête nationale, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours du prosectorat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Dujarier, Mauclaire, Claisse et Reclus (qui acceptent); Ricard, Legry, Sébileau (qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation).

Liste des candidats : MM. Moure, Wolfromm, Sorel, Brocq, Maurer, Luzoir, Mock, Mondor, Mornard, Desplats, Lorin, Monod, Virenque, Bloch, Bergeret, Caudrelier.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Modification au concours d'agrégation. — Le *Journal officiel* du 8 juillet 1914 publie l'arrêté suivant :

Les articles 8 et 31 de l'arrêté du 1er mars 1914 sont modifiés ainsi qu'il suit :

Art. 8. — L'épreuve écrite porte sur une question de sciences anatomiques et une question de sciences physiologiques.

Les sujets de cette épreuve sont choisis par le jury. Dans chaque groupe, les candidats ont le choix entre trois sujets. L'enveloppe qui les contient ne doit être ouverte qu'au début de la composition, en présence des candidats.

La durée de cette épreuve est de quatre heures; elle a lieu dans une salle fermée. Les candidats ne peuvent s'aider d'aucune note, d'aucun ouvrage imprimé ou manuscrit. Toute communication entre les candidats est interdite. Chaque candidat, après avoir signé sa composition sur un en-tête détachable, la remet à un représentant de l'administration, chargé de la surveillance, lequel y appose son visa.

Les copies sont transmises au directeur de l'enseignement supérieur qui fait retirer l'en-tête détachable après l'avoir numéroté et avoir reporté le numéro sur la copie.

Les compositions sont ensuite remises au jury qui les lit en comité secret.

Art. 31. — Les candidats à l'agrégation, déclarés admissibles dans les concours antérieurs au 1er décembre 1913, sont dispensés, pour trois concours successifs, des épreuves du premier degré.

Le bénéfice des dispositions qui précèdent est étendu aux candidats non admissibles des concours d'agrégation antérieurs au 1er décembre 1913 qui ont obtenu à ces concours au moins la moyenne de 15 points sur 20.

Fait à Paris, le 7 juillet 1914. Victor Augagneur.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Dijon. — M. Gault, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé, à partir du 1er novembre 1914, professeur d'histologie, en remplacement de M. Collette, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

— Tours. — Un congé, du 1er au 31 juillet 1914, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Meunier, professeur de clinique médicale.

M. Gaudeau, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé, en outre, du 1er au 31 juillet 1914 (durée du congé accordé à M. Meunier), d'un cours de clinique médicale.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — Concours de l'internat. — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Galliot, Richoux, Delotte, Audebert, Fournier, Chambas, Chicandard, Besson et Boulay.

Internes provisoires : MM. Durand, Robin, Crozat, Ramadier et Touchard.

Questions données :

Ecrit. — « Symptômes et diagnostic des pleurésies purulentes. — Articulation temporo-maxillaire. »

Oral. — « Rapports de la prostate. — Symptômes et diagnostic du cancer du col de l'utérus. »

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Par mesure transitoire les élèves admis directement en deuxième division en 1913 à l'école du service de santé militaire, sans avoir satisfait aux obligations de la loi sur le recrutement, n'accompliront que le premier des stages de deux mois dans un corps de troupes prévus à l'article 13 de la loi du 7 août 1913.

PÉDIATRIE PRATIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE. — Le professeur Broca, les docteurs Hallé, Lesné, Ribadeau-

Dumas, Triboulet, Weill-Hallé, médecins des hôpitaux; Savariaud, Veau, chirurgiens des hôpitaux; Bourgeois, laryngologiste des hôpitaux, feront, du 23 juillet au 14 août 1914, une série de démonstrations pratiques avec examen de malades par les élèves.

Visite des hôpitaux, des hospices spéciaux et des principaux établissements d'assistance et de protection de l'enfance (crèches, pouponnières, etc.).

Visite facultative et sur inscription spéciale de l'hôpital maritime de Berck, les 15 et 16 août, sous la direction du docteur Ménard.

Les questions relatives aux tuberculoses osseuses (mal de Pott, tumeur blanche, etc.) et ganglionnaires seront particulièrement envisagées au cours de la visite à Berck, par M. Ménard, chirurgien en chef de l'hôpital général, et ses assistants.

Les réunions auront lieu tous les jours après-midi dans les hôpitaux d'enfants et notamment à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.

Le nombre des élèves est limité à 20.

Le droit d'inscription est fixé à 50 francs.

Les inscriptions sont reçues dès maintenant chez le docteur Weill-Hallé, 49, avenue de Malakoff.

La première réunion aura lieu à l'hôpital des Enfants-Malades, le 23 juillet, à quatre heures.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la vingt-sixième semaine, 923 décès au lieu de 829 pendant la semaine précédente, et au lieu de 834, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde a causé 11 décès, au lieu de 8 pendant la semaine précédente (la moyenne est 5). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 36, au lieu de 78 pendant la semaine précédente (la moyenne est 46).

La variole a causé 1 décès; 2 cas nouveaux ont été signalés par les médecins, comme 2 pendant la semaine précédente (la moyenne est 3). Vérification faite, il n'y a eu aucun cas de variole ou varioloïde confirmé.

La rougeole a causé 15 décès, comme pendant la semaine précédente (la moyenne est 18). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 282, au lieu de 356 précédemment (la moyenne est 260).

La diarrhée infantile a causé 33 décès de zéro à un an, au lieu de 26 pendant la semaine précédente (la moyenne est 41).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 135 décès, au lieu de 111 pendant la semaine précédente, et au lieu de 92, moyenne ordinaire de la saison.

La phtisie pulmonaire a causé 158 décès (la moyenne est 172).

La méningite tuberculeuse, 22 décès (la moyenne est 20).

La méningite simple, 26 décès (la moyenne est 16). Il y a eu 1 décès par méningite cérébro-spinale épidémique (1 cas nouveau a été signalé par les médecins).

FORMULAIRE

PRURIT EN GÉNÉRAL

Appliquer plusieurs fois par jour des compresses imbibées d'une solution de poudre de Nisaméline (quatre cuillerées à café et plus par litre d'eau tiède, en tâtant la susceptibilité de la lésion : donner le maximum supporté).

Traitement interne nécessaire par les pilules de Nisaméline (2 à 6 à chaque repas).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 13 AU 18 JUILLET 1914

THÈSES

Jeudi 16 juillet, à une heure (suite). — M. BABINOVITCH. Contribution à l'étude du diagnostic entre les exsudats et les transsudats. Réaction du collargol. (MM. Gilbert, président; Maillard, Maurice Villaret et Lereboullet.) — M. MAZZOLONI. Les sténoses médiogastriques ulcéreuses. (MM. Gilbert, président; Maillard, Maurice Villaret et Lereboullet.) — M. MORICAND. Contribution à l'étude de la réaction de Wassermann chez les aortiques. (MM. Gilbert, président; Maillard, Maurice Villaret et Lereboullet.) — M. RONGIO. Contribution à l'étude du traitement de l'anévrisme de l'aorte. (MM. Gilbert, président; Maillard, Maurice-Villaret et Lereboullet.) — M. RELICO. De l'oxygénothérapie intraveineuse. (MM. Gilbert Ballet, président; Chauffard, Richaud et Ribierre.) — M. DESVAUX. Introduction à une étude du courant de chaleur (principalement dans les causes extérieures) et de la sensation de température. (MM. Gilbert Ballet, président; Chauffard, Richaud et Ribierre.) — M. PROVOST. Aliénation mentale chez les employés de chemins de fer et transports publics. (MM. Gilbert Ballet, président; Chauffard, Richaud et Ribierre.) — M. CHASSARD. Du traitement des névralgies par les applications directes et indirectes de l'électricité. (MM. Chauffard, président; Gilbert Ballet, Richaud et Ribierre.) — M. BARTINAL. Sources des idées médicales de Rousseau des Essarts et Rousseau. (MM. Achard, président; Jeanselme, Castaigne et Rathery.) — M. DELACOUR. Syphilis et hérédo-syphilis. (MM. Achard, président; Jeanselme, Castaigne et Rathery.) — Mlle SCHMOUCLER. Atrophie du bassin dans la paralysie infantile et ses conséquences obstétricales. (MM. Achard, président; Jeanselme, Castaigne et Rathery.) — M. MONTES DE OCA. L'hémianesthésie au cours de l'hémiplégie à droite avec aphasie. (MM. Achard, président; Jeanselme, Castaigne et Rathery.)

Vendredi 17 juillet, à une heure. — M. CHABRIAT. Gros œufs, gémelliparié et hémorragie de la délivrance (étude critique et statistique). (MM. Pinard, président; Gaucher, Couvelaire et Léon Bernard.) — M. CHAMPEAU. Contribution à l'étude du thrombus périvulvaire et périvaginal. (MM. Pinard, président; Gaucher, Couvelaire et Léon Bernard.) — M. LEDOUX. Tuberculose et goitre exophtalmique. (MM. Gaucher, président; Pinard, Couvelaire et Léon Bernard.) — M. BEAUFILS. Les gommes syphilitiques du corps thyroïde. (MM. Gaucher, président; Pinard, Couvelaire et Léon Bernard.) — M. LEGENDRE. Etude critique sur le traitement spécifique des cas de tabes et de paralysie générale observés à la clinique des maladies nerveuses de 1912 à 1914. (MM. Déjerine, président; Roger, André Jousset et Laignel-Lavastine.) — M. BAUDAIS. Contribution à l'étude des réactions et accidents consécutifs aux injections d'arsenobenzol (salvarsan et néosalvarsan) d'après 2743 injections. (MM. Roger, président; Déjerine, André Jousset et Laignel-Lavastine.) — M. FOUQUE. Etude pratique de l'albumine et du liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques. (MM. Roger, président; Déjerine, André Jousset et Laignel-Lavastine.) — M. KROLUNISTKY. Contribution à l'étude du rôle des leucocytes dans la digestion. (MM. Roger, président; Déjerine, André Jousset et Laignel-Lavastine.) — M. GRAINEAU. Quelques précisions dans la technique opératoire des fibromes naso-pharyngiens. (MM. Reclus, président; Aug. Broca, Alglave et Desmarest.) — M. COURJON. Syphilis osseuse et accidents du travail. (MM. Reclus, président; Aug. Broca, Alglave et Desmarest.) — M. GIRAUD. Le double avancement musculaire dans le traitement chirurgical du strabisme. (MM. Reclus, président; Aug. Broca, Alglave et Desmarest.) — Mme KOHN. Anesthésie locale dans les amputations. (MM. Reclus, président; Aug. Broca, Alglave et Desmarest.) — M. KLENIEC. Contribution à l'étude de la fracture de Bennett. (MM. Debove, président; Marfan, Legueu et Ombrédanne.) — M. PIGNOT. Contribution à l'étude clinique et expérimentale de la maladie de Heine-Medin. (MM. Marfan, président; Delbet, Legueu et Ombrédanne.) — M. PANEIULESCO. Traitement de choix dans la rétention incomplète chronique avec distension chez les prostatiques. (MM. Legueu, président; Delbet, Marfan et Ombrédanne.) — M. ROUSSEAU. Des interventions dans la tuberculose rénale bilatérale. (MM. Legueu, président; Delbet, Marfan et Ombrédanne.) *(A suivre.)*

REVUE GÉNÉRALE

L'ŒDÈME MALIN CHARBONNEUX [1]

Par MM. Marcel CARRIEU,
Chef de clinique à la Faculté de Montpellier,
et Spyridion N. ŒCONOMOS,
Interne des hôpitaux.

VI

Formes cliniques. — La symptomatologie de l'œdème malin est, d'une façon générale, identique dans tous les cas, mais d'une part l'évolution, d'autre part le siège de cette affection lui donnent un cachet spécial de telle sorte que nous pouvons décrire des variétés de formes cliniques.

I. Formes évolutives. — Elles comprennent trois aspects cliniques différents entre lesquels on trouve tous les intermédiaires.

1° Dans la *forme suraiguë*, qui est rare, l'œdème débute très rapidement, aussitôt après l'inoculation ; il augmente à vue d'œil et s'étend rapidement sur toute la face et le tronc et la mort survient dans quarante-huit heures avec des symptômes de septicémie.

2° La *forme aiguë* est celle qu'on observe le plus souvent. Elle débute une à deux heures après l'inoculation, présente une marche moins rapide que la précédente et se termine par la mort au bout de cinq à six jours.

3° Enfin la *forme subaiguë ou chronique*, très rare, présente une phase d'incubation relativement longue (douze à vingt-quatre heures), une marche lente et une terminaison qui peut être la guérison, par régression progressive des symptômes ou la mort par septicémie au bout de dix à quinze jours.

II. Formes anatomiques. — Il y aurait de nombreux types suivant la région atteinte. C'est ainsi qu'on pourrait décrire séparément l'œdème malin du cou, de l'aisselle, de la région sous-maxillaire, du tronc, de la main, de l'avant-bras, etc. Il suffit pour connaître les caractères de l'œdème de se rapporter aux diverses modalités anatomiques du tissu cellulaire de la région : cet œdème donne successivement la sensation de mollesse, de flaccidité, de dureté, là où le tissu cellulaire est mou et sans graisses, aux paupières (par exemple) ; il est dur si le tissu cellulaire est dense et serré ; enfin dans les régions où le tissu cellulaire est lâche, l'œdème est élastique comme aux membres et aux joues.

VII

Diagnostic. — Il est souvent difficile au début surtout lorsqu'il n'est pas possible d'exercer de contrôle bactériologique. D'autres fois il est facilité par ce fait qu'un grand nombre des individus infectés sont prédisposés à l'infection charbonneuse par leur profession, et attirent souvent eux-mêmes l'attention du médecin sur cette affection qu'ils redoutent.

Ce diagnostic comprend, en général, deux problèmes à résoudre qui consistent : 1° à reconnaître l'œdème malin charbonneux, c'est le diagnostic positif ; et 2° à le différencier des autres affections qui peuvent le simuler, c'est le diagnostic différentiel.

I. Diagnostic positif. — Il doit se baser :

1° *Sur les commémoratifs :* profession, séjour à la campagne, élevage, industries et manipulations spéciales, épidémie charbonneuse, etc., ou fréquentation de gens se trouvant dans les conditions précédentes.

2° *Sur l'analyse détaillée* des troubles locaux et généraux signalés à la symptomatologie.

3° *Sur l'examen du sang.* — Dans l'œdème malin charbonneux le sang est noir, poisseux, se coagulant dès sa sortie des vaisseaux avec formation d'un caillot gelée de groseille. Au point de vue chimique Roger a constaté l'augmentation du glucose hématique dans des proportions notables.

Chauffard et Boidin ont fait la numération globulaire et le dosage de l'hémoglobine dans un cas d'œdème malin, ils ont constaté que les hématies, augmentées en nombre (plus de 5000000), au lieu de s'empiler, s'agglutinent en masses irrégulières, formant comme une gelée demi-fluide ; on voit alors des bactéridies dans les espaces clairs entre les amas globulaires. Le nombre des leucocytes est, lui aussi, rapidement augmenté dans leur cas (10000 le quatrième jour, 16400 le cinquième, 50000 le sixième). Enfin l'hémoglobine a atteint le chiffre de 113 p. 100 le sixième jour. Mais ces résultats de numération globulaire et de dosage de l'hémoglobine sont faussés par la concentration du sang due à l'œdème plus ou moins intense. Par contre le pourcentage globulaire est plus intéressant et montre une polynucléose intense pouvant arriver jusqu'à 92 p. 100.

Voici les résultats que nous avons obtenus dans notre cas :

Polynucléaires neutrophiles	82 p. 100
— basophiles	0
— éosinophiles	0
Grands mononucléaires	11 p. 100
Lymphocytes	3 p. 100
Formes de transition	4 p. 100

4° *Sur l'examen complet des urines* qui sont ordinairement peu abondantes. Dans notre cas leur quantité oscillait entre 750 centimètres cubes et 185 centimètres cubes ; elles étaient très denses (1.020 à 1025), foncées, acides, pauvres en urée (5 grammes par vingt-quatre heures) ; de plus elles contenaient des traces d'albumine, de l'urobiline en excès et de l'indican. Le sédiment examiné au microscope après centrifugation a révélé à Chauffard et à Boidin de rares leucocytes et l'existence de cellules endothéliales ainsi que de cristaux de phosphates ammoniaco-magnésiens, mais pas de cylindres.

5° *La recherche de la bactéridie charbonneuse* constitue le meilleur diagnostic — lorsqu'elle est positive — de l'œdème malin. On peut faire, soit l'examen direct de la sérosité de l'œdème, du sang ou même du liquide céphalo-rachidien, soit la culture,

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 76, p. 1253.

soit enfin l'inoculation aux animaux de ces différents liquides.

A. *Examen direct.* — *a.* Une goutte de sérosité et une goutte de sang, pris par piqûre de la pulpe du doigt, sont étalés sur lames suivant la technique habituelle puis, après fixation, colorés soit par une couleur basique d'aniline, soit par la méthode de Gram. On trouve, mais assez rarement dans le sang, des bacilles courts, à bouts coupés carrément, isolés ou en chaînettes de deux ou trois, et plus fréquemment dans la sérosité, des bâtonnets un peu plus longs.

b. Pollac, en 1912, et Praturius, en 1913, ont fait des ponctions lombaires chez des malades atteints de charbon interne au stade septicémique. Ces liquides, extraits quelques instants avant la terminaison fatale, étaient louches, verdâtres, avec culot de globules de sang. L'examen direct sur lames a révélé l'existence de la bactéridie charbonneuse, confirmée du reste par l'ensemencement sur agar et l'inoculation à la souris. Mais ce diagnostic bactériologique, qui peut d'ailleurs être contesté à cause de la présence du sang, perd de son importance, car on peut se demander si le résultat serait identique avant la période septicémique, aussi bien dans les cas de charbon intense que d'œdème malin.

B. *Cultures.* — a. *La sérosité* peut être ensemencée sur les milieux solides et liquides ordinaires. Le plus favorable est la gélatine qui donne par piqûre un trait blanchâtre avec filaments plantés perpendiculairement donnant l'aspect d'un sapin renversé ; par plaques, des filaments semblables à des cheveux enchevêtrés, avec début de liquéfaction dans les deux cas vers le cinquième ou sixième jour.

b. *Hémoculture.* — Le sang contenant moins de bacilles, on en ensemence 5 centimètres cubes environ dans un ballon renfermant 500 centimètres cubes de bouillon ordinaire. On obtient en vingt-quatre heures des flocons blanchâtres, avec ou sans trouble du bouillon, mais avec dégagement d'acides volatils.

C. *Inoculations.* — Le cobaye est l'animal de choix. On injecte 1 centimètre cube de sérosité d'œdème sous la peau de la cuisse et, douze ou quinze heures après, l'œdème fait son apparition, accompagné d'adénite et de fièvre. Vers la vingt-quatrième heure, l'œdème est énorme, l'état général s'aggrave et l'animal meurt avec dyspnée et hypothermie. On trouve à l'autopsie des œdèmes caractéristiques, avec congestion intense des organes et hémorragies. Le sang noir, poisseux (sang dissous), la pulpe splénique et l'œdème contiennent un très grand nombre de bactéridies.

Signalons encore que le bacille a été recherché également dans l'urine, sans succès par Chauffard et Boidin, et s'il a été trouvé dans les crachats et les matières fécales dans les cas de charbon interne, on n'en a jamais fait mention dans l'œdème malin charbonneux.

6° Enfin il ne faut pas passer sous silence l'application récente, au diagnostic de l'œdème malin, des *méthodes biologiques*.

a. *Agglutinines.* — Lambotte et Maréchal ont montré que le sérum humain non charbonneux peut agglutiner la bactéridie. Ces constatations ont été récemment contrôlées par Chauffard et Boidin qui ont essayé non seulement la méthode de Widal pour le bacille d'Eberth, mais encore celle de Griffon pour le pneumocoque.

b. *Précipitines.* — Ascoli a démontré, avec Valenti, que le contact d'un sérum spécial (sérum d'âne, immunisé progressivement par des cultures non virulentes de charbon), avec des extraits d'organes infectés par le charbon, produit un anneau trouble à la limite de ces deux liquides. Isabolinski et Paceviez ont obtenu ce précipité avec des extraits de rate, de foie, de rein, le sang, la sueur, etc. Cette méthode peut surtout rendre des services lorsqu'on a à vérifier le diagnostic après la mort, puisqu'elle peut encore être employée quand la putréfaction a détruit les bactéries.

c. *Fixation de complément.* — Ce procédé de diagnostic a été lui aussi usité dans les cas de charbon. « Mais, dit Jousset, les méthodes bactérioscopiques simples et directes l'emportent sur la réaction de fixation. La méthode de Bordet-Gengou doit être réservée à celles des maladies immunisantes dont le diagnostic bactériologique comporte des difficultés techniques particulières. »

Diagnostic différentiel. — On pourrait confondre l'œdème malin charbonneux avec :

1° L'*œdème malin pseudo-charbonneux de Rollet* qui revêt absolument la même allure clinique, mais qui est extrêmement rare et dont l'existence a même été niée. Du reste l'examen microscopique de la sérosité montrerait des streptocoques et des pneumocoques et non le bacille de Davaine.

2° L'*œdème bénin des paupières*, consécutif à une piqûre d'insecte, qui est caractérisé par le signe de Girouard. Cet auteur conseille, dans ce cas, de passer sur la peau un pinceau imbibé d'ammoniaque qui fera apparaître la piqûre comme une petite tache brune.

3° Les *œdèmes angio-neurotiques* qui apparaissent brusquement au réveil ; ils sont mous, incolores, apyrétiques, indolores et durent de vingt-quatre à trente-six heures en prenant des proportions énormes.

4° L'*emphysème des paupières* qui se reconnaît à son apparition brusque, à sa crépitation, à la progression de la lésion quand le malade se mouche, au son spécial, à la « chiquenaude ».

5° L'*œdème albuminurique de la face*, qui commence souvent au niveau des paupières, mais s'accompagne de bouffissure généralisée, de teint blafard et de tous les autres symptômes du brightisme.

6° L'*érysipèle au début* qui donne une fièvre plus vive et une réaction locale plus intense : rougeur, bourrelet caractéristique et sensation de chaleur mordicante.

7° L'*eczéma aigu.* — Il se distingue par son prurit, ses petites vésicules avec la sérosité qui s'en écoule et empèse le linge, sa présence en d'autres points du corps et ses antécédents.

8° Le *phlegmon diffus* causé par le streptocoque ou le staphylocoque est caractérisé par un début

brusque, des phénomènes généraux très intenses et de la tuméfaction diffuse, rouge et très douloureuse.

9° *La pustule maligne.* — Elle débute par une vésicule précédant l'escarre et reposant sur un noyau induré caractéristique et présente bientôt après une collerette de vésicules plus petits.

10° Enfin l'*orgelet*, le *furoncle*, le *chalazion enflammé* et la *fluxion dentaire* se reconnaissent par leur siège et les phénomènes inflammatoires qui les accompagnent.

VIII

Pronostic. — L'œdème malin charbonneux est une affection très grave étant donné surtout qu'on le compare volontiers à la pustule maligne. Raimbert croit qu'il est presque toujours mortel; sur huit malades il en a vu succomber six; il se demande même dans les cas de guérison qu'il rapporte si le diagnostic n'a pas été erroné. Par contre, Bourgeois, Thoinot, Girot, Chipault ont vu des malades guérir après avoir présenté les symptômes les plus graves. Comme signe de pronostic favorable, il faut signaler la *limitation de l'œdème*; d'après Pollosson si l'affection est restée stationnaire depuis deux jours on peut espérer voir se produire la guérison. D'autre part, sont de mauvais pronostics l'*extension rapide de l'œdème*, les *signes d'intoxication précoce* et surtout la *présence de la bactéridie dans le sang*. D'ailleurs le pronostic dépend aussi de l'*âge* du sujet (il est évident que la première enfance et la vieillesse diminuent les chances de guérison), de la *faiblesse constitutionnelle*, des *privations* et de la *misère physiologique*. Quant au *siège*, on admet que le charbon est d'autant plus grave que l'inoculation se fait dans le voisinage des vaisseaux et des nerfs d'organes très importants et sur les parties du corps richement pourvues de tissu cellulaire, où l'absorption du bacille et sa multiplication sont plus promptes et plus complètes.

IX

L'œdème malin charbonneux maladie ou accident professionnel? — Ce chapitre est d'une importance capitale à notre époque où les questions sociales ont pris une extension considérable. Il a été étudié en 1906 pour le charbon en général d'une façon très complète dans la thèse de Debray dont nous nous bornons à rapporter les conclusions :

Le charbon industriel, déterminé par la pénétration brusque et soudaine d'un germe infectieux dans l'organisme, doit rentrer dans les risques accidents et non dans les risques maladies.

Les cas de charbon, constatés chez les ouvriers manipulant des matières dangereuses, doivent être considérés comme s'étant produits par le fait et à l'occasion du travail.

La responsabilité patronale est parfaitement légitime, surtout si l'on considère que les cas de charbon constatés proviennent presque tous de marchandises d'origine étrangère importées pour les besoins de l'industrie.

Il est absolument indispensable que le charbon industriel, en vertu de la loi de 1898, fasse l'objet, comme accident du travail, d'une déclaration conforme à cette loi. Il suffirait d'adresser, dans ce but, des instructions spéciales aux inspecteurs du travail.

Une nomenclature des industries où les ouvriers sont exposés particulièrement au contact des produits charbonneux devrait être établie par les soins du ministère du Commerce et du Travail.

X

Traitement. — La thérapeutique de l'œdème malin doit être active, intense et rapide, à cause de la marche envahissante de cette affection. Ce traitement, comme celui du charbon en général, peut être prophylactique et curatif.

I. Traitement prophylactique. — Il a la plus grande importance étant donné le peu d'efficacité des moyens curatifs. Dans l'immense majorité des cas l'œdème malin est dû, comme on l'a vu plus haut, à la pénétration de la bactéridie charbonneuse à travers une solution de continuité des téguments; c'est dire qu'il faut *aseptiser soigneusement toute plaie suspecte et détruire tout ce qui a pu être souillé par le microorganisme pathogène*. Il est donc indispensable d'éviter toute contagion. Pour cela les cadavres des animaux charbonneux doivent être détruits ou du moins enfoncés profondément en terre et dans des endroits clos. Les matières industrielles d'origine animale suspecte doivent être désinfectées. Le malade atteint d'œdème malin sera isolé; ses déjections seront reçues dans des vases contenant des solutions antiseptiques (sulfate de cuivre à 5 p. 100, lait de chaux 20 p. 100, crésylol sodique à 5 p. 100); son linge et sa literie seront bien désinfectés; le cadavre sera enveloppé dans un linge imbibé d'eau phéniquée à 5 p. 100 et rapidement mis en bière. La chambre sera désinfectée au soufre; les gardes-malades prendront toutes les précautions antiseptiques habituelles.

Mais au premier rang des mesures préventives se place la *vaccination des troupeaux*. Cette méthode, due à Pasteur, est basée sur le principe de la non-récidive du charbon. Elle consiste dans l'*inoculation de bactéridies* dont la virulence est atténuée soit par le chauffage à 42 degrés (procédé de Pasteur), soit par l'action de l'oxygène comprimé (procédé de Chauveau), soit par les antiseptiques (Roux et Chamberland), soit enfin par la lumière (Arloing). Elle peut également être pratiquée par l'*inoculation de toxines charbonneuses*, procédé inventé par Toussaint, mais surtout étudié par Chamberland et Roux. Enfin on a tenté, avec des résultats plus ou moins heureux, d'immuniser avec du sang des animaux réfractaires au charbon (Ogata et Jasuara, Metchnikoff et Roux, etc.).

Mais la vaccination anticharbonneuse n'agit pas assez vite pour être utilisable comme moyen curatif. D'autre part, vu la rareté de l'œdème malin, elle ne trouve pas d'application pratique chez l'homme. Par contre, appliquée aux animaux, elle a rendu des services immenses.

II. Traitement curatif. — Aussitôt l'œdème malin

diagnostiqué, il faut intervenir d'urgence pour avoir quelque chance de guérison.

1° Le *traitement local* a été, pendant longtemps, la seule thérapeutique de l'œdème malin. Les substances qu'on a proposé d'appliquer au niveau de la région infectée sont nombreuses.

A la période du début de l'œdème malin on employait des substances astringentes et stimulantes comme la décoction d'écorces de chêne (Schwan), de feuilles de noyer pilées (Pomayrol), l'alcool camphré, le vin aromatique, etc.

A la période d'état on a généralement usé des caustiques : le nitrate d'argent ou la potasse en dilution (Bourgeois), l'emplâtre au sublimé (Raimberg), l'acide sulfurique (Guyon), le chlorure de zinc (Desprez), l'acide phénique ou la glycérine phéniquée au 1/40, la cautérisation ignée (Denonvilliers), les injections modificatrices, l'exérèse chirurgicale et l'incision suivie d'application de caustiques.

Actuellement beaucoup de ces méthodes ont été abandonnées, les unes en raison de leur peu d'activité, les autres à cause du danger réel qu'elles font courir aux malades ; deux procédés toutefois sont aujourd'hui communément employés, et souvent associés : cautérisations et injections modificatrices.

Le premier, préconisé depuis longtemps par Verneuil, consiste à pratiquer au thermocautère des pointes de feu nombreuses et profondes dans le tissu œdématié. C'est un traitement logique, relativement peu douloureux et pouvant donner de bons résultats tout à fait au début et surtout lorsqu'il est associé aux *injections modificatrices* loco dolenti.

Celles-ci ont été faites avec diverses substances dont deux surtout méritent d'être conservées : l'*iode* et l'*acide phénique*.

L'*iode* a été d'abord recommandé, en 1873, par Davaine, en solution iodée très étendue (à 1 pour 4000). A la suite on a employé soit une solution iodo-iodurée plus concentrée (1 à 2 pour 100, Verneuil), soit la teinture d'iode pure (thèse d'Anger), soit enfin la solution iodo-iodurée de Gram. La dose de teinture d'iode à injecter est de 2 à 4 centimètres cubes. Les injections sont faites dans la zone d'œdème, jusqu'à la limite des tissus sains, et répétées matin et soir. Le seul inconvénient de ces injections est d'être extrêmement douloureuses.

L'*acide phénique* en solution à 1 p. 100 a donné de bons résultats à Trélat et, depuis, trouvé de fervents défenseurs. On en injecte 2 à 3 centimètres cubes répartis en 8 et 10 injections. Cet agent tout en étant un puissant antiseptique n'est pas douloureux et il anestésie même la région injectée.

Enfin nous avons essayé sans résultat les injections interstitielles d'*eau oxygénée pure*, 4 à 5 centimètres cubes, qui cependant in vitro paraît être un des antiseptiques les plus puissants contre la bactéridie.

De toute cette étude détaillée sur le traitement local, on peut conclure qu'en pratique il faut associer la thermocautérisation aux injections modificatrices.

TRAITEMENT GÉNÉRAL. — Dans l'œdème malin, qui est caractérisé par sa tendance à la diffusion et à la généralisation, la bactéridie charbonneuse ne tarde pas à atteindre le torrent circulatoire ; dans ce cas, le traitement local est tout à fait insuffisant ; l'indication capitale est alors d'une part de tonifier l'organisme du malade par l'emploi des reconstituants, des toniques et des stimulants (alcool, quinquina, teinture d'iode v à xv gouttes) et d'autre part de lutter contre le microbe par des injections antiseptiques sous-cutanées et endoveineuses ou enfin par la sérothérapie.

Les antiseptiques généraux employés en injections hypodermiques sont nombreux ; tout d'abord on a conseillé des injections d'*électrargol*, 10 centimètres cubes, matin et soir. Tout récemment on a employé le *lipiodol* (injection intramusculaire 5 centimètres cubes) qui est une sorte d'huile iodée, peu toxique et contenant une grande quantité d'iode sous un petit volume ; le traitement sera répété à quelques jours d'intervalle jusqu'à guérison.

Dal Monte a employé avec succès les injections intraveineuses de *bichlorure de mercure*, mais son cas reste unique et on ne peut en tirer des conclusions fermes.

Le *salvarsan* a une valeur indiscutable expérimentalement, comme l'ont démontré les recherches de Schuster et de Laubenheimer. Mais cette efficacité thérapeutique n'est affirmée chez l'homme que par les deux faits de Bettmann et par le cas de Becker. Toutefois celui-ci a une grande valeur, puisqu'il s'agissait de septicémie démontrée par la culture du sang.

La sérothérapie anticharbonneuse. — Proposée simultanément par Sclavo, en Italie, et Marchoux, en France, en 1895, d'un usage courant à l'étranger, elle a été jusqu'à présent peu employée en France.

Pour obtenir un sérum utilisable en pratique, il faut préparer des animaux de forte taille ; à l'institut Pasteur de Paris, on se sert de chevaux (L. Boidin).

On connaît à l'heure actuelle un total de 7 cas de charbon guéris par la sérothérapie, alors que la septicémie était évidente. La guérison a été obtenue tantôt à la suite d'inoculations sous-cutanées quotidiennes répétées, tantôt après des injections intraveineuses massives. Mais souvent la sérothérapie ne peut arrêter la marche de l'infection et l'on a signalé plusieurs cas de charbon terminés par la mort, malgré l'injection de sérum anticharbonneux. Récemment Chauffard a utilisé un sérum anticharbonneux fourni par l'institut Pasteur et analogue à celui de Sclavo et l'a trouvé sans action dans un cas d'œdème malin. Il semble donc que, pour avoir des succès avec la sérothérapie, il faut agir le plus tôt possible, c'est-à-dire dans les vingt-quatre heures qui suivent l'inoculation.

Enfin il nous paraît utile de signaler, en terminant, une méthode de traitement basée sur ce fait que certains microbes entravent le développement de la bactéridie, soit par leur présence, soit par leurs toxines. Ainsi on a injecté le bacille pyocyanique (Bouchard) ou son produit, la pyocyanine (Karl Vaerst), le streptocoque de l'érysipèle (Emmerich), le pneumo-bacille de Friedlaender (Paulowski) ou leurs produits toxiques : cultures stérilisées de

pneumo-bacille (Buechner), toxines de la putréfaction (Kostzurine et Krainsky).

Tout récemment L. et Ch. Fortineau, reprenant les expériences de Bouchard et de Woodhead et Cartwight sur l'action des injections de toxine pyocyanique, vis-à-vis de l'infection charbonneuse du lapin, ont démontré qu'il était possible en opérant dans des conditions déterminées d'obtenir, à coup sûr, la guérison de l'infection charbonneuse expérimentale chez le cobaye, le lapin et le mouton.

Ils ont rapporté, à l'Académie des sciences, le 8 avril 1914, une statistique de 50 cas de charbon humain, dont 9 œdèmes malins et 41 pustules, soignés par leur méthode. Ils n'ont eu que cinq décès observés chez des malades tardivement traités et dont l'état général était déjà profondément atteint.

BIBLIOGRAPHIE

ALBA (F.). *Giorn. della Acad. di med. di Torino*, 1903.

ALPACO NOVELLO. *Gazz. med. di Torino*, 1900.

ARLOING. *Arch. de physiol.*, 1886.

ASCOLI. Diagnostic du charbon par la méthode de la précipitine, *Deut. med. Woch.*, fév. 1911.

AYNAUD. La sérothérapie anticharbonneuse, *Paris méd.*, 3 août et 28 sept. 1912.

BECKER. Le 606 dans le charbon, *Münch. med. Woch.*, janv. 1912.

BOUCHARD. *Pathologie générale.*

BATTIGNANI. *Gazz. degli osped. e delle clin.*, 1901 et 1903.

BELL. *The Lancet*, avril 1900.

BEHRING. Propriétés bactéricides du sang de rat, *Centralbl. f. klin. Med.*, 1888, p. 681; — Immunisation par le sérum de rat, *Zeit. f. Hyg.*, 1890, p. 465.

BETTMANN-LAUBERHEIMER. *Deut. med. Woch.*, 1912, n° 8, p. 349.

BOIDIN. *Recherches expérimentales sur les poisons de la bactéridie charbonneuse. Nature de la réaction locale dans l'œdème malin*, Th. de Paris, 1906; — *Presse méd.*, août 1912.

BOULIN. La septicémie charbonneuse professionnelle, *Bull. insp. du travail*, 1902, p. 454.

BOURGEOIS. *Arch. gén. de méd.*, 1843; — *Traité pratique de la pustule maligne et de l'œdème malin*, Paris 1861.

BUY. *Œdème malin des paupières*, Th. de Paris, 1881.

CARRIEU (M.) et ŒCONOMOS. Un cas d'œdème malin, *Montpellier méd.*, 1914.

CHAMBERLAND. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1894.

CHARCOT, BOUCHARD et BRISSAUD. *Traité de médecine.*

CHAUFFARD. Pustule maligne et œdème charbonneux, *Journ. de méd. interne*, juillet 1904.

CHAUFFARD et BOIDIN. Etude d'un cas d'infection charbonneuse, *Soc. méd. des hôpit.*, 1903.

CHAUVEAU. *C. r. de l'Acad. des sciences*, 1882 et 1884.

CHIPAULT. *Soc. de chir.*, 1883.

COLIN. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 6 juillet 1880.

CORNIL et BABES. *Les Bactéries.*

COURSERRAT. *France méd.*, 1885.

DAL MONTE. Un cas de charbon guéri par les injections endoveineuses de bichl. de Hg, *Il Policlinico*, 26 mai 1912.

DAVAINE. *C. r. de l'Acad. des sc.*, août 1864 et mars 1870.

DEBRAY. *Le charbon industriel maladie ou accident professionnel*, Th. de Paris, 1905-1906.

DELARBRE. Th. de Paris, 1908.

DESPRÉS. *Chirurgie journalière.*

DESCHAMPS. *Revue gén. d'ophtalmologie*, 1898.

DIEULAFOY. *Pathologie interne.*

DUJARDIN. *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1884.

DE CARALT. *Rev. de med. y cir.*, 1904.

DUCAMP. *Montpellier méd.*, 1895, p. 45.

DUPLAY et RECLUS. *Traité de chirurgie.*

ELSCHNIG. *Klin. Monat. f. Aug.*, 1893.

ENRIQUEZ et SERAFINI. Sur l'action du sang des animaux réfractaires injecté aux animaux sensibles au charbon, *Ann. de l'Inst. d'hyg. expérim. de l'Université de Rome*, 1891.

FISCHER. *Brit. med. Journ.*, avril 1890.

FORGUE. *Pathologie externe.*

FORTINEAU. Traitement curatif du charbon par la pyocyanase, *Gaz. méd. de Nantes*, 1910.

GAMALEIA. La vaccination charbonneuse, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1888.

GRASMANN. Sur le traitement du charbon, *Deut. med. Woch.*, 15 oct. 1908.

GROS et VAUTRIN. *Pathologie et clinique chirurgicale.*

GROVENY. *France méd.*, 1886.

GUBB. Note sur le traitement du charbon par le salvarsan, *Bull. méd. de l'Algérie*, juin 1912.

GUIPON. *La Maladie charbonneuse de l'homme*, 1867.

HAMMERSCHLAG. Histologie de l'œdème charbonneux, *Monat. f. prakt. Dermat.*, 1895.

HANKIN et WESBROOK. Sur les albumoses et les toxalbumines sécrétés par le bacille charbonneux, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1892.

HEINEMANE. Le charbon externe chez l'homme, *Deut. Zeit. f. Chir.*, oct. 1912.

HELBIG. *Le Traitement du charbon chez l'homme*, Th. de Königsberg, 1909.

ISABOLINSKI et PACEVIEZ. Sérodiagnostic du charbon d'après Ascoli, *Roussky Vratch*, mai 1912.

LUCAS. Charbon du cou, *Brit. med.*, 1893, p. 350.

MAC GREGOR. Un cas d'œdème malin, *The Indian med. Gaz.*, oct. 1911.

MARCHOUX. Sérum anticharbonneux, *Soc. de biol.*, 1895.

MARMIER. Sur la toxine charbonneuse, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1895.

MÉNÉTRIER. In *Traité de médecine* Brouardel et Gilbert, 1905.

MODOT. *Essai sur le traitement du charbon*, Th. de Paris, 1911.

MOREAU. Œdème malin, *Revue gén. d'ophtalmologie*, mai 1905.

PAGLIANI. Les résultats du traitement du charbon par le sérum de Sclavo, *Giorn. della Acad. di med. di Torino*, 1903.

PASTEUR. *C. r. de l'Acad. des sc.*, 1880 et 1881.

PICAUD. *Contribution à l'étude du traitement du charbon par les méthodes nouvelles*, Th. de Paris, 1907.

PIED. *Bull. méd.*, 27 déc. 1913.

POLLAC. Le diagnostic de l'infection charbonneuse par la ponction lombaire, *Wiener klin. Woch.*, oct. 1912.

POULET et BOUSQUET, *Pathologie externe.*

PRÄTURIUS. Diagnostic du charbon par l'examen du liquide céphalo-rachidien, *Petersb. med. Zeit.*, oct. 1913.

RAIMBERT. *Maladies charbonneuses.*

RODET. *Contribution à l'étude expérimentale du charbon bactéridien*, Th. de Lyon, 1881.

RASCOL. Th. de Paris, 1879.

ROGER. *Acad. des sc.*, 1893, et *Congrès de méd. de Nancy*, 1896.

RAYER. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1850.

ROMBOLOTTI. *Revue d'ophtalmologie*, 1898.

ROUX et CHAMBERLAND. *C r. de l'Acad. de méd.*, 1882 et 1884.

SCHMITT. *Contribution à l'étude de l'œdème malin des paupières*, Th. de Lyon, 1906.

SCHUSTER. *Münch. med. Woch.*, 1912, n° 7, p. 349.

SCLAVO. Sur l'état actuel de la sérothérapie anticharbonneuse, *Riv. d'ig. e sanita publ.*, 1903.

STRAUS. *Le Charbon des animaux et de l'homme*, Paris 1887.

THOINOT et GIROT. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1899.

TOUPET et LEBRET. Guérison d'un cas de charbon par le lipiodol, *Gaz. des hôpit.*, 1904.

TOUSSAINT. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1880.

VIANNAY. *Gaz. des hôpit.*, 1900.

VERNEUIL. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1881.

WOLFF et WIEWIOROWSKI. Contribution clinique et thérapeutique du charbon externe, *Münch. med. Woch.*, déc. 1911.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 8 JUILLET 1914)

L'anesthésie locale. — M. LEJARS reconnaît certains avantages de l'anesthésie locale, mais il lui reproche de prendre beaucoup de temps et de nécessiter un certain entraînement. Toutefois il lui reconnaît de grands avantages pour les interventions sur l'estomac, parce qu'elle supprime les complications ultérieures si fréquentes avec l'anesthésie générale chez les opérés pour affections gastriques.

M. WALTHER se sert de l'anesthésie locale pour certaines opérations d'appendicite, mais elle n'est pas toujours possible à cause des complications qu'on peut trouver dans les appendicectomies. Il est vrai que dans ces cas on peut toujours recourir secondairement à l'anesthésie générale. Il semblerait même que celle-ci fût simplifiée par l'anesthésie locale préalable. Peut-être, en effet, l'anesthésie locale a-t-elle une heureuse influence sur l'anesthésie générale. Toutefois quand l'appendicite est complexe et exige une assez large exploration, mieux vaut l'anesthésie générale.

Quand elle est possible, l'anesthésie locale a le grand avantage de supprimer les accidents ultérieurs et de permettre un retour immédiat des malades à leur état normal. Il serait peut-être inexact d'affirmer que l'anesthésie locale ne donne jamais lieu à aucun accident consécutif. M. Walther cite l'exemple d'un étudiant qu'il a opéré d'appendicite à l'anesthésie locale et qui a eu des malaises, des tendances lipothymiques, des vomissements. Il n'avait injecté que 20 centimètres cubes de la solution au 2/100. Il faut donc compter avec des cas d'intolérance particulière. Pourquoi ne recourons-nous pas plus souvent à l'anesthésie locale ? Elle est difficilement applicable aux enfants, aux sujets très impressionnables ; elle est lente, elle oblige à opérer plus lentement et fait perdre du temps, ce qui n'est pas sans importance dans certains services très chargés.

M. POZZI, en se plaçant au point de vue de la laparotomie, est de l'avis de MM. Quénu et Tuffier. L'anesthésie locale peut être employée pour les opérations simples, bien réglées, telles que les anus contre nature, les gastrostomies, les appendicites simples, certaines ablations d'annexes kystiques, de petits fibromes, mais dans beaucoup de laparotomies on est appelé à faire autre chose que ce qu'on se proposait de faire. Alors mieux vaut l'anesthésie générale. Il y a bien l'anesthésie mixte, mais il faut un certain temps pour passer de l'une à l'autre ; les malades peuvent faire quelques efforts ; il peut y avoir de l'éviscération. L'anesthésie générale doit donc rester la règle dans les laparotomies complexes.

M. Pozzi regrette que M. Reclus ne l'ait pas cité comme ayant été un des premiers à recourir à l'anesthésie locale. Il rappelle des travaux étrangers remontant à 1885. Quoi qu'il en soit, il peut reconnaître que M. Reclus a joué un rôle capital, primordial, dans l'histoire de l'anesthésie locale.

M. SCHWARTZ est devenu très rapidement partisan de l'anesthésie localisée, surtout depuis l'introduction de la novocaïne. Grâce à un élève de Reclus qui, dans le service de M. Schwartz, a introduit sa méthode, on y pratique couramment l'anesthésie locale avec de très bons résultats. Elle est d'abord de mise dans tous les cas où l'anesthésie générale est contre-indiquée, qu'il s'agisse d'amputations ou d'autres grandes opérations. Mais pour les laparotomies quelque peu complexes, avec MM. Quénu et Tuffier, M. Schwartz préfère l'anesthésie générale. Pour un grand nombre d'opérations, l'anesthésie locale rend de grands services et il faut féliciter M. Reclus de s'en être fait l'apôtre.

M. ROCHARD se réjouit doublement d'avoir entendu M. Reclus, d'abord à cause de son éloquence qui se fait trop rare à la Société de chirurgie, ensuite parce qu'il s'est montré, sur le fonds, plus mesuré, moins exclusif que M. Anselme Schwartz. En effet, l'anesthésie générale est encore pour M. Reclus l'ultima ratio. La croisade qu'en véritable Pierre l'Ermite il a entreprise en faveur de l'anesthésie locale a porté ses fruits. Il n'est pas un de nous qui ne le reconnaisse.

Pour toutes les opérations simples, c'est l'anesthésie de choix. Quant aux amputations de cuisse, si M. Rochard avait à subir une pareille mutilation, il demanderait qu'on lui donne du chloroforme et il ne serait pas tenté de revenir à cent ans en arrière, à l'époque où son grand-père se fit couper la cuisse avec sa seule pipe pour anesthésique. Il aimerait encore mieux le chloroforme avec ses risques qui n'ont rien de comparable avec ceux que courent les gens qui font de l'automobile, de l'aéroplane ou même seulement qui traversent la place Saint-Augustin. M. Rochard se fait donc le défenseur de l'anesthésie générale, la seule qui convienne aux laparotomies et à toutes les opérations compliquées. Il rappelle, à ce propos, ce qu'en disait Trélat. Quant à l'anesthésie locale, elle trouve des indications dans toutes les opérations réglées et elle est certainement appelée à rendre beaucoup de services.

M. MORESTIN estime que l'anesthésie locale peut et doit se substituer, dans un grand nombre de cas, à l'anesthésie générale, par exemple chez les sujets âgés ou débilités, dans les cas de hernies étranglées chez les vieillards, dans la chirurgie des membres, en particulier dans les opérations sur les doigts où la bague anesthésique rend les plus grands services. On peut encore élargir son domaine en l'appliquant aux opérations sur la cavité buccale, sur la voûte palatine, le voile du palais, dans les autoplasties, les rhinoplasties, les opérations sur la face, sur la langue, sur les lèvres, en agissant directement sur les origines nerveuses. L'anesthésie locale, dans les opérations sur la cavité buccale, est supérieure à l'anesthésie générale parce qu'elle supprime les complications pulmonaires consécutives. Toutefois, pour les opérations étendues, pour le cancer de la langue et l'ablation des ganglions, M. Morestin préfère l'anesthésie générale.

M. Morestin est resté fidèle à la cocaïne dont il trouve l'action plus énergique.

M. HARTMANN, d'accord avec M. Lejars, trouve l'anesthésie locale plus avantageuse dans la chirurgie gastrique parce qu'elle évite des complications ultérieures toujours possibles avec l'anesthésie générale.

M. RECLUS se défend d'avoir jamais voulu opposer l'anesthésie locale à l'anesthésie générale. Il reconnaît que celui qui inventerait aujourd'hui le chloroforme ferait encore une merveilleuse découverte. Il reconnaît donc à l'anesthésie générale tous ses avantages. Ce qu'il a voulu surtout démontrer c'est qu'il n'y avait pas à craindre l'emploi de la cocaïne. A l'époque où il s'est emparé de la question, on était prêt à l'abandonner complètement à cause des catastrophes qu'on a d'ailleurs beaucoup exagérées. N'a-t-on pas dit qu'à Lausanne un dentiste célèbre avait eu 176 morts sur 176 cas d'anesthésie par la cocaïne. M. Brouardel, dans un rapport à l'Académie, a signalé les grands dangers de la cocaïne. Marchand, ayant une fois essayé l'anesthésie locale, a failli perdre son malade et est venu le lendemain reprocher à M. Reclus d'être un « empoisonneur public ». Il avait violé une des règles fondamentales de l'anesthésie locale qui est de rester dans les doses maniables. Combien de fautes de ce genre ont été commises dans les premiers temps de l'anesthésie locale. Le procédé d'anesthésie plans par plans est aussi resté longtemps méconnu. On a dit aussi qu'avec la cocaïne on ne pouvait pas faire d'opérations sur les os. Erreur ! on ignorait le moyen d'anesthésier le périoste. Il se disait aussi qu'on ne pouvait toucher à la tête sans risquer une syncope. Autant d'erreurs.

D'après certains, on ne pouvait anesthésier à la cocaïne les tissus enflammés. Il est bien entendu qu'en matière d'anesthésie le dernier mot reste au chloroforme, merveilleux agent, mais qui a ses dangers. Il n'est pas exagéré de dire que les trois quarts des opérations peuvent être faites sous l'anesthésie locale qui, quand elle est bien menée, ne comporte aucun danger.

M. Reclus reprendra la question dans une des premières séances de la rentrée.

Estomac biloculaire. — M. Pozzi présente un malade qui était atteint d'un estomac biloculaire et auquel il a pratiqué une gastro-gastrostomie. Les radiographies de ce malade, avant et après l'opération, sont des plus suggestives. Avant, les deux lobes de l'estomac étaient réunis par un mince filet presque infranchissable. Après, on voit une large communication entre ces deux lobes. Le résultat clinique a été en rapport avec le résultat radiographique, c'est-à-dire tout à fait satisfaisant.

Constriction des mâchoires. — M. Morestin présente une jeune Bretonne qui était atteinte d'une constriction très serrée des mâchoires consécutive à un noma, lequel était consécutif à une rougeole. Il en était résulté des délabrements considérables de la joue, de la lèvre et toutes sortes de désordres, indépendamment de la constriction de la mâchoire que M. Morestin a merveilleusement réparés, par une série d'opérations, avec sa maîtrise habituelle.

ANALYSES

MÉDECINE

La glycosurie hypophysaire. (J. Camus et G. Roussy. *Paris méd.*, 4 avril 1914.) — Dès 1884, Lœb signale la coïncidence de la glycosurie et des tumeurs de l'hypophyse. P. Marie en 1886 trouve mentionnée la glycosurie dans la moitié des cas d'affections de l'hypophyse. Launoy et Roy en 1904 réunissent 16 observations d'acromégaliques ou de géants diabétiques porteurs d'une tumeur de l'hypophyse. Comment faut-il comprendre le mécanisme de cette glycosurie hypophysaire ? Pour certains auteurs la glycosurie est due à une modification de la sécrétion interne de l'hypophyse; pour d'autres, au contraire, elle résulte d'une irritation des centres de la base du cerveau par la tumeur hypophysaire. L'expérimentation conduit à des conclusions analogues et tout aussi divergentes. Pour Cushing, l'ablation du lobe postérieur de l'hypophyse provoque la glycosurie par diminution temporaire de la tolérance de l'organisme aux hydrates de carbone; cette phase n'est que temporaire et elle est d'ailleurs bientôt suivie d'une augmentation de cette tolérance; pour d'autres auteurs, le produit de sécrétion du lobe postérieur aurait un rôle essentiel sur le métabolisme des hydrates de carbone et la glycosurie hypophysaire résulterait bien ainsi d'un hypofonctionnement de l'hypophyse. Les auteurs après avoir enlevé l'hypophyse à 45 chiens n'ont observé la glycosurie que 6 fois et encore, sur ces 6 cas, 4 fois la base du cerveau avait été lésée; d'autre part ils n'ont jamais observé chez leurs opérés une modification appréciable de la tolérance aux hydrates de carbone, pas davantage qu'une modification sensible de cette tolérance sous l'influence de l'injection d'extraits totaux ou partiels d'hypophyse. Il résulte de ces recherches que la glycosurie postopératoire serait due à des lésions de la base du cerveau; quant à la glycosurie observée au cours des tumeurs de l'hypophyse, elle n'est pas encore expliquée d'une manière satisfaisante; il semble qu'il faille faire intervenir dans la pathogénie de cette glycosurie l'action de centres régulateurs placés dans la substance grise interpédonculaire.

J. MILHIT.

Tolérance paradoxale des diabétiques pour les hydrates de carbone. (Rathery. *Paris méd.*, 4 avril 1914.) — Chaque diabétique a son coefficient personnel d'utilisation pour les hydrates de carbone : ce coefficient est variable non seulement au point de vue quantitatif, mais encore au point de vue qualitatif. La recherche de ce coefficient d'assimilation est facile, théoriquement au moins; il suffit de priver le malade pendant une certaine période de toute alimentation hydrocarbonée : deux cas peuvent alors se produire : 1° le sucre disparaît : on donne alors pendant cinq jours au moins une quantité croissante d'un féculent; lorsque le sucre réapparaît on note la quantité maxima de cet hydrate de carbone qui ne provoque pas la glycosurie et qui représente le coefficient d'assimilation hydrocarbonée, il s'agit alors de diabète simple; 2° le sucre ne disparaît pas, il se maintient à un taux fixe; deux éventualités peuvent se produire : le sucre disparaît si l'on réduit légèrement la ration azotée, c'est le diabète mixte; la réduction azotée ne fait pas disparaître la glycosurie, c'est le diabète consomptif.

D'une manière générale, il y a parallélisme entre la quantité d'hydrates de carbone ingérée et la quantité de sucre excrétée; mais il n'en est pas toujours ainsi; c'est cette absence de corrélation que l'auteur décrit sous le nom de tolérance paradoxale. Dans le diabète simple, la tolérance paradoxale est de pronostic favorable; si le diabétique a un coefficient relativement élevé, mieux vaut le maintenir aglycosurique; si le diabétique a un coefficient assez bas, mieux vaut lui donner un régime moins sévère. Dans le diabète mixte, il y a intérêt à pouvoir augmenter la quantité d'hydrocarbones ingérée tout en réduisant l'alimentation azotée; dans le diabète consomptif, on calculera la quantité d'hydrates de carbone qui peut être ingérée par un malade sans que sa glycosurie s'élève de plus de quelques grammes et, dans ce cas, il y a tout intérêt à donner au malade cette quantité de féculents.

En résumé, l'on voit que la connaissance personnelle de cette tolérance paradoxale permet de donner au diabétique le maximum de féculents qu'il peut ingérer.

J. MILHIT.

CHIRURGIE

Blessures accidentelles de la portion descendante du duodénum pendant l'ablation du rein droit. (William J. Mayo. *Journ. Amer. med. Assoc.*, vol. LXIII, n° 5, 31 janv. 1914, pp. 343-345.) — Ces blessures ne peuvent survenir que s'il y a autour du pédicule une infiltration ayant amené des adhérences avec le duodénum, qui, là où il est en contact avec le pédicule, est aussi rétropéritonéal. Mayo a eu une fois un de ces cas et il en a vu deux autres. Tous sont produits de la même façon. Le pédicule infiltré se libère mal, les vaisseaux se rompent (surtout si on coupe l'artère la première) et pour arrêter l'hémorragie formidable on met tant bien que mal des clamps à mors résistants. Le duodénum est pris, la paroi se nécrose et, quelques jours plus tard, l'issue de bile, de suc pancréatique et de chyme annonce la production d'une fistule duodénale, éventualité extrêmement grave, même fatale dans tous les cas. Entre parenthèse, la veine cave est aussi blessée de cette façon dans certains cas. La compression digitale est la seule chose à employer dans ces cas d'hémorragie; elle est d'ailleurs plus commode et plus sûre que les clamps. Les cancers du bassinet sont ceux qui exposent le plus à la blessure accidentelle du duodénum ou de la veine cave; les hypernéphromes sont beaucoup moins dangereux. S'il se présentait un tel cas où on eût quelque possibilité d'opérer, il faudrait tâcher d'obturer la perte de substance duodénale et faire une jéjunostomie temporaire.

F. GARDNER.

Une nouvelle méthode pour le rétablissement de la continuité des trompes de Fallope ou du canal déférent. (S. L. Christian et E. L. Sanderson. *Journ. amer. med. Assoc.*, vol. LXI, n° 24, 13 déc. 1913, p. 2157.) — L'échec des opé-

rations plastiques sur la trompe et le canal déférent tient dans la presque totalité des cas à l'oblitération si fréquente au niveau de la suture. Les auteurs ont employé dans trois cas une technique très simple et qui semble devoir être efficace. Avant de suturer les extrémités coupées, on les rapproche et on insère dans la lumière (avec douceur, pour ne point traumatiser le revêtement épithélial) un morceau de catgut numéro 0, de manière à ce qu'il y en ait un centimètre dans chaque segment de part et d'autre de la suture qui réunit les deux bouts. On choisit du catgut chromique qui se résorbe en vingt jours, juste le temps qu'il faut pour que la cicatrisation soit complète et ne menace plus la perméabilité. Dans un cas où une trompe avait été enlevée et où l'autre était oblitérée, l'application de cette technique fut suivie de conception en quelques mois. F. GARDNER.

Traitement des fractures de la clavicule par la position de Couteaud et l'appareil de Soubeyran. (GRISOT. Thèse de Montpellier, 22 mai 1914.) — Les méthodes de traitement des fractures de la clavicule, employées jusqu'à nos jours par les chirurgiens, sont fort incomplètes et n'ont donné que des résultats peu satisfaisants.

M. le médecin général Couteaud a préconisé une méthode rationnelle qui fait retour aux procédés anciens décrits par Hippocrate et son école. Cette méthode est l'homologue de celle d'Hippocrate qui traitait ses fracturés par le repos sur un plan dur. Elle consiste à faire coucher le blessé au bord du lit, l'épaule malade portant à faux et le bras pendant hors du lit. (V. *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 100, p. 1191.)

A cette méthode, il faut faire un reproche : la longue durée d'une position fatigante (vingt et un jours).

La méthode de M. le professeur Soubeyran complète la position de Couteaud en ce qu'elle a de désavantageux. Elle permet au malade de se lever dès le quatrième jour et n'exige le décubitus dorsal qu'au moment du sommeil ou du repos.

Chez les malades dociles, il serait rationnel d'employer le traitement par la position de Couteaud qui donne des résultats esthétiques parfaits. Chez les autres, c'est-à-dire les enfants, les nerveux, employer de préférence la méthode mixte, c'est-à-dire le plâtre thoraco-brachial de Soubeyran, décrit dans le *Journal des praticiens* (1909, n° 8) et dans la thèse de Grisot. L. GAYARD.

HYDROLOGIE

La tension artérielle des arthritiques et ses modifications pendant la cure de Vichy. (H. MAUBAN (de Vichy); Paris 1914, G. Steinheil.) — Les poussées congestives étant assez fréquentes pendant les cures thermales de Vichy, M. Mauban a suivi, à l'oscillomètre de Pachon, la tension de tous les malades qu'il a eu à soigner. De l'étude de plus de 1500 observations, il a tiré les conclusions suivantes.

Dans la lithiase biliaire, les dyspepsies gastriques, le paludisme et l'insuffisance hépatique, la cure de Vichy abaisse régulièrement la tension bien qu'à un faible degré. Lorsqu'il existe de l'hypertension elle disparaît et il en est de même de l'hypotension.

Dans le diabète arthritique, les dyspepsies intestinales, l'arthritisme avec congestion du foie, l'hypertension est de règle et c'est sur elle que Vichy semble avoir l'action hypotensive la plus manifeste.

Enfin, dans l'asthénie en général, et la neurasthénie digestive en particulier, l'effet inverse est observé et le plus souvent la tension se relève d'une manière absolue.

L'auteur ne prétend pas que la cure de Vichy soit hypotensive, ni que le traitement alcalin agisse du fait de l'hypotension. Il s'agit d'une action de régulation très complexe. Il y a en effet d'abord une action générale du bicarbonate de soude, excitatrice du fonctionnement des glandes digestives. D'autre part, il y a une action presque spécifique de l'eau sur la cellule hépatique, d'où rénovation des fonctions multiples et primordiales jouées par cette cellule dans l'économie. La fonction glycogénique, la fonction biligénique, la fonction de désintoxication et les fonctions hématopoïétique et uréogénique sont ramenées à la normale.

Il faut aussi faire une place à l'action de régulation due aux changements d'habitudes, de milieu, de régime subis par le malade, et enfin à la régulation indirecte provoquée par l'hydrothérapie. Cette dernière vient fournir son appoint en facilitant la décongestion de certains organes et en activant le fonctionnement de la peau.

Les observations sur lesquelles se base le très intéressant travail de M. Mauban se répartissent ainsi : diabète, 198 observations ; lithiase biliaire, 248 observations ; dyspepsie gastrique, 108 observations ; dyspepsie intestinale, 100 observations ; paludisme, 33 observations ; arthritisme en général, 191 observations ; insuffisance hépatique, 84 observations ; asthénie digestive, 95 observations.

En résumé, la cure de Vichy agit de façon indéniable sur la tension artérielle, mais non par une action directe sur le système circulatoire, ce qui, dit l'auteur, serait un non-sens ou un paradoxe ; elle opère par l'intermédiaire du tube digestif qu'elle régularise et du foie auquel elle rend une activité oubliée. A. GAULLIEUR L'HARDY.

Valeur thérapeutique des gaz rares et des émanations radio-actives des eaux minérales. (A. PIATOT (de Bourbon-Lancy). Paris, édition de la *Gazette des eaux*.) — Après avoir décrit le pavillon de humage construit à Bourbon-Lancy sur la source du Lymbe et montré qu'il constitue le premier humage radioactif, le premier émanatoire naturel qui ait été installé, M. Piatot tire les conclusions suivantes de son importante étude.

La complexité des cures thermales, la complexité de composition des eaux minérales ne permettent pas d'attribuer leur mode d'action exclusif à un quelconque des éléments dont elles se composent ; pour l'étude des gaz rares et des émanations radioactives, il faut au point de vue thérapeutique envisager le débit gazeux des sources, établir la puissance radioactive en « curies » et se pénétrer de la notion de l' « hororadioactivité ».

Aucun fait précis, expérimental ou clinique, n'est venu apporter la preuve de la valeur thérapeutique de l'azote des sources thermales, des gaz rares et, en particulier, de l'hélium.

L'émanation du radium constitue la cause primordiale et unique de l'immense majorité des eaux minérales : son action physiologique a été bien étudiée ; de même son action thérapeutique, qui est surtout fonction de sédation. Son rôle dans les phénomènes intimes de la nutrition des goutteux, son pouvoir d'élimination de l'acide urique, notamment, est contestable ; d'où nécessité de nouvelles recherches. Par contre, son action thérapeutique globale ne peut être mise en doute ; elle est avant tout sédative.

L'étude attentive des propriétés thérapeutiques des gaz thermaux pourra seule résoudre le problème. Les gaz thermaux sont un mélange de gaz rares et d'émanations radioactives associées, suivant les stations, à l'anhydride carbonique, à l'azote et à l'hydrogène sulfuré, à l'azote seul.

Les étuves spontanées et les humages sont les deux applications hydrominérales susceptibles de faire apprécier la valeur thérapeutique des dégagements gazeux. La valeur thérapeutique des humages de Luchon, des salles d'aspiration du Mont-Dore est établie de manière indiscutable depuis nombre d'années. Mais c'est encore ici un mode d'application complexe ; à l'action des gaz rares et des émanations radioactives, se joint celle de l'hydrogène sulfuré ou de l'acide carbonique thermal. Les stations comme Néris et *Bourbon-Lancy*, qui ont un fort débit gazeux, une radioactivité suffisante et beaucoup d'hélium, qui ne contiennent, en outre, que l'azote, gaz inerte, pourront, par des installations de

humages, contribuer à résoudre le problème si obscur de la radioactivité des eaux minérales.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Etude physio-pathologique sur l'action des eaux de Beaucens (Hautes Pyrénées) dans la goutte, le rhumatisme et la sciatique. (A. FRAIKIN. Paris, édition de la *Gazette des eaux*.) — Les eaux de Beaucens (Hautes-Pyrénées) ont une action thérapeutique remarquable sur la goutte, le rhumatisme et surtout la sciatique, et le docteur Fraikin s'attache à élucider dans son étude le mécanisme de cette action si manifeste. Pour cela, il commence par choisir, dans la longue série des malades traités et guéris, cinq observations types concernant des sujets atteints de goutte, de rhumatisme, de lumbago, de sciatique aiguë et chronique.

Notre confrère fait d'abord intervenir comme mode d'action l'élément congestif, cette congestion étant surtout élective quant au membre atteint. Il lui semble logique et physiologique d'admettre que les vasa nervorum situés à l'intérieur du nerf sciatique, en se congestionnant et en se dilatant, étirent mécaniquement, éparpillent et allongent les filets nerveux. Il se produirait là une action mécanique analogue à celle que l'on obtient par l'élongation du sciatique ou par les injections d'air au voisinage du tronc nerveux, procédés qui agissent par le mécanisme exposé ci-dessus. Ceci explique comment les malades qui souffrent le plus, ceux dont la crise thermale est intense, dont le sciatique est le plus « travaillé », sont aussi ceux qui guérissent le mieux et dont la guérison est le plus durable.

Mais ce n'est là qu'un des éléments de la crise, et en faisant une large part aux inconnues qui restent encore à résoudre dans ce problème si complexe, le docteur Fraikin suppose que l'on peut établir schématiquement l'action des eaux de Beaucens de la façon suivante :

I. *Action générale* sur la diathèse arthritique par leur composition générale et par leurs éléments radio-actifs (rayons α).

II. *Action locale*, d'abord par la congestion veineuse et, d'autre part, grâce à l'influence radiumthérapique sur les éléments cellulaires (rayons γ).

Quoi qu'il en soit de ces explications au point de vue théorique, il n'en demeure pas moins acquis, et cela résulte des observations citées par M. Fraikin, que les eaux de Beaucens ont une action très nettement élective sur la sciatique et qu'elles contituent une note toute particulière dans la gamme si riche et si variée des stations thermales des Pyrénées.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Les indications thérapeutiques des eaux de Cauterets. (ARMENGAUD. Paris, A. Maloine.) — Dans cette brochure notre confrère étudie l'action physiologique des eaux de la célèbre station, leurs indications thérapeutiques et leurs modes d'administration.

De cette consciencieuse et très claire étude nous extrairons quelques notions relatives à l'action physiologique.

D'une manière générale, les eaux de Cauterets ont une action tonique, extrêmement graduée suivant les sources.

C'est le soufre, un des éléments fondamentaux de notre organisme, qui donne à ces eaux leur véritable individualité. Un produit sulfuré est en effet d'autant plus actif qu'il est moins oxygéné et c'est ce qui explique l'activité des eaux sulfureuses, qui contiennent des produits non oxygénés, soufre colloïdal, hydrogène sulfuré, sulfures alcalins.

Les eaux de Cauterets trouvent leur application dans les syndromes pathologiques intéressant la peau, les articulations et les voies respiratoires, lesquels s'accompagnent d'une notable déperdition de soufre, et il en est de même chez les anémiques, les lymphatiques, les neurasthéniques. Le professeur Albert Robin a montré notamment que l'usage interne d'eau sulfureuse arrête la déperdition calcique. D'autre part, le soufre joue un rôle antitoxique et apporte une stimulation active aux glandes digestives, foie et pancréas.

D'autres éléments que le soufre interviennent d'ailleurs : l'action catalytique due aux ferments métalliques, l'état électrique, la radio-activité, l'état naissant, la thermalité. Enfin, à côté de l'action tonique se place l'action diurétique très considérable.

En résumé, l'action physiologique de l'eau de Cauterets peut se traduire ainsi : action favorisante sur le métabolisme du soufre, action dynamisante sur la nutrition générale avec action élective sur les voies respiratoires, action de reminéralisation et action de désintoxication.

Aussi les eaux de Cauterets s'administrent-elles surtout en boisson, l'action externe n'étant considérée que comme une médication adjuvante. Il ne faudrait cependant pas pour cela oublier les bénéfices que l'on tire des gargarismes, des humages, des insufflations tubo-tympaniques, des lavages du nez et du cavum, des bains et des douches.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de microscopie clinique (1), par Ch. LESIEUR et M. FAVRE.

Les auteurs ont, disent-ils dans leur préface, été tentés par la difficulté de la tâche ; on doit les féliciter d'y avoir réussi. Ce livre contient, en résumé, la technique et les résultats de l'examen microscopique (histologie et bactériologie), utiles en clinique : sang, liquide céphalo-rachidien, épanchement, excrétion, comprenant non seulement urines et matières, mais encore sécrétions oculaires, nasales, auriculaires, bucco-pharyngées, liquide gastrique, bile, lait, produits d'origine génitale. Enfin, l'ouvrage se termine par une étude de la peau et des muqueuses accessibles, des fausses membranes, des expectorations et du pus de liquides puriformes. Ce livre réunit donc, sous un format commode, une foule de renseignements, épars jusqu'ici ; la plupart des figures sont empruntées aux travaux des différents auteurs qui ont écrit sur les questions résumées ici.

L. ALQUIER.

Manuel de cystoscopie (2), par E. PAPIN.
Préface de M. Legueu.

« Quel est le meilleur ouvrage français de cystoscopie ? » demandait-on bien souvent à l'auteur qui ne pouvait répondre, car il n'en connaissait aucun. Depuis a paru le beau volume de Luys que j'ai analysé ici même. Mais excès de bien ne nuit pas, et l'ouvrage de Papin ne fera pas double emploi, car sa caractéristique est d'exposer la pratique de la cystoscopie telle qu'elle est utilisée à Necker.

On ne peut éviter, en parcourant ces livres, de se reporter à l'époque où la cystoscopie commençait à peine à se faire une place dans l'exploration urinaire, où Janet nous initiait à ses mystères ; son grand triomphe était alors le diagnostic des tumeurs vésicales et celui des hématuries rénales. Que de chemin parcouru depuis cette époque ! Technique et instrumentation se sont transformées ; l'invention d'un appareil pratique destiné au cathéthérisme de l'uretère a donné à l'endoscopie vésicale une impulsion dont nous pouvons apprécier les résultats ; et l'on peut dire que l'invention de l'onglet, où Collin voyait une réminiscence d'un vieil instrument de Leroy d'Etioles, a été le point de départ d'une révolution bienfaisante.

(1) Un vol. de la collection Testut de 788 pages, 305 fig. et 24 planches en couleurs. — Prix : 18 francs. — Paris, O. Doin.

(2) Un vol. de 330 pages. — Paris, Gittler.

C'est pour ceux qui veulent s'initier à cette pratique spéciale que Papin a écrit ce petit livre qui sera, dit Legueu, comme le catéchisme de la cystoscopie. Il est illustré de figures nombreuses et soigneusement choisies qui en rendent la lecture des plus aisées. L. IMBERT.

Maladies de la gorge, du larynx, des oreilles et du nez (1), par E. J. MOURE et A. BRINDEL.

Le format agrandi de ce manuel montre, suivant l'expression courante, que cette seconde édition a été remaniée et considérablement augmentée. Il n'en pouvait être autrement avec les progrès de l'œsophagoscopie et de la trachéoscopie, de la laryngostomie, des études labyrinthiques, tant au point de vue fonctionnel qu'au point de vue chirurgical. Autant de nouveaux chapitres ou de chapitres retouchés et mis au point avec de nouvelles figures qui allègent et précisent le contexte. De plus les traitements indiqués, comme les opérations décrites, sont le résultat de l'expérience pratique des auteurs, essais contrôlés des méthodes proposées ou modifications personnelles. Cette expérience, augmentée encore par le temps, donne un nouvel intérêt à cette seconde édition où iront la chercher de nombreux élèves. J. FOURNIÉ.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Supprimer de l'alimentation toutes les substances riches en toxines : bouillons, viandes (surtout les viandes faisandées ou peu cuites), poissons (surtout les poissons de mer), gibier, conserves alimentaires, fromages faits, sel en trop grande quantité. Interdire le thé, café, liqueurs, bières fortes, vin en excès, tabac.

Comme médicaments, prescrire passagèrement la trinitrine aux doses progressives de VI à XII gouttes de la solution au centième, puis : vingt jours par mois, 2 cachets de Théosalvose phosphatée (1 cachet matin et soir); les dix autres jours, iodure de potassium (1 à 3 grammes) et ainsi de suite.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 5, mai 1914.) HARTMAN : Sténose hypertrophique du pylore chez l'adulte. — SURMONT et DEHON : Les hyperchlorhydries éliminatrices liées à la rétention chlorurée. — HERNANDO : Anachlorhydrie et lithiase biliaire. — WASSERTHAL : Les matières dialysables du contenu stomacal décelables par la réaction de la ninhydrine.

Archives de médecine et de pharmacie navales. — (N° 5, mai 1914.) CHASTANG : Comptes rendus de parasitologie. — PLAZY : Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par le néosalvarsan (*fin*). — CHEMIN : Des influences diverses qui se sont exercées, à travers les âges, sur le développement et l'enseignement de la médecine au Japon (*suite*). — GOÉRÉ : Contribution à l'étude des affections paratyphiques et à la connaissance bactériologique des germes du groupe coli-Eberth (*fin*). — DE CHAMPEAUX : Commotion violente par coup de canon ayant amené une surdité subite à gauche et une diminution considérable de l'ouïe à droite. Troubles d'équilibration.

(1) Un vol., 2e édition. — Paris, O. Doin et fils.

Medical Record. — (Vol. LXXXV, n° 17, 25 avril 1914.) Lafayette B. MENDEL : La valeur nutritive des différentes espèces de substances alimentaires. — Graham LUSK : L'aliment envisagé au point de vue de l'énergie. — William N. BERKELEY : Les résultats d'une expérience clinique de trois années concernant un nouveau sérum contre le cancer. — Stella S. BRADFORD : Le rôle de l'exercice dans le traitement de la viscéroptose avec une étude spéciale du système de W. Curtes Adams. — Thomas J. MAYS : La proportion des morts par tuberculose a-t-elle diminué récemment. — Howard A. KNOX : Une étude comparative des facultés imaginatives dans les insuffisances mentales. — M. J. SITTENFIELD : Récents progrès dans l'étude de la pathogénie du cancer. — Beverley ROBINSON : La valeur du diagnostic exact dans une maladie. — Gustav F. BOEHME : « Tango-Foot ». — (N° 18, 2 mai.) Charles Clyde SUTTER : Le développement des réactions de fixation du complément. — I. W. STEPHENSON : Le traitement intensif de la syphilis du système nerveux par les injections intraveineuses de néosalvarsan et les frictions mercurielles. — Edwin W. DWIGHT : La valeur des petites catégories. — David WEBSTER : Un cas d'endophlébite de la veine centrale de la rétine suivie de glaucome aigu. — James S. FORD : Traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel. — Sigmund EPTEIN : L'artériosclérose telle que la voit l'orthopédiste. — S. E. PEUDENTER : Une attelle nasale externe simple et efficace. — Willis BALLARD : Déchirure du col utérin et irritation réflexe. — Wm. H. BESC : Le salvarsan dans les maladies non syphilitiques. Étude préliminaire. — (N° 19, 9 mai.) Percy Willard ROBERTS : La conduite à tenir dans les ostéoarthrites chroniques. — Robert T. MORRIS : Réglons la question du rein flottant. — Charles Aubrey BUCKLIN : Traitement chirurgical pour la réduction du vide causé par les obstructions nasales. — H. Clifton LUKE : Anesthésie rectale au mélange d'huile-éther. Quelques considérations théoriques. — Max HUHNER : Le diagnostic scientifique et pratique et le traitement de la stérilité chez l'homme et la femme. — Morris H. KAHN : Quatre cas de myélome multiple. — H. H. AMSDEN : Un cas d'angine de Vincent traité par le néosalvarsan. — Charles F. D'ARTOIS-FRANCIS : Un traitement biologique du cancer. — (N° 20, 16 mai.) G. A. FRIEDMAN : La valeur de la polycythémie pour le diagnostic de l'ulcère duodénal, basée sur 16 cas prouvés opératoirement. — William J. M. A. MALONEY et Victor E. SORAPURE : Note sur un support mécanique pour le pied dans l'ataxie locomotrice. — A. R. SOLENBERGER : Prophylaxie de la tuberculose laryngée. — Adam KEMBLE : Prostatite chronique. — J. M. W. KITCHEN : Les bactéries et les proliférations bactériennes dans les produits de laiterie. Les problèmes qui s'y rapportent et leur solution. — Edgar BIRDSALL : La radiothérapie des myomes. — T. D. CROTHERS : Voix et manières dans la pratique médicale.

Paris médical. — (N° 22, 2 mai 1914.) GRÉGOIRE et DORÉ : Les maladies des voies urinaires en 1914. — ACHARD : La signification des divers procédés d'exploration fonctionnelle du rein. — MARION : Traitement des calculs rénaux. — CARLIER : La prostatectomie en deux temps. — CHEVASSU : Les progrès dus à l'application de la constante d'Ambard en chirurgie urinaire. — ELIOT : Histoire de la taille.

Province médicale. — (N° 21, 23 mai 1914.) J. BRAULT et A. VIGUIER (d'Alger) : Kérion dû au « trichophyton granulosum » observé à Alger. — E. MAUREL : Contribution à l'étude expérimentale du chlorhydrate d'émétine. Applications thérapeutiques. — (N° 22, 30 mai.) NICOLAS, MOUTOT et GATÉ (de Lyon) : Deux cas de syphilis cranienne à larges séquestres. — L. HAYEM (de Marseille) : La cure radicale de la hernie crurale par la voie inguinale.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 80. — MARDI 14 ET JEUDI 16 JUIL. 1914. 87e ANNÉE. MARDI 14 ET JEUDI 16 JUIL. 1914. — N° 80.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 10 francs par an.
Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Un concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine vacantes le 1er mars 1915 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris aura lieu le lundi 21 septembre 1914 à quatre heures précises, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à quinze heures, du samedi 1er août au lundi 31 août 1914 inclusivement.

Avis spécial. — Par exception, les candidats qui doivent être appelés sous les drapeaux à la fin de l'année sont appelés à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

— Concours du prosectorat. — Le jury est définitivement composé de MM. Dujarier, Launay, Mauclaire, Legry, Claisse, Sébileau et Reclus.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Un concours pour la nomination à une place de chef de laboratoire à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts sera ouvert le lundi 27 juillet 1914, à neuf heures du matin, dans la salle des opérations de la clinique, rue de Charenton, n° 28.

MM. les docteurs qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire à la Direction de l'hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, n° 28, de dix heures à midi, jusqu'au lundi 13 juillet, à midi.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bayeux. — Le lundi 14 septembre 1914, à neuf heures du matin, sera ouvert un concours pour la nomination d'un médecin en chef et d'un médecin adjoint à l'hôpital.

Les candidats devront se faire inscrire à la Direction des hospices de Bayeux, avant le 1er septembre prochain.

— Grenoble. — Les concours pour une place de médecin des hôpitaux et une place d'urologiste des hôpitaux de Grenoble ont eu lieu cette année à Bordeaux, ville de faculté désignée par un tirage au sort.

M. Martin-Sisteron a été nommé médecin des hôpitaux.

M. Morley a été nommé urologiste des hôpitaux.

— Lyon. — *Concours d'internat.* — Le lundi 12 octobre 1914 aura lieu, à l'hôpital Saint-Joseph de Lyon, rue Parmentier, 7, devant le Conseil d'administration, assisté d'un jury médical, un concours public pour la nomination de deux élèves internes nécessaires au service de l'hôpital. Ils seront nommés pour deux ans.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'hôpital, jusqu'au 10 octobre inclus.

Concours d'externat. — Un concours public pour la nomination d'élèves externes nécessaires au service de l'hôpital, et dont le nombre pourra varier de deux à sept, aura lieu le jeudi 15 octobre 1914. Les inscriptions seront reçues, 7, rue Parmentier, jusqu'au 13 octobre inclus.

— Marseille. — Le lundi 5 octobre 1914, à neuf heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour dix places d'élèves internes.

Nul ne pourra concourir pour l'internat en médecine s'il n'est externe titulaire des hôpitaux de Marseille.

Les internes et les externes des hôpitaux annexés à une faculté de médecine continueront à pouvoir se présenter directement à l'internat sans passer par l'externat des hôpitaux de Marseille.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices à l'Hôtel-Dieu et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence et un certificat de revaccination récente. Ils auront de plus à justifier du nombre de huit inscriptions de médecine (nouveau régime). La liste sera close le lundi précédant le jour du concours (terme de rigueur).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les concours du clinicat se sont terminés par les nominations suivantes :

Gynécologie. — Chef de clinique adjoint, M. Séjournet.

Ophtalmologie. — Chef de clinique titulaire, M. Bourdier ; adjoints, MM. Prélat et Toulant.

Infantile. — Chef de clinique titulaire, M. Stévenin ; adjoints, MM. Sevestre et Desmoulin.

Maladies mentales. — Chefs de clinique titulaires, MM. Gallois et Genil Perrin ; adjoints, MM. Pinchon et Bessière,

Maladies nerveuses. — Chef de clinique titulaire, M. Pélissier; adjoint, M. Ferry.

Maladies cutanées et syphilitiques. — Chef de clinique titulaire, M. Brin; adjoint, M. Jacob.

Médical. — Chefs de clinique titulaires, MM. Chabrol, Flandin, du Castel et Benard; adjoints, MM. Saint-Girons, Huber et Rolland.

Thérapeutique. — Chef de clinique titulaire, M. Lyon Caen, adjoint, M. Sourdel.

SECTION MÉDICALE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS DE PARIS. — Nous recevons la communication suivante :

« Vœux présentés au Congrès de Nancy par M. Maurice Viateau, président de la Section médicale de l'Association générale de Paris.

I. *Au point de vue scolaire.* — *a.* Que la liberté du stage hospitalier soit étendue afin que tout chef de service puisse recevoir des stagiaires;

b. Que le nombre maximum des stagiaires admis dans un même service soit désormais fixé à quinze;

c. Que le stage obligatoire dans un même service n'excède point la durée d'un semestre (les étudiants de première année soumis au nouveau régime d'études se plaignent d'être tenus de rester toute l'année dans le même service);

d. Que le délai d'ajournement aux examens soit reporté à six semaines après un premier échec, à trois mois au deuxième, à six mois au troisième et à un an au quatrième échec;

e. Que soit définitivement repoussée toute tentative de création d'un doctorat en médecine avec mention « chirurgie dentaire »;

II. *Sur la question des étrangers.* — *a.* Que les étudiants étrangers admis au concours de l'Internat soient nommés internes hors cadre mais *à leur rang*;

b. Que les pouvoirs publics se montrent plus difficiles pour la transformation du doctorat d'université en doctorat d'État, en limitant au besoin le nombre des étrangers admis à s'établir médecins en France;

c. Que les étrangers désireux d'exercer en France la médecine soient soumis à toutes les obligations du service militaire *actif* à quelque âge qu'ils sollicitent leur naturalisation.

III. *Sur la question militaire.* — Que la circulaire Troussaint soit immédiatement rapportée et que les étudiants en médecine soient versés à l'infirmerie après une période d'exercices maxima de deux mois.

(D'après cette circulaire, les étudiants des nouvelles classes ne doivent être versés à l'infirmerie qu'après un an de service armé au lieu de six semaines ainsi que la coutume s'était établie.)

Ces vœux ont été adoptés à l'unanimité par l'assemblée générale de l'Union nationale des associations générales d'étudiants.

Ils sont actuellement déposés au ministère de l'Instruction publique. »

MAURICE VIATEAU,
Président de la section médicale de l'A. G.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Philippe Joseph Durante père (de Paris).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 13 AU 18 JUILLET 1914

THÈSES

Samedi 18 juillet, à une heure. — Mlle DE MARSILLY DU VERDIER. Contribution à l'étude de la bronchectasie dans ses rapports avec l'hérédo-syphilis. (MM. Hutinel, président; Chauffard, Achard et Rathery.) — M. ANDRÉOLI. Pronostic de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris. (MM. Hutinel, président; Chauffard, Achard et Rathery.) — M. HAMON. La contraction galvanotonique au cours de la réaction de dégénérescence. (MM. Chauffard, président; Hutinel, Achard et Rathery.) — M. HUGON. Tuberculose et mariage. (MM. Achard, président; Hutinel, Chauffard et Rathery.) — M. CHAKHINE. L'opothérapie thyroïdienne en gynécologie. (MM. Pozzi, président; Alb. Robin, Quénu et Lenormant.) — Mme PINESS. Des hémorragies utérines chez les obèses. (MM. Alb. Robin, président; Pozzi, Quénu et Lenormant.) — M. HERVÉ. De la création d'un vagin artificiel, par abouchement à la vulve d'une anse de l'iléon. (MM. Quénu, président; Pozzi, Alb. Robin et Lenormand.) — M. LAVAUX. Essai sur le cancer secondaire de l'orbite. (MM. de Lapersonne, président; Lejars, Desgrez et Richaud.) — Mme CHIC. Angiomes de la conjonctive. (MM. de Lapersonne, président; Lejars, Desgrez et Richaud.) — Mlle GRIMSBOURG. Sur la fréquence du siège dans le troisième espace intercostal gauche du bruit de souffle du rétrécissement pulmonaire. (MM. Gilbert, président; Jeanselme, Roussy et Maurice Villaret.) — M. BLUMZWEIG. La talalgie au cours du diabète. (MM. Gilbert, président; Jeanselme, Roussy et Maurice Villaret.) — M. GRELLIER. L'appareil circulatoire au cours de l'acromégalie. (MM. Gilbert, président; Jeanselme, Roussy et Maurice Villaret.) — M. TIPHINE. Contribution à l'étude des atrophiques floréoles. (MM. Gilbert, président; Jeanselme, Roussy et Maurice Villaret.) — M. DE BONNY DE LAVERGNE. Paralysie générale et grossesse. (MM. Gilbert Ballet, président; Besançon, Castaigne et Ribierre.) — M. NICAUD. La paraplégie en flexion. (MM. Gilbert Ballet, président; Besançon, Castaigne et Ribierre.) — M. LÉVY. La psychose d'influence. (MM. Gilbert Ballet, président; Besançon, Castaigne et Ribierre.) — M. GIRAUD. Contribution à l'étude du cancer de l'anse sigmoïde. Etude clinique et diagnostique. (MM. Widal, président; Maillard, Champy et Gougerot.) — Mlle BIELORESOV. Contribution à l'étude de complications pulmonaire et au cœur, de l'anévrisme de l'aorte. (MM. Widal, président; Maillard, Gougerot et Champy.) — M. MOYER. Des formes anémo-cliniques de la tuberculose sténosante de l'intestin grêle. (MM. Widal, président; Maillard, Gougerot et Champy.)

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS LE POULS LENT PERMANENT

Un granule à 1/10 de milligramme de digitaline Nativelle ou v gouttes de la solution au millième 4 à 6 jours de suite. Interrompre autant et reprendre.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal médical français. — (N° 5, 15 mai 1914.) Numéro entièrement consacré à l'hypertension intracranienne.

Lyon médical. — (N° 21, 24 mai 1914.) ARCELIN et GIULIANI : Utilisation des courants de haute fréquence en urologie. — (N° 22, 31 mai.) L. BÉRIEL : Remarques cliniques sur les syndromes bulbaires supérieurs.

Marseille médical. — (N° 10, 15 mai 1914.) LATIL et BEISSON : Contribution à l'étude de la vaccinothérapie dans la fièvre typhoïde. — V. AUDIBERT : Le syndrome de Basedow, fonction de tuberculose. — E. PRINGAUT : La leishmaniose canine à Marseille.

Revue de médecine. — (N° 5, 10 mai 1914.) A. THÈVRE : Le traitement hydrominéral de la colique hépatique calculeuse. — A. KROKIEWICZ : Sur la question de la « typhobacillose » de Landouzy.

SYPHILIS ET GLANDES SURRÉNALES

Par M. A. SÉZARY,
Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris.

La notion des réactions et des lésions surrénales au cours des infections et des intoxications a permis d'interpréter certains symptômes dont l'origine paraissait obscure et d'instituer une thérapeutique souvent salutaire. Mais la maladie qui a déterminé les altérations glandulaires peut ne pas être évidente ; on se trouve parfois en présence d'un syndrome surrénal dont l'étiologie est obscure. Par exemple, si le diagnostic du syndrome addisonnien est facile, sa cause est souvent plus difficile à découvrir.

Or — et c'est là une règle essentielle — il ne suffit pas au clinicien de reconnaître une affection, c'est-à-dire l'atteinte d'un organe ; il lui faut encore en trouver la cause, c'est-à-dire l'infection ou l'intoxication qui l'ont provoquée. Cette loi s'impose particulièrement à la pathologie surrénale.

La connaissance de l'affection comporte, en effet, une sanction thérapeutique : l'opothérapie surrénale. Celle-ci donne ses meilleurs résultats dans les cas où la glande surmenée, mais non détruite, est incapable d'une réaction et, par suite, d'une sécrétion suffisantes aux besoins et à la défense de l'organisme ; il s'agit alors ordinairement de défaillances passagères, mais graves, des surrénales, auxquelles l'opothérapie peut parer.

Mais lorsque ces organes sont atteints par un processus destructif et envahissant, tel que la tuberculose caséeuse, ou récidivant et chronique, tel que la syphilis, cette méthode thérapeutique produit rarement la guérison complète. Quel que soit le mode d'administration, l'échéance fatale n'est en général que retardée, nous en avons observé maints exemples. Dans ces cas, le traitement étiologique procure seul la guérison et nous devons l'utiliser chaque fois que l'occasion s'en présente.

Malheureusement, la tuberculose est le facteur de beaucoup le plus commun du syndrome d'Addison et nous ne possédons contre cette maladie aucune médication spécifique. Cependant elle ne constitue pas sa cause unique et nous devons nous efforcer de bien reconnaître les autres maladies qui peuvent le déterminer, afin de leur opposer une thérapeutique qui variera avec chacune d'elles.

A ce point de vue, la syphilis mérite de retenir l'attention. Nous voudrions envisager ici les rapports qui unissent les syndromes surrénaux à cette maladie et la conduite thérapeutique qu'il faut adopter lorsqu'on a établi l'existence de ces relations.

*
* *

L'étude des surrénales chez les hérédo-syphilitiques prouve la grande affinité de la maladie pour ces glandes. Leurs lésions furent signalées tout d'abord par Baerensprung ; contestées par Virchow, Orth, Rolleston, elles devaient bientôt être démontrées par les recherches de Birch-Hirchfeld, Hennig, Huber, Marchand, Simmonds, Turner, Barlow, Schwitzer, Lancereaux, etc. En 1901 Petit, dans sa thèse de Lyon, puis en 1909 Ribadeau-Dumas et Pater en donnaient des études d'ensemble (1).

En 1902, Hecker estimait qu'elles existaient dans 6 à 7 p. 100 des cas de syphilis héréditaire. La découverte du tréponème, en 1905, révéla qu'elles étaient bien plus fréquentes. Les histologistes, en effet, ne retenaient que les faits où les altérations glandulaires étaient marquées (surrénalite nodulaire, gommes miliaires, gommes caséifiées, nécrose, sclérose). La recherche du spirille a permis de le déceler dans des cas où elles sont bien plus légères et consistent seulement en congestion ou simplement en réactions cytologiques, en sclérose systématisée ou parcellaire. A l'heure actuelle, les surrénales apparaissent, après le foie et peut-être la rate, comme les organes les plus fréquemment atteints par la syphilis héréditaire et l'on a pu reconnaître au microscope la grande prédilection du tréponème pour leurs cellules parenchymateuses (Levaditi, Babes et Panea, Grouven, Buschke et Fischer, Schaudinn, Feuillée, Ménétrier et Rubens-Duval, etc.).

Je me suis attaché à déterminer l'état cytologique des surrénales chez les fœtus ou les nourrissons hérédo-syphilitiques. Les réactions cellulaires sont déterminées par les lois générales que j'ai établies dans ma thèse (1909) et qui sont d'ailleurs conformes à celles qui régissent les modifications des autres organes. L'infection, si elle est peu virulente et si elle n'est pas trop prolongée, provoque de l'hyperspongiocytose corticale et ne modifie guère les cellules médullaires. Si elle est virulente, ou si, moins agressive, elle agit pendant un long temps, elle détermine au contraire de l'hypospongiocytose ou de l'anaspongiocytose corticales et des altérations médullaires ; dans les formes les plus marquées, les lésions sont indélébiles et s'accompagnent de sclérose.

Or, il n'est pas douteux que les altérations surrénales, qu'elles consistent en lésions graves ou seulement en états cytologiques anormaux, contribuent à provoquer les troubles graves qu'on peut observer chez les hérédo-syphilitiques et qui souvent aboutissent à la cachexie. Le traitement spécifique, lorsqu'il est appliqué à temps, possède une influence bienfaisante manifeste. Mais on peut se demander si l'emploi simultané de l'opothérapie polyglandulaire et en particulier surrénale ne pourrait pas faciliter l'action médicamenteuse. Celle-ci, en effet, comme nous le verrons plus loin, constitue une intoxication dont les effets pourront être nocifs si les glandes surrénales se trouvent en état d'insuffisance fonctionnelle. Nous croyons pour notre part qu'il serait utile, chez les hérédo-syphilitiques gravement atteints, d'associer au traitement spécifique la médication opothérapique qui permettrait d'obtenir du premier des résultats plus complets et plus cons-

(1) Pour l'étude anatomo-pathologique de la syphilis surrénale, je renvoie à l'article de Lœper et Sézary, *Manuel d'histologie pathologique* de Cornil et Ranvier, t. V (en préparation).

tants et d'éviter sans doute l'intolérance qu'offrent les petits malades pour le salvarsan.

Mais ce n'est pas tout. Les lésions scléreuses dues à la syphilis héréditaire sont incurables. Ces sujets, s'ils survivent, présenteront une méioprogie fonctionnelle des surrénales. Même s'ils recouvrent les apparences de la santé, ils conserveront, pendant toute leur existence, leur état d'hypoépinéphrie chronique latente ou de débilité surrénale que j'ai étudié ailleurs (1). Il en résulte que les infections ou les intoxications qui les atteindront auront tendance à suivre leur évolution la plus grave, comme le prouvent les faits expérimentaux et anatomo-cliniques que j'ai réunis, ce qu'on explique banalement en invoquant « l'état de moindre résistance de l'organisme ». Or, ces accidents pourraient être prévenus par un traitement suffisant d'emblée et atténués ultérieurement par la médication spécifique associée à l'opothérapie.

On voit donc l'importance qu'il faut attribuer aux lésions surrénales chez les sujets hérédo-syphilitiques, quel que soit leur âge.

* * *

Il s'en faut que la syphilis acquise présente pour les surrénales la même affinité que la syphilis héréditaire. Peut-être le fait est-il dû à ce que ces glandes sont bien plus actives chez le fœtus et le nouveau-né que chez l'adulte.

On connaît bien certains cas de syndrome d'Addison survenus au cours de la syphilis secondaire (Lacaze, Chauveau, Hallopeau et Roy, etc.), mais on n'a pas donné la preuve qu'ils relevaient directement de la syphilis. En effet, tantôt on a considéré comme addisonniens des sujets qui ne présentaient guère d'autre symptôme que de la mélanodermie ; tantôt on a cru trouver dans des lésions histologiques ou dans des modifications macroscopiques des arguments, qui nous paraissent peu convaincants ; tantôt enfin, les résultats thérapeutiques ont été peu nets, et l'autopsie dans quelques observations a montré de la tuberculose caséeuse concomitante. Moins probants sont encore les cas attribués à la syphilis tertiaire.

La démonstration de la surrénalite syphilitique a été fournie par un cas que j'ai étudié avec mon maître L. Jacquet en 1906 (2). Il s'agissait d'un homme de soixante-six ans, atteint depuis quelques années de tuberculose fibreuse discrète des poumons ; il présentait des syphilides papuleuses généralisées, de la céphalée et un chancre induré encore perceptible sous le prépuce. On était frappé par une asthénie intense qui le confinait au lit et qui s'accompagnait de douleurs lombaires, d'anorexie, de pigmentation cutanée. Les injections de biiodure de mercure firent disparaître les lésions cutanées (qui laissèrent cependant des taches pigmentées) et atténuèrent son asthénie au point qu'il sortit de l'hôpital pour reprendre son métier d'ébéniste. Quatre mois plus tard il y rentrait, atteint de syphilides scrotales, et mourait aussitôt, frappé par une hémorragie cérébrale. Ses surrénales présentaient de la sclérose et de l'infiltration nodulaire interstitielle ; dans la corticale, on notait la diminution nette des spongiocytes et l'augmentation considérable du pigment ; les cellules médullaires étaient rétractées. On pouvait se demander si de telles lésions n'étaient pas dues à la tuberculose, mais la recherche minutieuse du bacille de Koch fut négative. Par contre l'imprégnation argentique mit en évidence de nombreux tréponèmes, occupant seulement la corticale.

Cette observation prouve donc l'existence de la surrénalite syphilitique de l'adulte. Peut-être l'atteinte glandulaire a-t-elle été favorisée par une altération discrète préalable relevant de la tuberculose. On sait, en effet, que les viscères sont d'autant plus vulnérables par le tréponème qu'ils sont déjà lésés au moment où il envahit l'organisme (nous avons pu vérifier cette règle à propos de plusieurs cas de néphrite syphilitique). Mais les lésions les plus importantes relèvent du spirille que nous avons découvert dans la glande même et qui était absent dans les autres viscères.

En dehors de telles manifestations cliniques bien nettes, il existe un certain nombre de symptômes ou de lésions surrénales qu'on a pu rattacher à la syphilis, mais seulement avec probabilité ou vraisemblance. Je peux apporter quelques faits dans le débat.

Certains auteurs ont attribué à une insuffisance surrénale fruste l'asthénie de la période secondaire et même la syphilide pigmentaire. Mais nous avons pratiqué l'examen histologique et microbiologique de ces glandes chez trois sujets récemment infectés par la syphilis et morts de son fait (par ictère grave, néphrite, artérite cérébrale) ; nous n'y avons pas constaté d'altération marquée des glandes et nous n'y avons pas décelé de tréponème. Il se trouvait justement que la femme atteinte d'ictère grave présentait une syphilide pigmentaire. Il ne semble donc pas qu'une lésion surrénale puisse expliquer ces manifestations précoces de la maladie.

Chez d'anciens syphilitiques, on peut observer des lésions scléreuses des surrénales qu'il est vraisemblable de rattacher à l'infection vénérienne et qui, comme nous le supposions plus haut pour les hérédo-syphilitiques, déterminent réellement chez eux de l'hypoépinéphrie chronique latente. En 1880, Ewart rapportait l'histoire d'une femme de trente-sept ans qui mourut au début de la période de desquamation d'une scarlatine ; les surrénales étaient dures et en partie calcifiées, peut-être, selon l'auteur, en raison d'une inflammation syphilitique. En 1884, Turner publiait un cas analogue concernant un homme mort de pneumonie. En 1904, Boinet a rapporté deux observations de surrénalite scléreuse survenant chez d'anciens syphilitiques ; le syndrome addisonnien fruste que les lésions avaient déterminé avait été amélioré passagèrement par le traitement mercuriel associé à l'opothérapie surrénale ; mais

(1) A. Sézary. L'hypoépinéphrie chronique latente, *Paris méd.*, 20 avril 1912, n° 21, p. 512.

(2) L. Jacquet et A. Sézary. Surrénalite syphilitique de l'adulte ; présence du tréponème pâle, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 23 mars 1906.

ces deux malades avaient présenté d'autres maladies (diarrhée de Cochinchine, tuberculose pulmonaire) qui auraient pu aussi bien provoquer les altérations surrénales : l'un d'eux mourut de pneumonie. On voit donc que, en raison du manque de précision ou de la complexité de l'étiologie, les observations précédentes ne sont guère convaincantes. (Mais nous ferons remarquer en passant la faible résistance qu'ont offerte ces sujets aux maladies intercurrentes.)

Pour notre part, nous avons eu l'occasion d'examiner les surrénales de sept sujets anciens syphilitiques (obs. LVIII à LXIV de notre thèse). Les glandes présentaient, selon les cas, de l'hyperspongiocytose ou au contraire l'état homogène des cellules avec sclérose interstitielle. Parmi les quatre cas se rapportant à ce dernier aspect qui caractérise manifestement l'hypoépinéphrie, on ne pouvait, dans trois, trouver d'autre cause que la syphilis. Il s'agissait d'un homme de trente-sept ans, infecté depuis cinq ans et mort de ramollissement cérébral; d'une tabétique de cinquante-sept ans contaminée à l'âge de trente ans; d'une femme de trente-neuf ans soignée depuis deux ans pour une paralysie oculaire spécifique et morte à la suite d'une pneumonie du sommet. Le quatrième cas, plus complexe, se rapporte à un hémiplégique de trente-cinq ans qui avait été atteint auparavant de paludisme et de dysenterie, causes possibles de surrénalite scléreuse (1). Mais les trois faits précités prouvent que la syphilis acquise est capable de déterminer de la surrénalite scléreuse qui pourrait être la séquelle d'altérations subaiguës, latentes, analogues à celle que nous avons décrite plus haut : il en résulterait la débilité surrénale par hypoépinéphrie chronique latente.

Nous nous sommes demandé si le diagnostic de telles surrénalites syphilitiques ne pouvait être précisé en clinique grâce à certaines méthodes biologiques. Nous avons pensé que, d'une part la réaction de Wassermann, d'autre part la recherche d'anticorps surrénaux qui, à l'exemple des anticorps hépatiques et pancréatiques signalés par Fiessinger et Chabrol, pourraient exister dans la circulation sanguine, permettraient de le poser avec certitude. Mais les recherches cliniques et expérimentales que nous avons poursuivies avec P. Borel (2) nous ont montré qu'il n'en était rien. En effet, d'une part nous n'avons pu mettre en évidence des anticorps surrénaux dans le sérum des sujets atteints de maladie d'Addison ou des animaux atteints de lésions surrénales expérimentales. D'autre part, nous avons découvert que l'extrait surrénal pouvait être substitué aux antigènes classiques dans la réaction de Wassermann, et que la déviation du complément obtenue en sa présence ne prouvait pas l'existence des anticorps surrénaux, mais avait simplement la valeur positive de la réaction de Wassermann elle-même. Nous ne connaissons donc pas des signes cliniques constants ou des méthodes de laboratoire qui permettent d'affirmer l'existence de la petite insuffisance surrénale.

(1) Cette même complexité de l'étiologie se retrouve dans certaines observations purement cliniques, comme celle de Gaucher et Gougerot.

(2) A. Sézary et P. Borel. *C. r. de la Soc. de biol.*, 28 fév. et 7 mars 1914.

Il n'en demeure pas moins que la syphilis acquise, outre qu'elle peut être une cause du syndrome addisonnien, est capable, comme la syphilis héréditaire, de déterminer des lésions surrénales qui peuvent rester latentes plus ou moins longtemps et ne se révéler qu'à l'occasion d'une maladie intercurrente (1).

*
* *

Cette notion de la débilité surrénale due à la syphilis n'est pas seulement intéressante par son étiologie et par ses conséquences à longue échéance. Elle suscite de plus certaines questions d'ordre thérapeutique.

Supposons, en effet, un syphilitique atteint du syndrome d'Addison. Si celui-ci survient au moment des accidents secondaires ou pendant la première année de l'infection, on peut avec vraisemblance le considérer comme dû au tréponème et l'on doit instituer un traitement sévère. Mais alors on se trouve dans une situation analogue à celle qui résulte de l'existence d'une néphrite syphilitique. On sait, en effet, que certains médicaments peuvent être dangereux en cas d'insuffisance surrénale, comme d'autres peuvent être nocifs en cas d'imperméabilité rénale. Comment faudra-t-il donc traiter de tels malades ?

Le mercure a été accusé d'altérer les surrénales, mais dans des conditions spéciales, nullement comparables à celles où nous nous plaçons. En effet, chez un sujet adulte mort quatorze jours après avoir absorbé une solution aqueuse saturée de bichlorure de mercure, Moulinier a trouvé les capsules surrénales hypertrophiées, mais il s'agit là d'intoxication massive. De plus, l'examen histologique fait défaut et, d'après les indications fournies, il nous semble que les glandes étaient fortement congestionnées et en état d'hyperspongiocytose (qu'expliqueraient les réactions d'une part vis-à-vis du toxique, d'autre part vis-à-vis de la lésion rénale certaine dans ce cas). Quoi qu'il en soit, comme Lœper et Oppenheim, comme Bernard et Bigart, nous avons constaté expérimentalement que les injections de sublimé, chez le cobaye, ne déterminent pas de graves lésions des surrénales, même lorsque la dose est suffisante pour amener la mort de l'animal après quelques injections. Nous ne pensons donc pas que le mercure, prescrit selon les règles, soit un médicament dangereux chez les syphilitiques atteints d'insuffisance surrénale. Et d'ailleurs, dans notre observation, dans les cas de Béclère, de Boinet, de Gaucher et Gougerot, il a été bien supporté et a eu une action thérapeutique nette, quoique incomplète (2).

En est-il de même pour l'arsenic? Les expériences de Lœper et Oppenheim, de Bernard et Bigart, celles que nous avons réalisées avec l'arséniate de

(1) On peut se demander également si la syphilis n'est pas à l'origine de l'hyperspongiocytose corticale permanente ou de l'hyperplasie médullaire d'où résulteraient l'hypertension artérielle et l'hypertrophie du ventricule gauche. Mais on ne peut qu'émettre cette hypothèse et non la démontrer.

(2) Aussi faut-il prolonger son administration et lui associer l'iodure avec lequel Chiperovitch aurait obtenu une guérison.

potasse prouvent que l'arsenic peut déterminer des altérations marquées des surrénales. Ces conclusions s'appliquent-elles aux sels d'Ehrlich ?

On a montré que les doses thérapeutiques d'arsenobenzol n'avaient aucune action toxique sur l'organisme sain (Fleig); mais il n'en est plus de même chez les individus présentant une tare viscérale et nous croyons que, chez les insuffisants surrénaux, ce médicament doit être employé avec la plus grande prudence. De plus, M. Milian a montré que certains accidents, dus au salvarsan, relevaient d'une vaso-dilatation subite des capillaires sanguins constituant la crise nitritoïde; et, pour combattre cette action vaso-dilatatrice, il a appliqué avec succès l'action antagoniste bien connue de l'adrénaline. Je ne pense pas qu'on doive supposer atteints de débilité surrénale tous les sujets qui présentent ces crises nitritoïdes (1); mais il est certain que, si les malades sont déjà atteints de lésions surrénales, celles-là devront être plus fréquentes et plus graves. Il est très probable que l'intolérance des nourrissons hérédo-syphilitiques pour le 606 est due à ce fait, au moins en partie. Aussi, me semble-t-il prudent de ranger parmi les contre-indications du traitement d'Ehrlich, l'existence d'une lésion surrénale, heureusement rare ou malheureusement méconnue. Cette contre-indication n'est cependant que relative, car on peut remédier à cette insuffisance surrénale par l'opothérapie administrée simultanément par voie buccale ou mieux hypodermique.

Les mêmes considérations s'appliquent aux syphilitiques atteints d'une lésion surrénale non spécifique et en particulier de dégénérescence caséeuse. A ce point de vue, si l'observation de Braillon montre que le salvarsan peut être bien toléré, celle de Wechselmann prouve que, même à faible dose, il peut causer la mort du malade.

*
* *

Des considérations précédentes, on doit tirer les conclusions suivantes :

Les lésions des surrénales sont très fréquentes chez les jeunes hérédo-syphilitiques et contribuent à déterminer chez eux les troubles de l'état général qui peuvent conduire à la cachexie. Si le sujet survit, ces lésions peuvent laisser des séquelles et par suite une débilité surrénale qui ne se révélera que plus tard, à l'occasion d'une infection ou d'une intoxication.

La syphilis acquise est moins nocive pour les glandes. Elle a cependant provoqué quelques cas de syndrome addisonnien. Elle peut aussi déterminer de la surrénalite scléreuse, facteur de débilité surrénale.

Le clinicien doit donc s'efforcer de rechercher la syphilis chez les insuffisants surrénaux, l'insuffisance surrénale chez les syphilitiques. Dans les cas positifs, il devra associer l'opothérapie surrénale au traitement mercuriel, qui ne paraît pas nocif pour les organes déjà atteints; il pourra mener ainsi à bien une cure qu'une méconnaissance de l'insuffisance surrénale et encore plus de sa cause réelle rendrait difficile ou vouerait à l'insuccès. Le traitement arsenical ne doit être employé qu'avec prudence dans de tels cas.

(1) Voir les *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séances du 24 et du 30 janv. 1914.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 9 JUILLET 1914)

Masculisme régressif. — M. P. Dalché complète l'observation d'une malade qu'il a déjà présentée en 1912 et qui, à la suite d'une aménorrhée absolue, vit pousser sur sa face un collier de barbe, une paire de moustaches, tandis que sa tête prenait une allure masculine; dans le cul-de-sac droit existait une petite masse qui paraissait la trompe légèrement augmentée de volume.

Après une absence de deux ans il a revu cette femme dont l'état ne s'est ni accentué, ni aggravé, mais s'est amélioré. Les règles font maintenant des apparitions, il est vrai rares et peu abondantes, la petite masse du cul-de-sac a disparu, le système pileux est moins fourni, aucune tendance à l'adiposité.

Aussi l'auteur ne croit pas à une lésion surrénale mais plutôt à une insuffisance ovarienne ayant entraîné un syndrome polyglandulaire. Une certaine maigreur, la rapidité du pouls, une légère exophtalmie permettent de songer à une hyperthyroïdie secondaire; mais les autres glandes endocrines ne sont vraisemblablement pas épargnées.

La rectocolite sèche d'origine amibienne; son traitement par le chlorhydrate d'émétine. — (M. Ch. Flandin présenté par M. Chauffard). A côté des manifestations classiques de la dysenterie amibienne, il importe de connaître les manifestations éloignées, parfois primitives, en apparence, de l'amibiase intestinale.

Chez plusieurs malades, anciens dysentériques en apparence guéris, ou même dysentériques latents, a pu être mis en évidence un syndrone de rectocolite sèche.

Au point de vue clinique on trouve la constipation rebelle, de la douleur ou de la gêne abdominale, de l'endolorissement lombaire, de l'amaigrissement et de l'asthénie.

Chez ces malades, souvent traités pour de l'entérocolite muco-membraneuse banale, la rectoscopie montre des altérations caractéristiques du rectum et du côlon : la lumière de l'intestin est béante, sans plis; la muqueuse est sèche, rouge, semée de petites ulcérations blanchâtres en coup d'ongle dont quelques-unes saignent facilement.

Dans les matières ou dans le mucus sanglant prélevé directement, on trouve presque constamment des amibes mobiles ou des kystes amibiens.

Le traitement par le chlorhydrate d'émétine (5 piqûres de 8 centigrammes) amène un changement à vue : la constipation disparaît et le malade a une ou deux selles normales chaque jour; les douleurs cessent et les forces reviennent.

Il est indispensable, chaque fois qu'on a à traiter un malade ayant séjourné aux colonies ou ayant vécu avec des dysentériques, et présentant des désordres coliques, qu'il s'agisse de diarrhée ou de constipation, de faire les explorations pouvant mettre en évidence les lésions amibiennes. Même si l'on ne constate pas la présence d'amibes, on devra tenter le traitement par l'émétine.

La fréquence des lésions amibiennes chez d'anciens dysentériques ou même chez des porteurs d'amibes n'ayant jamais eu d'épisode aigu montre la nécessité de ne pas s'en tenir à une seule cure d'émétine; il faut faire des séries d'injections

d'émétine, d'abord rapprochées, puis à intervalles de plus en plus éloignés, même lorsque la guérison paraît définitive.

Coma dyspeptique. — MM. Albert ROBIN et Henry BITH rapportent l'observation d'une malade de vingt et un ans, ayant un ulcère de l'estomac en évolution depuis deux ans, qui, à la suite d'une hématémèse, est tombée dans un coma complet, ayant duré plusieurs jours et dont elle guérit.

Les particularités intéressantes de ce cas sont : la rareté du coma dans les organopathies stomacales non cancéreuses, la guérison considérée jusqu'alors comme impossible, l'existence l'année précédente d'un premier coma ayant eu la même évolution.

Les auteurs ont constaté la coïncidence du coma avec une insuffisance fonctionnelle du foie atteignant surtout la fonction protéolytique et se traduisant dans le sérum sanguin par l'augmentation énorme de l'azote résiduel et l'amino-acidémie; dans les urines par l'hyperammoniurie, l'hyperaminoacidurie, par l'urobilinurie et surtout par une acidose très intense. Le coma fini, tous les signes d'insuffisance hépatique disparurent.

Il semble logique de rattacher ce syndrome de coma dyspeptique à une insuffisance fonctionnelle du foie, l'acidose n'ayant été qu'un terme de cette insuffisance et non la cause du coma; c'est en réalité, un coma hépatique.

L'insuffisance protéolytique du foie a probablement favorisé une intoxication de l'économie par les albumines mal désintégrées, comme l'ont soutenu Hugouneng et Morel, à propos du coma diabétique, dont les symptômes cliniques, hématologiques et urinaires se rapprochent beaucoup de ceux du coma dyspeptique.

Néphrite aiguë typhoïdique. — MM. ACHARD, LEBLANC et ROUILLARD rapportent un cas de néphrite aiguë survenue au déclin d'une fièvre typhoïde de courte durée, chez un homme de trente-cinq ans. La reprise de la fièvre, la persistance de la sécheresse de la langue, des vomissements répétés quoique peu abondants, un érythème polymorphe furent les seuls symptômes qui traduisirent l'évolution de la néphrite. La complication guérit en vingt-cinq jours.

L'albuminurie, d'abord très abondante (5 grammes), diminua rapidement. L'urée du sang monta dès le début à 2 et 5 grammes p. 1000, pour descendre ensuite graduellement au taux normal de 0,33. La constante uréo-sécrétoire suivit une marche parallèle, s'élevant d'abord à 0,73 et 2, puis décroissant peu à peu jusqu'à 0,08. De même l'élimination du bleu de méthylène, très amoindrie les premiers jours, s'améliora beaucoup à la fin.

La rétention de l'urée était due dans ce cas à l'imperméabilité rénale pure, c'est-à-dire à l'impuissance de concentration, car il n'y avait pas d'oligurie et par conséquent pas d'obstacle à la sortie de l'eau. Avec 900 centimètres cubes d'urine, le malade n'éliminait que 4g55 d'urée en vingt-quatre heures. Au plus fort de l'accumulation d'urée dans l'organisme, la diurèse étant de 2 litres, la concentration de l'urée, qui s'élevait à 5 grammes dans le sang, n'atteignait que 8 p. 1000 dans l'urine. On conçoit qu'il ait fallu à l'organisme, avec une telle diminution du pouvoir concentrateur du rein, un assez long temps pour se débarrasser des quelque 200 grammes d'urée qui se trouvaient en excès dans ses humeurs.

Les complications rénales de la fièvre typhoïde ont été souvent désignées sous le nom de néphro-typhus. Mais on confond sous cette appellation des faits très disparates, tels que la simple bacillurie, des pyélo-néphrites, des abcès du rein, des néphrites aiguës parfois hémorragiques et tantôt précoces, tantôt tardives. Certains auteurs veulent réserver le terme néphro-typhus aux lésions spécifiques éberthiennes du rein, encore qu'il ne soit pas possible le plus souvent de savoir si la complication de néphrite aiguë n'est pas causée par le bacille d'Eberth ou ses produits.

Rétention de l'urée dans les néphrites aiguës. — MM. ACHARD et LEBLANC ont étudié la rétention de l'urée dans 10 cas de néphrite aiguë. Trois de ces cas, qui concernent des empoisonnements par l'acide oxalique et le sublimé et une fièvre typhoïde, ont été déjà publiés. Les 7 autres se rapportent à 3 angines aiguës, une broncho-pneumonie, une endocardite infectieuse, un délire alcoolique et un cas d'étiologie indéterminée.

La rétention d'urée peut manquer entièrement ou atteindre au contraire un très haut degré.

Deux modes pathogéniques interviennent pour l'engendrer. Le premier est l'oligurie : l'urée s'accumule dans les humeurs, alors même que le rein serait en état de l'éliminer, et c'est souvent parce que l'apport du sang dans les vaisseaux de cet organe est insuffisant, que l'oligurie se produit.

En second lieu, la rétention de l'urée peut être due à ce que le rein est incapable de la concentrer suffisamment.

Ces deux mécanismes, l'oligurie et l'insuffisance de concentration, sont d'ailleurs souvent associés dans les néphrites aiguës, mais on peut, dans certains cas favorables, saisir leur dissociation. Ainsi dans un cas d'angine aiguë où la concentration de l'urée dans l'urine atteignait 49 p. 1000, l'oligurie seule était en cause. Au contraire, dans une néphrite typhoïdique où la diurèse était bonne, l'impuissance de concentration était très prononcée.

La constante uréo-sécrétoire ne peut avoir de valeur que si l'oligurie n'est pas trop forte. La courbe de ses variations peut être parallèle à celle de l'azotémie. Toutefois, quand l'imperméabilité du rein est presque d'emblée à son maximum, comme dans les empoisonnements aigus, on peut voir la courbe de la constante diminuer dès le début, tandis que l'azotémie s'élève.

La rétention de l'urée dans les néphrites aiguës ne se traduit souvent que par un minimum de troubles fonctionnels. Ce n'est guère qu'aux approches de la mort qu'on voit éclater de véritables accidents urémiques, comme il arrive notamment dans l'anurie produite par le sublimé.

Le pied épineux de Reclus. — MM. SICARD et HAGUENEAU présentent les radiographies de pieds épineux talalgiques, avec exostoses et épines, telles que les a décrites M. Reclus. Ils montrent que des réactions anormales tissulaires, sus ou sous-aponévrotiques, panniculaires ou musculaires, décelables à la radiographie sous forme d'une épaisseur insolite, ou d'une gravité spéciale, peuvent encore être responsables de ces algies du pied.

Ils ajoutent que le traitement chirurgical ne leur semble favorable et de guérison définitive que chez les podalgiques d'origine blennorragique. Chez les autres sujets, des semelles appropriées avec rondelles isolatrices suffisent mieux que l'intervention opératoire, à assurer des améliorations très appréciables.

Tubercules multiples du cerveau. Syncope respiratoire. Insufflation d'oxygène par la méthode de Meltzer. Survie cardiaque de cinq heures. — MM. Victor RAYMOND et REVERCHON (du Val-de-Grâce). Il s'agit d'un malade présentant une tuberculose cérébrale à forme pseudo-méningitique caractérisée par du Kernig, de la céphalée, de la papillite double avec amblyopie, une paralysie du moteur oculaire externe gauche.

A l'autopsie, on trouve trois tubercules, chacun du volume d'une petite noix siégeant dans la substance blanche de l'hémisphère gauche. Rien aux méninges.

La mort a eu lieu par syncope respiratoire. A huit heures du matin, coma subit avec arrêt absolu des mouvements respiratoires. Les mouvements du cœur persistant, on pratique la respiration artificielle et une trachéotomie.

Vers dix heures, la cyanose augmentant, les mouvements du cœur devenant moins perceptibles, on fait des insufflations intratrachéales d'oxygène suivant la méthode de Meltzer. La

cyanose disparaît aussitôt. Le cœur bat avec une force considérable; on peut même différencier la contraction auriculaire de la contraction ventriculaire.

Sous l'influence de la seule insufflation le cœur a continué à battre jusqu'à une heure et demie. Il y a donc là une survie cardiaque de cinq heures et demie après la cessation du dernier mouvement respiratoire; c'est une des plus considérables qui aient été signalées.

Les auteurs préconisent la méthode de Meltzer toutes les fois qu'il existe une inhibition temporaire du centre respiratoire avec conservation de l'automatisme cardiaque. C'est le cas des intoxications bulbaires en particulier par l'oxyde de carbone, la morphine, les anesthésiques (syncope bleue et même syncope blanche chloroformique).

Actinomycose faciale suivie d'adénopathie trachéo-bronchique actinomycosique et de généralisation pulmonaire (étude clinique, biologique et radiographique). — MM. Queyrat et E. Joltrain présentent un malade atteint d'actinomycose trachéo-bronchique et pulmonaire, consécutive à une actinomycose faciale. Le malade était atteint d'une lésion chancriforme à la lèvre, il y a deux ans : on avait pensé à la syphilis, cependant les conditions d'apparition par la face interne de la muqueuse, l'absence de réaction de Wassermann, surtout l'agglutination et la fixation positives, avec les spores du sporotrichum, d'après le procédé de séro-diagnostic indiqué par M. Vidal et ses élèves, firent faire le diagnostic d'actinomycose. La lésion guérit rapidement par l'iodure de potassium. Dix-huit mois après, le malade vint à nouveau consulter pour de la dyspnée, cyanose, toux coqueluchoïde, circulation collatérale, œdème en pèlerine, dysphagie, et cela avec un excellent état général. Une première radioscopie avait conclu à la présence d'anévrisme de la crosse. Une seconde montra qu'il s'agissait, en réalité, d'adénopathie trachéo-bronchique. La nature mycosique de cette adénopathie fut prouvée par un nouveau séro-diagnostic. Actuellement le malade, qui supporte mal l'iodure de potassium, a une dyspnée progressive, de la toux, quelques crachats et la radiographie montre une extension des lésions au parenchyme pulmonaire.

Plusieurs points paraissent particulièrement intéressants dans cette observation : 1° le diagnostic de mycose fut fait par le séro-diagnostic ; 2° la radioscopie avait d'abord donné un renseignement erroné en faisant penser à un anévrisme, quand il s'agissait d'adénopathie trachéo-bronchique ; 3° il y a actuellement une adénopathie avec généralisation pulmonaire, fait qui est très rare ; 4° si on peut arriver à faire supporter l'iodure de potassium au malade on peut espérer la guérison.

Traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel. — MM. Rist et Léon Kindberg présentent quatre malades, atteints de tuberculose pulmonaire cavitaire et soignés par le pneumothorax artificiel. L'un d'eux peut être considéré comme complètement guéri. Le poumon est revenu sur lui-même (après un an d'insufflations).

Le malade exerce un métier fatigant et s'est marié. Son état général est excellent.

Deux autres, soignés respectivement depuis deux ans et quatorze mois, sont encore porteurs du pneumothorax thérapeutique.

Moyennant une insufflation mensuelle, ils ont pu reprendre leurs occupations et sont cliniquement guéris.

Le quatrième cas concerne une femme soignée depuis six mois seulement.

C'est au cinquième mois d'une grossesse que le pneumothorax fut effectué.

Il a permis à la malade de s'améliorer, de telle sorte qu'elle a pu, sans accident aucun, supporter un accouchement prématuré (sept mois et demi). Actuellement son état général comme l'état de son poumon sont aussi satisfaisants que possible.

Dans tous ces cas on a pu suivre avec précision, outre l'amélioration générale, la diminution de la toux et de l'expectoration, la disparition progressive des bacilles dans les crachats (vérifiée par l'inoculation répétée de ceux-ci). L'expectoration finit par disparaître, elle aussi, complètement.

Ces observations démontrent, une fois de plus, tous les bienfaits qu'on est en droit d'attendre de la méthode de Forlanini, lorsqu'elle est conduite méthodiquement et pendant un laps de temps assez prolongé.

Xantochromie palmo-plantaire chez les diabétiques. — MM. Marcel Labbé et Meaux Saint-Marc présentent un homme atteint d'un diabète grave, à la limite de la dénutrition et présentant, à la paume des mains et à la plante des pieds, une coloration jaune foncé, très intense, contrastant avec la blancheur des téguments qui ne sont pas même subictériques. Les conjonctives ne présentent aucune coloration. Les urines ne contiennent ni pigments biliaires ni urobiline et l'examen du sérum sanguin ne permet de déceler aucun degré de cholémie.

A propos de ce cas, les auteurs en rapportent deux autres strictement analogues. Il s'agit dans les trois cas de xantochromie localisée à la paume des mains et à la plante des pieds, apparue au cours de diabètes toujours graves et évoluant sans aucun trouble de la fonction biliaire, jamais les urines de ces malades n'ayant présenté des pigments biliaires ou de l'urobiline. Les auteurs se bornent à attirer l'attention sur ce signe non encore décrit chez les diabétiques, sans en comprendre la pathogénie.

JURISPRUDENCE

RESPONSABILITÉ ET ERREUR DE DIAGNOSTIC

Le 20 mars 1914, la troisième chambre du tribunal civil de la Seine rendait, par défaut il est vrai, un jugement qui montre aux médecins qu'il est dangereux de commettre des erreurs de diagnostic. La cliente d'un docteur lui réclamait 50000 francs à titre de dommages-intérêts pour s'être trompé complètement sur la nature de sa maladie et l'avoir soignée pour une lésion pulmonaire, alors qu'elle était atteinte d'une infection intestinale, ce qui lui avait à peu près ruiné la santé.

L'attendu final de cette décision est à retenir.

« Attendu qu'il résulte des documents de la cause et des phases de la maladie de Mme de X..., que le docteur J... s'est gravement trompé sur l'état de santé de cette dame en la soignant pour une lésion qu'elle n'avait pas, sans s'occuper ni rechercher la maladie dont elle était en réalité atteinte; que le docteur J... a donc commis une faute lourde engageant sa responsabilité aux termes de l'article 1382 du code civil, que sa faute a entraîné pour les époux de X... un préjudice dont il leur est dû réparation. »

Ce simple attendu appelle de nouveau l'attention sur la responsabilité que peuvent encourir les médecins lorsqu'ils établissent un diagnostic erroné. Qu'il nous soit permis cependant de dire que les juges, même par défaut, auraient peut-être pu ordonner une expertise, car au fond n'y avait-il pas une question d'ordre purement technique voire même scientifique? Il est certain que c'est surtout dans l'établissement du diagnostic que se révèle le caractère conjectural de la médecine. Une erreur peut être commise, malgré un examen des plus attentifs, malgré les connaissances les plus approfondies. Et les tribunaux ne voient pas là une source de responsabilité (Trib. Seine, 22 oct. 1897, *Sirey*, 1899, 2. 90; Trib. Rouen, 30 juin 1896, *Gaz. du Palais*, 1896, 2 suppl. p. 14; Trib. Havre, 20 déc. 1889, *Gaz. du Palais*, 1889, 2. 680). Ils vont

même jusqu'à dire que cette erreur n'est pas une faute même si un praticien plus habile l'eût évitée du premier coup (Cour Metz, 22 mai 1867, *D. P.* 1867, 2. 180).

Cependant si l'erreur est tellement flagrante, qu'elle dénote une ignorance complète des connaissances élémentaires, le médecin pourra être recherché. Ainsi serait en faute le médecin qui confondrait les malaises causés par la trop grande constriction d'un bandage avec les phénomènes de l'embolie ou du thrombose, ou encore un cancer déjà développé avec une affection vénérienne (Trib. féd. suisse, 10 juin et 9 déc. 1892, *Sirey*, 1892, 4.38, et 1893, 4.16).

Est-ce à dire que le médecin qui a confondu une infection intestinale avec une lésion pulmonaire a commis une faute telle qu'une condamnation intervienne sans expertise, c'est là, selon nous, des questions que des médecins désignés spécialement peuvent seuls résoudre ?

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

ANALYSES

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Indications et technique de la laryngectomie. (Rapport de MM. Lombard (de Paris) et Sargnon (de Lyon). *Soc. franç. d'oto-rhino-laryngol.*, Congrès de 1914.) — I. Le docteur Lombard, avec un style clair et précis, nous décrit les indications et la technique de la laryngectomie pour le cancer. Les indications semblent pouvoir se schématiser assez simplement. Pour le cancer des cordes bien localisé : thyrotomie et excision de la corde, ou hémilaryngectomie si la tumeur déborde les limites de la corde ; mais pour peu que le cancer atteigne la commissure antérieure et que l'immobilité de la corde vocale marque l'extension du néoplasme, laryngectomie totale, de même que pour le cancer primitif de la commissure ou de l'épiglotte, exception faite pour l'épithélioma pavimenteux des bords ou des faces de cet organe. On y adjoindra la pharyngectomie en cas de cancer marginal, cancer des bandes ventriculaires ou si le cancer laryngé est secondaire à des lésions voisines.

Après avoir rappelé l'évolution rapide dans le sens vertical de certains néoplasmes et la récidive sur le champ opératoire, la gravité des épithéliomas à cellules basales, la malignité des épithéliomas cylindriques d'origine glandulaire, et, malgré tout, l'heureuse extension des limites d'opérabilité, le rapporteur passe à la technique opératoire.

La trachéotomie ou encore l'abouchement cutané de la trachée (Le Bec), dont on fait précéder de quelques jours la laryngectomie, constituent un modus faciendi qui tend à être abandonné. La laryngectomie se fera donc en un temps. Elle revêt deux types différents suivant qu'on dissèque le larynx par en haut (Billroth, Gluck...) ou par en bas (Czerny, Périer, Le Bec...). Suit la description des procédés de Gluck qui résèque tous les plans musculaires et enlève l'épiglotte ; de Périer ; de Le Bec ; de Sébileau qui isole le larynx par rugination, le sectionne d'avant en arrière et fait trois plans de suture après avoir suspendu la trachée.

Les soins postopératoires doivent être très minutieux. Garder la sonde œsophagienne (molle et très longue) pendant dix à douze jours et ne commencer l'alimentation qu'après vingt-quatre heures. Lavements avec la solution glycosée ou avec le sérum glycosé adrénalinisé. Tête en position demi-fléchie. Canule prolongée de Lombard très utile. Pansements quotidiens et même biquotidiens.

Le rapporteur rappelle ensuite les complications (shock, infections locales et générales), puis il décrit l'hémilaryngectomie et les laryngectomies partielles dont est justiciable une tumeur circonscrite et sans adénopathie de la muqueuse laryngée ou de l'épiglotte. C'est enfin un chapitre fort intéressant où il fait la critique des divers points de technique.

1. A l'*anesthésie* générale (chloroforme et oxygène) il préfère l'anesthésie locale (cocaïne ou novocaïne à 1/200 et adrénaline) ou tout au moins l'anesthésie mixte (locale et générale à la reine). L'anesthésie locale, toujours précédée d'injection morphinique, comprend l'infiltration locale, l'anesthésie régionale (laryngés supérieurs) et l'anesthésie paravertébrale (Pruvost (de Cannes) et Pauchet). Elle prédispose seulement à l'hématome consécutif et à l'hémorragie retardée. Aussi faut-il veiller aux ligatures malgré l'ischémie apparente.

2. Le *type* Périer donne plus de sécurité, donc convient aux cancers rigoureusement intrinsèques. Le type Gluck semble préférable dans les cancers de la région postérieure, pharyngo-laryngés ; elle est mieux adaptée au traitement des adénopathies et permet de bien délimiter le niveau de la section trachéale en cas d'extension sous-glottique.

3. L'ablation des *ganglions cervicaux* doit être la règle, mais l'adénopathie est surtout le fait des cancers pharyngo-laryngés ou laryngés marginaux. Le curage cervical doit précéder l'ouverture laryngo-trachéale.

4. Les avantages de l'*opération en deux temps* sont discutables et la tendance actuelle favorise l'opération en un temps. Cependant le procédé en deux temps est justifié si l'on doute de la résistance du sujet par suite de son mauvais état physique et fonctionnel.

5. L'*ouverture du pharynx* doit être réduite à son minimum sans rien sacrifier toutefois de la sécurité future escomptée. Conserver le plus de muqueuse possible, spécialement celle des sinus piriformes ; suture de la muqueuse et suture des constricteurs en forme de suture d'enfouissement pour éviter les tiraillements de la suture muqueuse ; suppression du plan musculo-aponévrotique ; drainage à la gaze, surtout au niveau des points morts et latéral, jamais médian ; ne pas rapprocher les points de suture cutanés si on recherche la suture per primam.

6. Quant à la *stomie trachéo-cutanée*, avoir soin de ne pas disséquer la trachée et d'atténuer la traction élastique de la peau en la maintenant rigoureusement appliquée sur la tranche de section trachéale.

Nous voyons, grâce à la généralisation des méthodes chirurgicales modernes et à l'anesthésie mixte ou locale qui élargissent les limites d'opérabilité, grâce aussi à la minutie des soins qui précèdent et qui suivent l'acte opératoire, nous voyons une diminution extrêmement marquée de la mort postopératoire immédiate, ainsi qu'une amélioration très réelle des résultats tardifs.

II. La seconde partie de ce rapport est traitée par le docteur Sargnon d'une manière très minutieuse et très approfondie qui en rend difficile le résumé.

Ce sont d'abord les indications de la laryngectomie en dehors des tumeurs malignes. Quatre chapitres : lésions traumatiques graves, lésions inflammatoires aiguës et chroniques, sténoses nerveuses et fonctionnelles, tumeurs bénignes.

Les *sténoses traumatiques* récentes sont justiciables de la thyro avec parfois stomie en vue de la dilatation ; si les lésions sont chroniques on a recours à la laryngo-fissure et à la dilatation, ou mieux à la laryngostomie.

Lésions inflammatoires. — Dans les laryngites aiguës suffocantes, les œdèmes infectieux : laryngo-fissure au maximum. Dans les sténoses inflammatoires chroniques de nature suspecte, laryngectomie totale ou partielle, et, dans les formes mixtes, laryngectomie totale. Le sclérome réclame seulement la trachéotomie ou la laryngostomie avec application de rayons X ou de radium. L'actinomycose veut l'hémilaryngectomie. Quant à la pachydermie laryngée, on peut essayer successivement le traitement endolaryngé, la trachéotomie, la laryngo-fissure et la laryngostomie pour aboutir à la laryngectomie totale en cas de transformation néoplasique. La syphilis avec manifestations graves relève au minimum de la

trachéotomie et au besoin de la laryngo-fissure, ou mieux, suivant le rapporteur, de la laryngostomie. En tout cas, même si on rencontre de grosses lésions cartilagineuses, elle contre-indique la laryngectomie totale s'accommodant seulement de la résection partielle ou d'une hémi-laryngectomie. L'application bien réglée et méthodique de la laryngostomie et surtout de la crico-trachéostomie donne des résultats brillants dans les sténoses cicatricielles graves, justiciables également des résections segmentaires et de combinaisons de résection et de stomie. Quelques laryngologistes ont tenté des laryngectomies partielles et même totales dans la tuberculose laryngée. Le rapporteur tend plutôt à contre-indiquer des opérations si radicales et se rallie au traitement interne ou parfois externe jusqu'à l'ablation partielle.

Paralysies adductrices, arthrites. — Ici la cordectomie s'est toujours montrée insuffisante. Au contraire, on obtient le succès en s'adressant à la laryngostomie avec résection sous-muqueuse de l'aryténoïde et curettage du ventricule.

Tumeurs bénignes. — L'ostéome, l'enchondrome, par leur volume, nécessitent parfois la trachéotomie d'urgence, puis la laryngo-fissure exploratrice, puis la laryngectomie partielle, parfois même la totale. Les adénomes et les papillomes chez l'adulte peuvent dégénérer et provoquer de larges interventions : laryngo-fissure, puis laryngectomie partielle ou totale pour les adénomes; d'abord laryngostomie avec arsenic, magnésie et radium pour les papillomes.

Le rapporteur passe maintenant à l'étude des pharyngo-laryngectomies et des laryngectomies complexes. Il en fait d'abord l'historique puis en concentre les indications : cancer intrinsèque propagé; cancer extrinsèque développé derrière les aryténoïdes ou dans la gouttière pharyngo-laryngée; cancer de la partie supérieure du pharynx inférieur; cancer du pharynx inférieur, cancer cricoïdien. Suit un long exposé des procédés d'anesthésie, en particulier de l'anesthésie paravertébrale qui complète celui du docteur Lombard.

Dans les pharyngo-laryngectomies, le docteur Sargnon préfère l'opération en un temps et le type Gluck pour le décollement du larynx de haut en bas. En ce qui concerne la plastique, il n'y a qu'à suturer les deux lambeaux cutanés latéraux contre la colonne vertébrale si la paroi pharyngée postérieure était envahie. Dans le cas contraire on suture ces lambeaux cutanés contre la colonne, aux bords de la muqueuse saine (Gluck). Il insiste à juste titre sur l'obtention d'une collerette de peau en arrière de la trachée qui facilitera la plastique ultérieure destinée à la reconstitution du canal pharyngé.

Pour la résection segmentaire transversale totale du pharynx et du larynx on fait le décollement rétro-pharyngé avec l'instrument mousse de Kocher. Retenons de la plastique l'isolement complet de l'œsophage et de la trachée par un pont cutané de 1 à 2 centimètres, la fixation du pédicule œsophagien sans tiraillement avec suture à ses parois du tube de caoutchouc, enfin l'occlusion minutieuse de la plaie cervicale dans la région des gros vaisseaux et de la glande thyroïdienne. Les pharyngectomies combinées à la laryngectomie partielle par voie latérale en un temps peuvent être utilisées dans les néoplasies haut situées. Le rapporteur préfère l'incision verticale médiane à l'incision latérale et se montre peu partisan ici comme dans les laryngectomies simples des sutures serrées qui exposent au sphacèle grave périvasculaire et aux hémorragies secondaires; il admet seulement l'utilité de quelques sutures rapprochées.

Ayant dit quelques mots des soins postopératoires, des accidents et des complications possibles, le rapporteur décrit très complètement toutes les plastiques susceptibles d'être utilisées après laryngectomie partielle, totale ou complexe. Plastique pour les petites fistules. Plastique pour les grandes fistules. En cas d'énorme cavité, la plastique de Gluck, faite après plusieurs mois, est à recommander : deux lambeaux, le lambeau interne est latéral, allongé verticalement; le lambeau externe est supérieur, allongé transversalement, il bascule en bas en glissant sur le premier qu'il vient recouvrir.

Le docteur Sargnon termine son rapport par le manuel opératoire des laryngectomies pour tumeurs bénignes, de la trachéo-laryngectomie segmentaire, des laryngectomies partielles combinées à d'autres interventions, de la résection sous-muqueuse partielle du larynx, soit en réséquant le cartilage par voie latérale de dehors en dedans (chondrome), soit en faisant une aryténoïdectomie sous-muqueuse et un curettage des ventricules, après laryngostomie (sténose par paralysie curable et par arthrite aryténoïdienne). Il préfère ici, à l'incision médiane verticale de la paroi aryténoïdienne (Ivanoff), une incision transversale passant immédiatement au-dessus du bord supérieur des cordes vocales prolongée jusqu'à l'extrémité antérieure du ventricule.

On voit par le résumé de ces rapports l'essor rapide qu'ont pris les grandes interventions laryngées au cours de ces dernières années. Les résultats qui ressortent des statistiques diverses, en particulier des statistiques allemandes et espagnoles et surtout de celles de Gluck, sont bien faits pour impressionner des opérateurs à bon droit réservés. Ce n'est pas à dire que tout soit parfaitement réglé dans cette question si complexe et si délicate où interviennent tant de facteurs individuels. Cependant les travaux et les faits se multiplient chaque jour, et le rapport des docteurs Lombard et Sargnon vient fixer un jalon important dans le stade chirurgical.

J. FOURNIÉ.

Pansements consécutifs aux opérations mastoïdiennes. (WEISSMANN. *Soc. franç. d'oto-rhino-laryngol.*, Congrès de 1914). — PREMIÈRE PARTIE : *Mastoïdites aiguës, trépanation simple.* — Trois méthodes sont en présence. La plus ancienne, celle du tamponnement prolongé, a d'ailleurs été rajeunie par le relâchement successif du tamponnement qui devient plutôt un drainage à la gaze. La seconde, suture en partie, avec un drainage caoutchouté, c'est la subtotale. La troisième fait une suture complète et a été lancée par les Américains à la fin du siècle dernier. Le rapporteur s'y rallie avec enthousiasme, après expérience personnelle.

Il reproche au tamponnement la douleur, la perte de temps, l'irritation de la plaie, avec, comme conséquences, la suppuration et même des points d'ostéite et de nécrose. La subtotale, préférable, n'aurait qu'un défaut, celui d'être inutile. Quant aux objections formulées contre la totale, elles seraient surtout théoriques. A la fermeture d'une plaie septique il oppose le pouvoir bactéricide du sang. A un curettage incomplet il pense devoir analoguer toutes les méthodes, avec nécessité d'une nouvelle opération. Enfin à la rétention purulente et à ses diverses complications, il répond que le pus s'extériorisera au niveau de la suture, qui marque le point faible.

Les seules contre-indications seront : le soupçon de complications endocraniennes, l'abcès extradural, la macération d'une peau infiltrée.

DEUXIÈME PARTIE : *Evidement pétro-mastoïdien.* — Le tamponnement prolongé par voie rétroauriculaire est presque abandonné. Le tamponnement provisoire de la plaie sera justifié en cas de complications endocraniennes ou sinusales, mais aura une durée minimum. La plupart des auristes, dans les cas simples, font la suture rétroauriculaire. Ici trois méthodes : méthode des tamponnements prolongés par le conduit, à laquelle le rapporteur reproche la difficulté et la douleur des pansements. Il y a d'ailleurs une tendance générale à les écourter et à faire un tamponnement temporaire. Cette seconde méthode, par la difficulté à obtenir un tassement uniforme, provoque l'éclosion irrégulière de bourgeons, de brides et de diaphragme. Le tamponnement est toujours irritant et donne souvent une mauvaise épidermisation.

Le rapporteur se rallie donc encore une fois à l'absence totale de tamponnement, méthode non traumatisante, et qui, de ce fait, favorise une cicatrisation et une épidermisation rapide. Comme plastique il préfère celle de Lubet-Barbon, qui rabat les deux lambeaux du conduit membraneux. Le traitement intraméatique sera purement médical, humide ou sec, variant avec chaque auriste et chaque malade, plus ou moins brillant suivant l'élément terrain et l'élément tubaire.

Ces conceptions n'ont pas encore rallié l'ensemble des auristes. Pour ma part, si je n'y vois pas d'objections importantes pour l'évidement dont on peut surveiller la cavité par le méat, je reste encore réfractaire à la subtotale et surtout à la totale dans les mastoïdites aiguës, sauf peut-être dans certains cas. Les résultats en sont brillants, mais la réponse de statistiques ultérieures plus développées me semble nécessaire pour établir s'ils doivent primer les inconvénients possibles, et j'en vois plusieurs, de cette méthode.

J. FOURNIÉ.

Sur une variété de mastoïdite : la mastoïdite jugo-digastrique. (Jules MOURET (de Montpellier). *Soc. franç. d'oto-rhino-laryngol.*, Congrès de 1914.) — Par *mastoïdite jugo-digastrique*, le professeur Mouret entend la localisation des suppurations d'origine auriculaire à la *face inférieure du bloc mastoïdien*, dans la région qu'il a appelée *triangle digastrique* (rapport Congrès de Londres), avec extension fréquente à l'*apophyse jugulaire de l'occipital*. Elle peut être isolée (deux cas types qu'il rapporte) ou plus fréquemment participer à l'évolution d'une panmastoïdite.

Elle diffère complètement de la mastoïdite de Bezold : 1° par son origine, non pas dans la suppuration des cellules de l'apex, mais dans celle des cellules sous-tympanales et périfaciales; 2° par son siège, le triangle digastrique dont les deux tiers postérieurs répondent à la bulle digastrique et à la portion terminale du sinus latéral et dont le tiers antérieur forme le plancher de la partie profonde de la *région sous-antrale*; l'éburnéation de la corticale et de l'apex favorise cette localisation (préparations anatomiques); 3° par ses caractères : évolution possible sans l'abcès cervical (qui est la caractéristique du Bezold), avec seulement *réaction sous-mastoïdienne* (inflammation du périoste et des muscles de la région digastrique, gonflement et empâtement plus ou moins marqué, *au-dessous* du sommet de l'apex). Complications intracraniennes et périsinusiennes.

Il ne faut pas se contenter d'ouvrir, même très largement, la face externe de la mastoïde, il faut réséquer totalement l'apex, *décoller le muscle digastrique et réséquer toute la face inférieure de la mastoïde en suivant la gouttière du sinus latéral jusqu'au bulbe de la jugulaire.*

J. FOURNIÉ.

Réflexions sur le traitement des suppurations ethmoïdo-frontales par la voie endonasale. (J. MOURET (de Montpellier). *Soc. franç. d'oto-rhino-laryngol.*, Congrès de 1914). — Longtemps réfractaire au traitement endonasal des sinusites de la face, mais frappé par ce fait qu'il curettait beaucoup d'ethmoïdes malades et ouvrait relativement peu de sinus frontaux, le professeur Mouret s'est demandé si ce curettage ethmoïdal, lors de suppuration fronto-ethmoïdale, n'était pas justement la cause de la rareté de ses opérations frontales.

Le traitement endonasal chirurgical a été préconisé par Vacher, Grüner, Hajeck, etc. Il fait l'étude et la critique de ces divers procédés. Renouvelant ses recherches anatomiques d'il y a une quinzaine d'années, il montre de nombreuses pièces d'où ressort, outre la disposition des cellules ethmoïdales, la possibilité d'ouvrir largement le sinus frontal par voie endonasale. De cette étude anatomique et des faits cliniques observés par lui, il conclut que la partie capitale et *indispensable* du traitement endonasal est l'évidement complet de l'ethmoïde antérieur dont la suppuration accompagne toujours et entretient les suppurations frontales. C'est d'ailleurs le clou du traitement par voie extérieure.

Traitement moins brillant et plus long, mais les avantages de simplicité et d'esthétique sont loin d'être à dédaigner. Les malades acceptent volontiers ce procédé tandis qu'ils se refusent souvent à la cure radicale externe. En cas d'insuccès, celle-ci peut toujours être proposée, elle sera très simplifiée par l'évidement ethmoïdal et l'agrandissement de l'ostium frontalis qui l'auront précédée.

J. FOURNIÉ.

Intervention par la voie supraauriculaire en cas d'otite associée à l'atteinte de l'oculo-moteur externe et du trijumeau. (BROECKAERT (de Gand). *Soc. franç. d'oto-rhino-laryngol.*, Congrès de 1914.) — Observation intéressante d'une otite moyenne chronique réchauffée avec diplopie (paralysie de l'abducteur), paralysie faciale, névralgie du trijumeau. Large évidement pétromastoïdien ; résection temporaire de l'écaille du temporal; décollement de la dure-mère jusqu'à l'apex pétreux. Os intact, pas de pus, mais liquide clair en assez grande quantité dans le cavum de Meckel qui est incisé. La diplopie et les douleurs disparaissent dès le lendemain. Guérison en quelques semaines.

Conclusions : 1° l'apparition de ce syndrome au cours d'un otite moyenne aiguë ou chronique réchauffée est l'indice d'une *lésion* siégeant au niveau de la pointe du rocher ; 2° ce double syndrome peut relever incontestablement d'une ostéite apexienne, il peut être également provoqué par une méningite localisée péripétreuse; 3° la participation du ganglion de Gasser constitue toujours un symptôme inquiétant; l'imminence du danger autorise, dans ces cas, à pratiquer l'évidement suivi immédiatement d'une intervention radicale, dirigée délibérément vers l'apex pétreux; 4° la voie la plus simple et la plus sûre pour découvrir la pointe du rocher et le cavum de Meckel est la voie supraauriculaire ou suprapétreuse que Broeckaert a déjà préconisée, depuis plusieurs années, pour exécuter la neurotomie rétrogassérienne.

J. FOURNIÉ.

FORMULAIRE

TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE

Agir sur les centres nerveux et le nerf pneumogastrique par la compression de la région cervicale, sur le trajet de la carotide gauche, et par des pulvérisations de chlorure de méthyle à la nuque.

A titre de médicament vasculaire et vaso-constricteur : sulfate de quinine (1g50).

Prescrire le thé, le café, le tabac, les aliments excitants. Enfin, appliquer de façon suivante le traitement antitoxique par la Théosalvose pure ou phosphatée (2 cachets de 0g50 par jour).

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURE DE DUPUYTREN

SIGNES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT (1).

Secondaires. — Assez fréquentes. Elles surviennent lorsque le membre est dans l'appareil, la fracture de Dupuytren est en effet une des fractures où le déplacement dans l'appareil se fait avec la plus grande facilité. C'est plus spé-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 78, p. 1293.

cialement en cas de fracture marginale postérieure que la contention est difficile à obtenir, la subluxation en arrière du pied se reproduisant avec la plus extrême aisance. Plus rarement ces déviations secondaires sont imputables au développement d'ostéomes semés par l'arrachement de lambeaux périostiques.

Tardives. — Enfin des déformations peuvent survenir après le retrait de l'appareil. Le membre sorti de l'appareil était en bonne position et c'est secondairement à la marche que la déformation réapparaît. On peut l'attribuer alors à la mollesse du col ; cette insuffisance du col se voit plus spécialement chez les gens âgés ou chez les gens tarés : tabétiques, diabétiques, albuminuriques, rachitiques.

Ces déviations peuvent réaliser soit le pied bot valgus, soit le pied équin pur par ankylose tibio-tarsienne, soit le pied bot valgus équin.

II. A ces déviations, il faut ajouter les troubles trophiques qui peuvent porter sur tous les éléments :

En premier lieu, c'est l'atrophie musculaire des muscles du mollet et également des extenseurs; précoce, elle est parfois très accentuée, ne s'améliorant que lentement par le massage, ce sont là des amyotrophies réflexes d'origine articulaire, mais conditionnées aussi par l'existence des lésions des gaines synoviales tendineuses.

Le traumatisme entraîne en effet une distorsion violente des gaines périarticulaires, les gaines sont tiraillées, dilacérées, il se produit des hématomes qui à leur suite entraînent la formation d'adhérences et amènent par la suite des raideurs souvent fort accentuées.

De même les vaisseaux de la région ont été tiraillés, parfois thrombosés à la suite; les nerfs distendus, il en résulte des troubles trophiques assez marqués; la peau du cou-de-pied devient sèche, rugueuse avec chute des pieds, peu mobile sur les plans profonds.

Si bien qu'à la suite des fractures de Dupuytren, il est assez fréquent de voir persister pendant plusieurs mois un œdème assez accentué de la région, augmentant le soir après la marche, s'accompagnant de douleurs. Ces malades restent pour longtemps des impotents, des éclopés, incapables de se servir activement de leur membre.

COMPLICATIONS. — 1° **Immédiates.** — Ouverture du foyer de fracture primitive ou secondaire à la chute d'un escarre; infection possible mais rare à l'heure actuelle.

Coexistence de fracture de l'astragale.

Lésions des gaines synoviales périarticulaires qui commanderont les raideurs tardives.

2° **Secondaires.** — Apparition de phlébites. Surviennent en général assez brusquement du sixième au huitième jour, se caractérisent par un œdème qui débute souvent à la racine du membre mais qui se généralise rapidement. Ces phlébites se voient plus spécialement chez les syphilitiques (cas rapportés récemment à la Société de chirurgie).

3° **Tardives.** — Greffe d'une tuberculose articulaire.

PRONOSTIC. — Donc excessivement important à préciser; dépend : 1° *du sujet*, consolidation difficile chez les tarés et plus spécialement chez les tabétiques; 2° *des lésions*. Importance toute particulière de la radiographie dans ces cas, surtout en cas d'accident du travail, car l'épreuve radiographique constitue toujours un document fort important, et permet de préciser la part du diastasis tibio-péronier inférieur et de révéler l'existence d'un troisième fragment épiphysaire tibial. Elle constitue donc un moyen complémentaire de diagnostic fort important et un guide précieux pour le traitement.

DIAGNOSTIC. — **Différentiel**, facile, car la déformation si typique, subluxation du pied en arrière et en dehors, n'est réalisée dans la majorité des cas que par la fracture de Dupuytren.

En effet : 1° Fractures de l'astragale et du calcanéum ne réalisent pas une déformation aussi accentuée et présentent des points douloureux particuliers.

2° Luxations du cou-de-pied réaliseraient beaucoup mieux le tableau de la fracture de Dupuytren.

a. La luxation tibio-tarsienne, pure sans fracture, bien qu'exceptionnelle peut se voir, mais elle se fait très rarement en dehors et elle simulerait plutôt la subluxation en arrière, mais alors absence des points douloureux osseux et pas de ballottement astragalien.

b. La luxation sous-astragalienne peut se faire en dehors, mais alors on sent la saillie formée sur le côté interne par la saillie astragalienne et le coup de hache externe est plus bas situé.

c. La luxation double de l'astragale prête rarement à confusion. Caractérisée par la saillie anormale formée par l'astragale énucléé de sa cavité articulaire.

De la variété. — Se fera surtout grâce à la radiographie. Très importante, elle permet en effet, même en cas de gonflement accentué, de préciser l'état des lésions; elle doit être faite de face et de profil, elle révélera d'abord l'existence ou l'absence de diastasis tibio-péronier inférieur, mais surtout elle fixera sur la présence d'un troisième fragment épiphysaire tibial; le troisième fragment de Tillaux peut seulement être décelé par la radiographie. Quant aux fragments marginaux que la clinique permet de présumer, elle nous en montrera le volume, et elle précisera la direction du trait de fracture. Elle constituera donc le guide le plus sûr pour le traitement.

TRAITEMENT. — I. **Fracture de Dupuytren proprement dite.** — 1° TRAITEMENT IMMÉDIAT. — *A.* Réduction sous anesthésie générale, rachidienne, locale à la novocaïne.

Relâcher les muscles par flexion de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin.

Corriger : 1° le valgus en portant le pied en dedans avec rotation externe (hypercorrection); 2° la déviation en arrière, reporter le pied en avant à l'aide de mouvements de flexion et d'extension et le placer à angle droit; 3° le diastasis par pression sur les malléoles.

B. Contention par attelle plâtrée de Maisonneuve, gouttière d'Hergott avec en plus l'attelle de Dupuytren si la subluxation externe tend à se reproduire. Vérifier si l'axe du membre passe bien par le deuxième espace intermétatarsien. Contrôler par la radiographie.

2° TRAITEMENT SECONDAIRE. — Surveiller appareil; si dégonflement, changer l'appareil.

Durée d'application quarante à soixante jours.

Massage les jours suivants.

Marcher quinze jours après l'enlèvement de l'appareil, appareil orthopédique souvent nécessaire.

Chez les sujets qui présentent de l'œdème pendant longtemps faire des massages, balnéation chaude, air chaud, et conseiller une cure de station thermale sulfureuse.

II. **Fracture de Dupuytren avec fragment tibial postérieur**; grave si mal réduite. — Réduire : 1° en plaçant l'astragale sous le plafond de la mortaise; 2° en faisant descendre le fragment marginal par mouvements alternatifs de la base et d'extension; 3° en plaçant le pied en hyperflexion.

III. **Fractures avec fragment tibial antérieur.** — Ablation des fragments peu volumineux pour éviter les ostéomes, vissage ou agrafage, si fragments volumineux.

IV. **Fractures compliquées de fractures de l'astragale.** — Astragalectomie.

V. **Fractures vicieusement consolidées.** — Intervention sanglante. Ostéotomie. Excision des cals vicieux suivie ou non de suture osseuse. Parfois résection tibio-tarsienne ou astragalectomie. Ensuite immobilisation dans un appareil plâtré.

BIBLIOGRAPHIE. — *Traité* LE DENTU et DELBET, t. II. — DUPLAY et RECLUS, t. II. — *Précis de pathologie chirurgicale*. t. IV. — GRUGET, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1908, nos 73 et 76. — QUÉNU. Fractures marginales postérieures, *Revue de chirurgie*, 1912.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 81. — SAMEDI 18 JUILLET 1914. 87e ANNÉE. SAMEDI 18 JUILLET 1914. — N° 81.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 10 francs par an. Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours de l'internat s'ouvrira le lundi 14 septembre 1914.

Se faire inscrire à l'Administration centrale des hospices, passage de l'Hôtel-Dieu, 56.

— Le concours de l'externat sera ouvert le lundi 28 septembre 1914.

Se faire inscrire à l'Administration centrale des hospices, passage de l'Hôtel-Dieu, 56.

— Marseille. — Le lundi 12 octobre 1914, à neuf heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour la nomination à vingt places d'élèves externes en médecine et en chirurgie.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices à l'Hôtel-Dieu et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence, un certificat de revaccination récente et un certificat constatant qu'ils ont au moins huit inscriptions de médecine.

La liste sera close le lundi précédant le jour du concours (terme de rigueur).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Couvelaire est nommé professeur de clinique obstétricale en remplacement de M. Pinard.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — Le concours pour une place de chef de clinique chirurgicale s'est terminé par la nomination de M. le docteur Paul Bonnet, chef de clinique, et de M. le docteur Jean Murard, chef de clinique adjoint.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de la Guerre. — *Au grade de commandeur.* — MM. les médecins inspecteurs Février, Gallay et Richard.

Au grade d'officier. — MM. les médecins inspecteurs Labit et Vignol.

MM. les médecins principaux de première classe Brousse, Delamare, Gouzien et Vilmain.

MM. les médecins principaux de deuxième classe Pitois et Rostan.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Auguin, Bireaud, Boullet, Castaing, Chagnolleau, Chartres, Conte, Cousergue, Damond, Fargier, Jolly, Le Goic, Lowitz, Mias, Pichon, Pourrat, Rapin, Rieux, Robert, Tartavez et Trutié de Vaucresson.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Morisson, Périé et Roussille.

Ministère de la Marine. — *Au grade d'officier.* — MM. les médecins en chef Bonain, Bourit et Québec.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de première classe d'Auber, Coquin, Legal et Rideau.

Grande chancellerie. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Rousseau Saint-Philippe (de Bordeaux).

Au grade de chevalier. — M. le docteur Roux (de Lyon).

— Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Andérodias et Basset (de Bordeaux), Bilhaut (de Paris), Breton (de Lille), Aug. Broca (de Paris), Castanéda de Campos (de Pontoise), Cluzet (de Lyon), Cruchet (de Bordeaux), Dubois (de Lille), Escat (de Marseille), Gérard (de Paris), Guerbet (de Rouen), Jacquinet (de Reims), Labbé (de Nantes), Labbé et Laufer (de Paris), Lefeuvre (de Rennes), Lerat (de Tours), Livon (de Marseille), Mabille (d'Ault), Massabuau (de Montpellier), Morichau-Beauchant (de Poitiers), Morisson (de Paris), Potel (de Lille), Sencert (de Nancy), Soulard (de Paris), Sourdille (de Nantes) et Thibault (d'Angers).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Ardilouze (de Château-Landon), Balâtre (de Condé-en-Brie), Barbe (de Bordeaux), Bazot (de Joigny), Bellet (de Bordeaux), Benard (de Paris), Bonnard (de Bordeaux), Bourgeau (de Besançon), Brelet (de Nantes), Buron (de Paris), Carles (de Bordeaux), Castel (de Roubaix), Denizet (de Château-Landon), Desmonts (de Montpellier), Dessirier (de Lyon), Ducos, médecin-major de deuxième classe au 115e d'infanterie; Duroux (de Lyon), Fabre (de Paris), Fiolle (de Marseille), Froment et Garin (de Lyon), de Gaulejac (de Lyon), Giret (de Paris), Leclercq (de Lille), Léger (de Marseille), Lescœur (de Lille), Lisbonne (de Montpellier), Madon (de Toulouse), Mieulet et Perpère (de Paris), Perrigault (de Saint-Malo), Petges (de Bordeaux), Policard (de Lyon), Pouchot de Champtassin (de Paris), Quirin (de Reims), Rathelot (de Marseille), Raymond (de Lyon), Rieux (de Paris), Roger (de Montpellier), Tillier (de Saint-Germain-en-Laye), Trouette (de Paris), Vigerie, médecin-major de première classe à Poitiers; Voivenel (de Toulouse) et Wagner (de Lieurey).

(Au titre étranger) :

M. le docteur Henry René (de Bethléem).

GUERRE. — Service de santé. — Par décret en date du

8 juillet 1914, ont été promus dans le cadre auxiliaire du service de santé :

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de réserve et de l'armée territoriale Leveque, Vacher, Capitan, Cousin, Pascaud, Bidon, Vincent, Maguin, Ducloux, Cahen.

Au grade de médecin-major de premièreclasse de réserve. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de réserve Regnault, Zeller, Schmerber, Rabuson, Rivet, Brisard.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de réserve et de l'armée territoriale Nerck, Haller, Bourlange, Demars, Dubar, Cambours, Boullier, Dubrisay, Patay, Behague, Sottas, Durey-Comte, Lasserre.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de première classe de réserve Le Lan, Jacquemet, Bron, Caujole, Lassime, Condamin, Levillain, Bloch, Machtou, Carpanetti, Guedj, Raimond, Buy, Lévy, Job, Huguet, Bories, Le Même, Mallet, Marlier, Lautier, Garlopeau, Baudoin, Job, Morhange, Bertin, Mayet, Simonin, Regnier, Dauphin, Orjuben, Morisseau, Sellerier, Vanwtberghe, Clément, Froment, Haret, Bornay, Gibert.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée territoriale Petit, Angibaud, Chambelland, Mouls, Commandeur, Hobbs, Bert, Ripault, Marchadier, Mauguis, Boullard, Foucart, Picot, Dussac, Pambrun, Frarier, Etievant, Gouvernaire, Montalescot, Munot, Gigon, Flu, Dupont, Albert, Morange, Dupont, Cazanove, Dardenne, François dit Jonchères, Farina, Girard, Robert, Lefebvre, Pelon, Dupont, Dorel, Houdaille, Benoît, Dudefoy, Cocheril, Quelme, Buquin, Maugard, Grégoire, Cahuzac, Barraud, Blind, Chabry, Beauvillard, Mascarel, Magnan, Leblanc, Evrot, Louvrier, Hennecart, Carlet, Thévenin, Briend, Bize, Thubert, Rochier, Boucher, Besson, Decoopman, Guibe, Bibent, Bedos, Roger, Ganault, Caillouin, Gezes, Didier, Vallais, Julien, Derrien, Sauvage, Pigeaud, Levis, Meunier, Baillet, Caumartin, Bouchard, Louart, Vivien, Martin, Gaussel, Loze, Bonnet, Villeneuve, Dujardin-Beaumetz, Vouzelle, Luys, Segall, Berthe, Lardenois, Bichat, Nobécourt, Delestre, Schwartz, Perrin.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de réserve Chevrel, Fulconis, Sauve, Penel, Margarot, Guiard, Blanc, Bourgeois, Peju, Alayrac, Julia, Fotiades, Germain, Roger, Jacopin, Martel, Morvan, Vermorel, Waldmann, Clejat, Colard, Gabriault, Foucault, Alison, Morillon, Derouet, Bettinger, Butterlin, Pagès, Vicq, Casanova, Rebaud, Person, Thevenet, Bridoux, Audibert, Feuillette, Valleton, Lloubes, Lamare, Butruille, Vaquier, Moncenix, Crozet, de Fourmestraux, Louart, Maugeais, Puech, Lubin, Berthelon, Goudeaux, Dumont, Petit, Le Coz, Brabant, Guinemaud, Antoine, Baudin, Gabriel, Blondel, Bailly, Senges, Chastel, Pichard, Servières, Lavoix, Abeille, Sausse, Baussay, Drevon.

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Reynaud, Bonnamour, Ollier, Cordier, Lartaget, Cohen, Longeau-Lagrange, Schaefer, Rouyer, Josserand, Lévy-Valensi, Douriez, Demay, Izard, Monteli, Bertier, Guenon des Mesnards, Jasseron, Leothaud, Dechauffour, Boncour, Macé de Lepinay, Solon, Faucheux, Blanc, Grobon, Chaumier.

— Par décret en date du 8 juillet 1914, ont été nommés dans le cadre auxiliaire du service de santé :

Au grade de médecin principal de première classe de réserve. — M. le médecin principal de première classe de l'armée active retraité Vilmain.

Au grade de médecin-major de première classe de réserve. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Villiers, Thirion, Leniez.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. Ribot et Guerrier.

MARINE. — Le *Journal officiel* du 15 juillet publie un décret modifiant le règlement d'administration publique du 21 septembre 1908 concernant la sécurité de la navigation maritime et de l'hygiène à bord des navires de commerce.

VOYAGES D'ÉTUDES. — Il y a quelques jours, le « Georgian Club », entreprenant un voyage d'études en France, visitait la Faculté et les hôpitaux de Paris. C'est le tour maintenant de l' « American Gynecological Club », qui entreprend un voyage d'études chirurgicales en Europe.

Après avoir visité les centres chirurgicaux d'Angleterre, nos confrères sont arrivés le 14 juillet à Paris. Le 18 juillet, ils doivent assister à des séances opératoires de MM. C.-W. du Bouchet (Hôpital américain), J.-L. Faure (hôpital Cochin), Gosset (hospice de la Salpêtrière), Hartmann (hôpital Laënnec), Lejars (hôpital Saint-Antoine), S. Pozzi (hôpital Broca), Ricard (hôpital Saint-Antoine), Tuffier (hôpital Beaujon) et Ch. Walther (hôpital de la Pitié). Ils partiront ensuite pour Lyon.

20 juillet, Lyon. Séances opératoires, M. Polosson et autres.

21, 22 juillet, Aix-les-Bains. Séance opératoire, M. O. Beuttner. Départ pour Lausanne : réception par les professeurs César Roux et Maurice Muret.

Après avoir visité un certain nombre de chirurgiens en Suisse, les médecins américains reviendront à Londres après un arrêt à Amiens, où ils assisteront à des opérations de notre ami Victor Pauchet.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE. — La dix-huitième session de l'Association française d'urologie se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du 7 au 10 octobre 1914, sous la présidence de M. le professeur Guyon.

La question mise à l'ordre du jour est la suivante : *Appréciation de la valeur des traitements modernes de la gonococcie.* — Rapporteur : M. Janet (de Paris).

Les membres de l'Association qui auraient une communication à faire, soit sur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le secrétaire général : M. E. Desnos, 59, rue La Boétie, Paris (8e).

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE. — La prochaine séance aura lieu à l'Asile clinique (amphithéâtre de l'admission) le lundi 20 juillet 1914, à trois heures et demie très précises.

XIIIe CONCOURS RIBERI DE 20000 FRANCS. — L'Académie de médecine de Turin vient de déclarer ouvert le XIIIe concours pour le prix Riberi de 20000 francs.

Les auteurs, qui désirent y prendre part avec leurs travaux scientifiques dans les sciences médicales en général, sont priés de s'inscrire jusqu'au 31 décembre 1916.

S'adresser, pour les conditions du concours, au secrétaire de l'Académie de médecine, 18, rue de Po, Turin.

ERRATUM. — Dans le compte rendu du concours du clinicat [maladies mentales] (*Gaz. des hôpit.*, n° 80, p. 1313, 2e col., dernière ligne), lire *Alfred Gallais* au lieu de Gallois.

MÉDECINE PRATIQUE

ACCIDENTS DU SEVRAGE

Si les changements de régime que comporte le sevrage entraînent des troubles gastro-intestinaux, intolérance gastrique, vomissements, entérites, il y a lieu d'instituer un traitement énergique en faisant appel au plus puissant digestif connu, la papaïne, soit sous forme de sirop de Trouette-Perret, dont on donnera une ou deux cuillerées à café après chaque repas, soit de comprimés de Trouette-Perret à la Papaïne, à la dose de deux à quatre suivant la gravité.

REVUE GÉNÉRALE

LA VACCINOTHÉRAPIE TYPHIQUE

Par M. GAUCHERY,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Parmi les nouveaux traitements de la fièvre typhoïde, un des plus employés, à l'heure actuelle, est certainement le traitement par les vaccins.

Or, ce mode de traitement, après avoir recueilli la presque unanimité des suffrages, est actuellement très discuté.

Il nous a paru intéressant de rechercher si l'ensemble des résultats obtenus par cette méthode surpassait en valeur ceux que l'on peut avoir par les procédés de traitement classique.

Nous avons pu retrouver plus de 2.000 cas dans lesquels les vaccins ont été employés. Nous croyons donc que l'expérimentation est suffisante pour qu'on puisse se faire une idée précise sur la valeur de cette thérapeutique.

I

Historique. — La vaccinothérapie, ou bactériothérapie, encore appelée par Ardin-Delteil antigénothérapie, n'est pas le premier essai de traitement spécifique de la fièvre typhoïde.

En 1892, Chantemesse et Widal étudient la sérothérapie de la fièvre typhoïde. Ils seront suivis dans cette voie, par Rodet et Lagriffoul, par Besredka en France, par Kraus et Sternitzer en Allemagne, par Mac Feyden en Amérique.

Cependant, cette méthode ne prit jamais une grande extension à cause des difficultés qu'il y avait à préciser la dose des sérums à employer. Elle pouvait provoquer dans l'organisme un travail réactionnel trop considérable, ce qui rendait la sérothérapie de la fièvre typhoïde délicate et dangereuse.

En présence des résultats parfaits donnés par la vaccination préventive, on se demanda alors s'il n'y avait pas là un procédé thérapeutique efficace. Avec les procédés actuels il n'y a plus, en effet, à craindre la phase négative qui avait été signalée par Wright, et qui faisait qu'on n'osait même pas inoculer les sujets en temps d'épidémie.

Plusieurs auteurs ont d'ailleurs rapporté des cas de typhoïde vaccinée en période d'incubation. La maladie tourne court et prend une forme abortive.

Ces différents résultats conduisaient donc à essayer l'injection de vaccin en pleine période d'évolution. Les premiers essais sont faits par Eugen Fraenkel, de Hambourg, en 1894.

Il n'a que peu d'imitateurs; et jusqu'en 1908 nous ne retrouvons gnère que quelques essais isolés.

A partir de cette date, nous entrons dans une deuxième période, les expérimentateurs deviennent très nombreux; mais ce sont exclusivement les auteurs étrangers, et en particulier les auteurs anglais et américains qui emploient cette thérapeutique.

A partir de 1912, nous entrons dans une troisième période, la bactériothérapie typhique est essayée en France.

Parmi les auteurs qui ont le plus étudié la question, nous devons signaler Watters en Amérique, Netter, Chantemesse et Vincent en France, qui tous apportent des statistiques extrêmement fournies. Enfin, il nous faut signaler les nombreuses communications faites en 1912 et 1913 à la Société médicale des hôpitaux.

Réunissant tous ces différents faits, on peut retrouver, à la fin de l'année 1913, 2.298 cas traités par les différents vaccins.

II

Les vaccins. — Nous n'avons pas l'intention de passer ici en revue les différents vaccins antityphiques employés successivement dans la vaccination préventive puis curative, tant en France qu'à l'étranger: nous nous contenterons seulement d'étudier les trois vaccins dont on se sert le plus habituellement en France.

Le vaccin de Chantemesse, qui se rapproche beaucoup du vaccin de Wright, est un vaccin traité par la chaleur. Une culture sur gélose, de douze à vingt-quatre heures, est émulsionnée dans l'eau physiologique; chauffée à 56° pendant quarante-cinq minutes et additionnée de 2,5 par mille de crésol.

Ce vaccin, qui contient 1 200 millions de bacilles par centimètre cube, est dilué à 60 millions pour la thérapeutique curative. M. Chantemesse conseille de ne jamais dépasser 1 centimètre cube par injection.

Le vaccin de Vincent est un vaccin stérilisé par l'éther. Cet auteur mélange plusieurs races de bacilles typhiques et même paratyphiques, ce qui lui donne un vaccin polyvalent. Il les traite par l'éther qui stérilise, et dont il se débarrasse par évaporation; et il emploie soit l'autolysat, soit un vaccin contenant 400 millions de bacilles par centimètre cube. Lui non plus ne dépasse pas 1 centimètre cube par injection.

Le virus vaccin sensibilisé de Besredka est un vaccin vivant. Une culture sur gélose est émulsionnée dans l'eau et mise au contact de sérum antityphique. Les microbes fixent l'anticorps et s'agglutinent. Ceux-ci sont décantés, lavés plusieurs fois à l'eau physiologique et repris de manière à constituer un vaccin contenant 1 milliard de bacilles par centimètre cube.

Les différents auteurs qui ont expérimenté ce vaccin se sont servis de doses de 1, 2 et même 3 centimètres cubes.

Les résultats obenus par ces différents vaccins sont très comparables. D'ailleurs, comme le fait remarquer M. Chantemesse, il n'y a en réalité qu'un seul vaccin, quel que soit son mode de préparation: c'est la toxine typhique.

Il semble cependant que, théoriquement tout au moins, le vaccin de Besredka présente quelques avantages. Les bacilles étant saturés de leur anticorps, il doit mettre complètement à l'abri de la phase négative; de plus, ainsi que l'a bien montré Paladino Blandini, l'immunité se développe beaucoup plus rapidement que par n'importe quelle autre méthode.

Quant au reproche que l'on peut lui faire en tant que vaccin vivant de faire des malades des porteurs de bacille, ce reproche a été réfuté par les travaux de Metchnikoff et Besredka. De plus, si cette opinion peut être défendue en cas de vaccination préventive, elle n'a plus raison d'être en cas de vaccination curative, où le malade est déjà saturé de bacilles virulents.

III

Mode d'action des vaccins. — La fièvre typhoïde est une maladie infectieuse qui ne récidive en général jamais. Si on étudie les propriétés du sérum d'un sujet guéri de fièvre typhoïde, on voit que celui-ci présente un certain nombre de caractères nouveaux : propriété agglutinante, propriété bactéricide, propriété bactériolytique, toutes spécifiques et qui rendent impossible le développement ultérieur de colonies éberthiennes dans l'organisme. Le microbe détruit a donné naissance à des antigènes, ceux-ci se combinent aux microbes encore virulents, les détruisent et la guérison survient.

Pour produire ou pour hâter cette guérison, il suffira donc de provoquer dans l'organisme une formation plus rapide et plus régulière d'anticorps.

Ceux-ci naissent au lieu même d'inoculations, ainsi que cela découle des expériences de Wassermann et Citron ; Besredka a montré qu'au niveau de l'injection se produit un véritable afflux leucocytaire. Ils englobent, phagocytent et détruisent des antigènes et ce sont les produits de désassimilation de ces phagocytes soumis à un travail intensif qui donnent naissance aux anticorps spécifiques.

IV

Technique. — Les vaccins antityphiques peuvent être introduits dans l'organisme par voie digestive, intestinale, intraveineuse ou sous-cutanée.

La voie intraveineuse, employée une fois par Thiroloix et une fois par Le Blaye, a donné des réactions violentes et même alarmantes, ce qui fait que cette méthode n'est pas à recommander.

La voie buccale fut essayée d'abord par Wright, puis par Courmont et Rochaix; on peut observer, à la suite, des troubles digestifs marqués. De plus, les résultats sont inconstants, les ferments digestifs détruisent ou modifient les toxines.

La voie intestinale a, par contre, donné d'excellents résultats à MM. Courmont et Rochaix. Elle a comme avantage de n'entraîner aucune réaction ni locale ni générale. Elle a comme inconvénient de nécessiter des doses énormes de vaccin, puisque les auteurs préconisent jusqu'à deux lavements de 100 centimètres cubes par jour jusqu'à la guérison.

La méthode la plus pratique est donc certainement l'injection sous-cutanée.

Celle-ci peut être faite partout où il y a du tissu cellulaire lâche, mais le lieu d'élection nous paraît être la région sous-claviculaire; les injections postérieures se faisant à la racine du bras étant douloureuses par suite de décubitus dorsal, les injections ventrales pouvant s'accompagner de contracture musculaire qui peut masquer les complications intestinales sous-jacentes.

On fait l'injection après avoir pris toutes les précautions d'asepsie habituelle à peu près à mi-hauteur entre la clavicule et le mamelon. Il faut s'assurer qu'on est bien dans le tissu cellulaire, et ne frotter ni masser le lieu de l'injection.

Les piqûres suivantes ne devront jamais être faites exactement au même endroit.

Les doses employées par les différents auteurs sont extrêmement variables, les plus petites étant de 4 millions de bacilles par injection, les plus fortes de 2 milliards.

Certains auteurs ne font qu'une injection; d'autres répètent celle-ci ; Pollock rapporte un cas où il dut inoculer jusqu'à 11 doses successives.

Quelques auteurs espacent de huit jours leurs injections, certains autres les répètent tous les jours ou tous les deux jours.

Nous voyons donc que les techniques des différents auteurs sont extrêmement différentes et comme les résultats sont dans leurs grandes lignes les mêmes, il semble que la quantité de microbes injectés n'ait pas une grande importance.

Ce qui est essentiel, c'est de commencer le traitement le plus rapidement possible dès que la maladie est reconnue, et le diagnostic confirmé par le sérodiagnostic ou par l'hémoculture.

Cependant, avec les fortes doses il nous semble que l'on obtient des résultats plus rapides et plus complets.

Mais, en cas d'infection grave, lorsque l'organisme profondément intoxiqué ne possède que peu de réserves réactionnelles, il est peut-être prudent d'être plus réservé et d'employer des doses faibles. C'est le conseil que donnent MM. Chantemesse et Netter.

Quant au moment où on doit répéter les injections, nous croyons qu'il est impossible de donner des règles bien précises; il faut avant tout se baser sur la courbe de température et sur l'état général du malade, répétant les injections de deux en deux jours jusqu'à ce que l'on ait une amélioration franche et persistante. Cependant, si, après 4 injections, l'organisme n'a pas réagi, nous croyons inutile de continuer la thérapeutique.

Nous allons résumer ici les techniques classiques préconisées pour chacun des trois vaccins.

M. Chantemesse, avec le vaccin chauffé, fait d'abord 1 centimètre cube ; puis, cinq jours après, 1/2 centimètre cube et, cinq jours plus tard, 1/4 de centimètre cube.

M. Vincent, se servant de ses autolysats, fait une injection de 1 centimètre cube, qui peut être répétée trois ou quatre jours après.

Avec le vaccin de Besredka, il nous a semblé que les doses les plus efficaces étaient de 1 centimètre cube le premier soir, le surlendemain de 2 centimètres cubes et, deux jours après, de 2 centimètres cubes.

Mais il ne faut pas oublier que ces règles n'ont rien de fixe et de définitif, qu'il faut espacer ou diminuer les injections si l'organisme ne réagit pas favorablement ou, au contraire, faire de nouvelles injections si la courbe de température ne baisse pas nettement par le traitement.

V

Réactions, complications. — Les réactions que l'on observe à la suite des injections de vaccins sont toujours insignifiantes, et dans aucun cas ne peuvent être une contre-indication.

Tout d'abord, au niveau de la piqûre, au bout de quatre à six heures en moyenne se développe une sorte d'érythème fugace qui le lendemain s'est étendu de manière à présenter la largeur d'une paume de main. Peu à peu il s'éteint et disparaît en trois à quatre jours.

En même temps que la rougeur, la douleur est constante, c'est une sensation de chaleur locale, de cuisson très facilement supportable, mais qui s'exacerbe par la pression. Ces symptômes ne sont pas plus accentués que dans les vaccinations préventives. Ils sont peut-être un peu plus forts avec les vaccins chauffés qu'avec les autres vaccins.

A la suite de la piqûre, les ganglions satellites s'engorgent légèrement.

Dès le lendemain, la rate s'hypertrophie, parfois dans de très notables proportions. Ce serait pour Vincent une réaction spécifique et il base sur la constatation de ce phénomène le spléno-diagnostic de la typhoïde. Malheureusement, et même avec les autolysats, cette réaction ne semble pas absolument constante.

Comme phénomènes plus rares encore, il nous faut signaler consécutivement au traitement une effervescence de taches rosées, qui pourrait presque permettre de décrire à la maladie une véritable forme éruptive. Ce phénomène doit être rapproché du phénomène d'Herxheimer.

Les réactions générales, les élévations de température n'existent pour ainsi dire pas à la suite du traitement, tout au moins au cours des injections faites en pleine période hyperpyrétique. La courbe reste ce qu'elle était avant et ce n'est qu'aux dernières piqûres, lorsque la température est revenue presque à la normale, que l'on peut observer parfois sur la courbe des trois heures un brusque crochet fugace de 1 degré à 1 degré et demi. Cette réaction ne comporte pas d'ailleurs un pronostic mauvais, et presque toujours à la suite, en quelques heures, la température redescend au-dessous du point d'où elle était partie.

En même temps, il n'est pas rare d'observer des sueurs abondantes, et les sudamina s'observent avec une fréquence extrême.

Quant à la crise polyurique signalée par beaucoup d'auteurs comme faisant suite au traitement, elle nous a semblé beaucoup moins nette, et n'apparaît en général qu'au début véritable de la convalescence, et, si pendant le traitement les malades urinent plus qu'avant, c'est peut-être parce que la stupeur ayant diminué les malades boivent plus facilement.

Toutes ces réactions sont des réactions peu accentuées, éphémères et qui disparaissent rapidement sans laisser de traces.

Mais il fallait se demander si le traitement ne serait pas capable d'influencer l'organisme de manière plus profonde et plus durable ; si l'injection ne pourrait pas produire de véritables complications.

Nous avons vu que le tissu lymphoïde, ganglions et rate, répondait rapidement et fortement à l'injection. De même les plaques de Peyer se congestionnent et s'hypertrophient. Peut-être y avait-il là prédisposition pour les grandes complications intestinales de la maladie : hémorragie et perforation.

Certains auteurs ont nettement incriminé le traitement de favoriser la production des hémorragies. Cependant si nous réunissons 718 cas dans lesquels les auteurs ont précisé leurs résultats à ce sujet, nous ne rencontrons cette complication que 54 fois, ce qui donne un pourcentage de 7,52 p. 100.

Les statistiques habituelles des hémorragies au cours des typhoïdes traitées par les moyens classiques varient dans de grandes proportions, de 2 à 10 p. 100. Il est donc fort difficile de dire si le traitement favorise cette complication. Dans tous les cas, elle n'en diminue nullement la fréquence.

Pour les perforations, par contre, tous les auteurs s'accordent à dire que la vaccinothérapie les rend beaucoup plus rares. Celles-ci ne sont presque jamais signalées au cours du traitement ; et nous croyons pouvoir dire que si le vaccin entraîne une congestion des plaques de Peyer et n'entrave pas la production des hémorragies, par contre il empêche les lésions anatomiques d'évoluer et provoque la cicatrisation avant que les ulcérations n'aient creusé en profondeur.

En effet, sur 51 auteurs qui signalent la présence ou l'absence des perforations, il n'en est que 6 qui ont observé cette évolution, et chacun une seule fois. Mais là les données ne sont pas assez précises, pour que l'on puisse faire un pourcentage exact et marquer par un chiffre la fréquence de cette complication.

Parmi les autres complications beaucoup plus rares qui peuvent être mises sur le compte du vaccin, il faut signaler la rupture de la rate ; mais celle-ci est tout à fait exceptionnelle ; et sur les 2000 cas observés, on ne la trouve rapportée que 2 fois. Nous croyons donc que cette complication ne doit pas entrer en ligne de compte et qu'elle n'est pas suffisante pour priver le malade du bénéfice qu'il peut retirer de la vaccinothérapie.

Il en est de même des cholécystites sur lesquelles M. Netter a bien insisté ces derniers temps. Nous n'en retrouvons que 3 cas signalés dans la littérature. Enfin deux fois, une poussée appendiculaire a paru faire suite aux injections. Il faut attendre, pour se prononcer, d'avoir de nouveaux faits. Dans tous les cas, ces complications sont bien exceptionnelles et nous ne nous croyons pas autorisés à éliminer la simple coïncidence.

Une dernière question demande enfin à être précisée, c'est la question des rechutes.

On a accusé le traitement de les provoquer. D'autres auteurs les croient, au contraire, plus rares chez les vaccinés ; et lorsque celles-ci surviennent elles accusent un défaut de technique, en particulier un traitement insuffisant ou insuffisamment prolongé.

Or, les rechutes sont retrouvées même dans les

statistiques des auteurs qui emploient des injections massives et répétées. Ce n'est donc pas une insuffisance de traitement qui les explique et l'on doit dire que la vaccinothérapie est impuissante à empêcher la rechute. Nous ne croyons pas d'ailleurs que cela puisse en rien faire incriminer la méthode. Ce n'est pas un sérum thérapeutique que l'on injecte, mais un vaccin qui demande à l'organisme un travail personnel de défense. Si pour une raison quelconque l'organisme manque à sa tâche, s'il ne peut réagir, le traitement n'aura aucune action. Si le microbe reprend sa virulence, la rechute apparaîtra.

D'ailleurs si leur existence est indéniable, elles n'apparaissent pas avec une fréquence extrême et, sur 1300 cas que nous avons pu relever, on ne retrouve cette complication que 91 fois, ce qui donne comme pourcentage général 7,7 p. 100. Pour Brouardel, par les procédés classiques les rechutes variaient en moyenne de 3 à 10 p. 100.

Nous voyons donc, en résumé, que les *réactions de la vaccinothérapie sont toujours insignifiantes* et ne doivent pas entrer en ligne de compte ; qu'on peut laisser de côté, à cause de leur rareté extrême, les ruptures de la rate et les complications hépatiques ; et que les *perforations intestinales deviennent beaucoup plus rares*.

Par contre, les *hémorragies et les rechutes semblent peu influencées*. Peut-être même seraient-elles très légèrement favorisées par le traitement.

VI

Résultats. — Ceci posé, il nous fallait maintenant étudier les résultats d'ensemble donnés par la méthode. Pour cela un certain nombre de questions demandent à être précisées :

1° Les grands symptômes typhiques sont-ils atténués par le traitement ? — Widal et Hutinel ont signalé des aggravations à la suite des piqûres, mais ceci est tout à fait exceptionnel et presque *tous les auteurs* s'accordent à voir une amélioration nette faisant suite rapidement à la première piqûre. Dans presque tous les cas, la stupeur diminue, ou même disparaît complètement et très rapidement. Le malade s'assied dans son lit, parle et s'intéresse à ce qui se passe autour de lui. Enfin très rapidement l'appétit revient, il réclame à manger et il est parfois très difficile de le laisser à la diète le temps voulu.

Ce fait n'a cependant rien d'absolu ni de constant. Mais il est exceptionnel de ne pas observer une sensation de bien-être plus ou moins accentuée ; la langue devient humide, les urines moins rares.

Comme autre phénomène assez constant, il faut signaler une diminution considérable de la diarrhée qui peut même être parfois remplacée par une constipation opiniâtre nécessitant des lavements.

L'action de la vaccinothérapie sur la température est un peu plus complexe. En général, la courbe n'est pas ou peu influencée par la première piqûre, et si dans certains cas la maladie continue à évoluer comme si on n'avait fait aucune injection, le plus souvent à la deuxième ou troisième piqûre la courbe descend de 1 degré, et la baisse s'accentue aux piqûres suivantes, soit par une descente régulière, soit par l'apparition d'un stade amphibole.

Certains auteurs signalent une chute brusque de température, répondant à l'injection, bientôt suivie d'une remontée ; nous n'avons jamais eu l'occasion d'observer des faits de ce genre.

Donc tous les grands symptômes de la maladie sont favorablement influencés, et cela même lorsque la balnéation froide n'est pas associée à la méthode.

De manière presque constante la stupeur disparaît ; la langue s'humidifie ; et de manière assez fréquente la diarrhée diminue, la température tend à s'abaisser.

2° Le traitement diminue-t-il la durée de la maladie ? — Tous les auteurs rapportent avec une fréquence très grande des formes bénignes, des typhoïdes abortives. Aucun ne signale la présence de formes traînantes ou prolongées. Six auteurs différents ont rapporté la durée moyenne de leurs cas traités et la durée moyenne d'un nombre équivalent de cas témoins. Tous accusent une diminution nette par le traitement. Ils gagnent de sept à neuf jours sur les cas témoins.

Nous pouvons donc répondre affirmativement à cette question : le traitement fait gagner à peu près une semaine au malade.

3° La vaccinothérapie diminue-t-elle la mortalité dans la fièvre typhoïde ? — Sur 2059 cas recueillis dans la littérature, nous retrouvons 129 décès ; ce qui fait comme pourcentage 5,7 p. 100. Or, les statistiques classiques montrent une mortalité qui varie entre 15 et 20 p. 100 et la balnéation réduit cette proportion à 9,9 p. 100.

Or, les résultats de la vaccinothérapie portent sur un nombre de cas suffisamment nombreux, sur des épidémies suffisamment variées pour que l'on puisse tenir compte de ce chiffre et le comparer aux chiffres classiques.

Nous voyons donc que ce traitement, même comparé aux meilleures statistiques générales, diminue encore la mortalité presque de moitié.

Ces résultats nous paraissent encore plus concluants, si nous comparons la mortalité dans les cas traités avec les cas témoins au cours des mêmes épidémies ; et nous ne ferons que signaler là les deux statistiques les plus importantes : celles de Petrovitch qui, sur 460 cas, a un pourcentage de mortalité de 2,9 p. 100, tandis que, sur 220 témoins, il a 12,8 p. 100, et celle de Gray qui sur 126 cas a 3,9 p. 100, tandis que ses témoins meurent dans une proportion de 9,7 p. 100.

En résumé, nous voyons donc que tous les auteurs qui ont essayé la méthode sont d'accord à de très rares exceptions près pour lui accorder une grosse valeur thérapeutique.

En particulier, la mortalité diminue nettement, l'état général se relève rapidement, et s'il n'est pas rare de voir des typhoïdes tourner court à la suite du vaccin, dans tous les cas la durée de la maladie est nettement raccourcie.

Une très bonne impression se dégage donc du dépouillement de toutes les observations et il nous

semble bien qu'à l'heure actuelle ce soit vraiment le traitement de choix de la fièvre typhoïde.

Ces faits sont encore confirmés par les résultats que nous avons obtenus nous-même avec notre maître, le docteur Hirtz, dans le traitement de vingt-cinq fièvres typhoïdes que nous avons eu l'occasion d'observer pendant les six derniers mois de l'année 1913. Ces résultats sont d'autant plus concluants, d'ailleurs, que nous avons pris tous les cas qui se sont présentés sans faire aucun choix ; et que, sauf dans deux formes particulièrement sévères, nous n'avons pas voulu associer au traitement la balnéothérapie, afin de nous rendre mieux compte de la valeur de la méthode. Comme points de comparaison, nous avons les fièvres typhoïdes traitées à la même époque, dans les services voisins, par la méthode de Brandt.

Dans tous ces cas, nous nous sommes servis du vaccin sensibilisé de Besredka, que nous tenons à remercier ici, pour l'amabilité avec laquelle il a toujours mis à notre disposition les doses qui nous étaient nécessaires.

Nous ne reviendrons pas sur la technique suivie qui est celle indiquée plus haut, et nous nous contenterons de signaler les résultats obtenus.

Or, sur ces 25 cas, nous avons eu un décès, chez un malade grand éthylique qui a présenté des phénomènes de délire et qui est mort en hyperthermie. L'autopsie ne nous permit de déceler que des lésions de myocardite.

La mortalité fut donc de 4 p. 100, tandis que, dans les services voisins, 13 cas traités par les bains froids entraînent deux morts, ce qui fait un pourcentage de 15 p. 100.

Nos 25 cas ont duré en moyenne vingt et un jours, tandis que 40 cas témoins soignés dans le service, pendant les mois qui précédèrent, donnèrent, comme moyenne, vingt-huit jours. Nous avonc donc là encore sept jours de gagnés par rapport aux cas témoins.

De plus, si nous examinons séparément les différents cas observés, nous voyons que, sept fois, nous avons retrouvé des formes abortives, où la maladie a duré dans son ensemble de treize à seize jours. Dans plus d'un quart des cas, la maladie a donc évolué en moins de deux semaines. On ne retrouve pas habituellement un tel pourcentage de cas bénins. Ce qui semble prouver encore qu'on n'avait pas affaire à des formes spontanément abortives, c'est que bien souvent on a pu voir les taches rosées persister, alors que tous les autres symptômes de la maladie et en particulier la fièvre avaient disparu.

Dans la moitié des cas, la maladie a évolué comme une fièvre typhoïde normale, traitée par la balnéothérapie ; et il est probable que, si on avait associé les deux traitements, on aurait eu encore des résultats meilleurs. Dans ces formes, la guérison est venue du dix-septième au vingt-cinquième jour de la maladie.

Enfin le dernier quart de nos cas (6 cas) n'a pas semblé très nettement influencé par le traitement. La guérison s'est fait attendre un peu plus longtemps ; deux fois seulement elle a dépassé le trentième jour de la maladie, l'apyrexie étant survenue, dans 1 cas le trente-troisième jour et dans un autre le trente-cinquième jour.

Sur ces 25 cas, nous n'avons observé que peu de complications. D'abord nous n'avons pas eu de perforation. Les hémorragies sont survenues deux fois assez abondantes et toutes les deux se sont terminées par la guérison. Cela nous fait donc un pourcentage de 8 p. 100, ce qui est assez comparable à ce que l'on observe dans les formes non traitées.

Comme autres complications, nous devons signaler une parotidite et une broncho-pneumonie due à des germes associés. Enfin, notre cas mortel s'est compliqué de myocardite.

Quant aux rechutes, elles se sont montrées particulièrement fréquentes au cours de cette épidémie ; et cependant, nous avons employé dans tous nos cas des doses massives et répétées qui semblaient devoir nous mettre à l'abri de cette complication. Nous avons pu observer trois fois des rechutes, ce qui nous fait un pourcentage de 12 p. 100. On sait que pour Brouardel leur fréquence serait marquée par des chiffres variables suivant les épidémies de 3 à 10 p. 100.

Comparaison entre les différents vaccins. — Une dernière question, enfin, demandait à être précisée, c'était de savoir à quel vaccin il fallait s'adresser ; si l'un des trois vaccins actuellement employés présentait sur les autres un avantage véritable ; et si l'un de ceux-ci apportait des résultats plus concluants que les autres.

Nous avons vu que, théoriquement tout au moins, tous présentaient la même valeur, puisqu'ils étaient constitués par un seul et même corps, le bacille typhique jouant rôle d'antigène ; et qu'ils ne se différenciaient les uns des autres que par leur mode de préparation.

Nous avons vu, de même, que le vaccin sensibilisé présentait peut-être l'avantage d'éviter complètement la phase négative et surtout d'avoir une action plus rapide et plus régulière.

Or, si nous étudions les résultats obtenus par les différents auteurs qui ont employé l'un ou l'autre de ces trois vaccins, nous voyons que ces résultats sont à peu près identiques.

Que l'on emploie le vaccin chauffé, le vaccin sensibilisé ou le vaccin éther, rapidement les mêmes symptômes se reproduisent : amélioration de l'état général, fréquence très grande des formes abortives, absence complète de formes traînantes et prolongées. Il y a donc une véritable transformation de la fièvre typhoïde et cette transformation est surtout nette chez les enfants. De plus tous les auteurs s'accordent à dire que l'amélioration est très variable suivant les cas ; que si parfois elle est évidente, elle est souvent moins nette et quelquefois absolument nulle. Avec chacun des trois vaccins, il y a des cas absolument réfractaires à la vaccinothérapie. Les cas observés sont encore trop peu nombreux pour que l'on puisse savoir si l'un des vaccins a vraiment une valeur plus grande que les autres; cependant, en face de nos cas que nous avons rapportés en détail

et dans lesquels les résultats nettement favorables furent observés dans un quart des cas, les résultats favorables dans la moitié, et les résultats nuls dans un quart des cas, nous pouvons placer ceux de Rieux-Louis et Combe qui, avec le vaccin éther, sur 16 observations ne rapportent qu'un cas nettement favorable, que 2 cas favorables et 13 cas non influencés; et ceux de Thiroloix qui ayant expérimenté le même vaccin dans 50 cas ne rapporte aucune modification dans un tiers des cas, les deux autres tiers au contraire auraient été nettement influencés.

On pourrait peut-être conclure de là que le vaccin sensibilisé est plus actif; mais nous croyons qu'il faut attendre de nouvelles expériences et des cas plus nombreux avant de se faire une opinion définitive.

Quant à la mortalité, au nombre des hémorragies et à la fréquence des rechutes, elle est très voisine avec chacun des vaccins et nous ne pouvons faire mieux que de rapporter le tableau comparatif des résultats obtenus à ce point de vue.

Cependant nous ferons remarquer que ces chiffres n'ont pas une valeur absolue, car il y a une trop grande différence entre le nombre des cas observés dans l'un ou l'autre de ces groupes :

		TOTALITÉ des vaccins.	VACCINS chauffés.	VACCINS sensibilisés.	VACCIN éther.
Nombre des auteurs..		146	119	9	16
Nombre total des cas.		2294	1949	146	191
Mortalité..	Cas........	2256	1919	146	191
	Mort.......	129	103	14	12
	Pour 100...	5,71	5,36	9,58	6,28
Rechutes..	Cas........	1286	1019	140	127
	Rechutes...	91	69	14	9
	Pour 100...	7,07	6,77	10	7,08
Hémorragies	Cas........	728	567	64	87
	Hémorragies.	54	41	6	7
	Pour 100...	7,52	7,23	9,37	7,81

Il nous faut donc attendre pour pouvoir conclure en faveur de l'un ou l'autre des vaccins. Chacun d'eux a d'ailleurs ses défenseurs et ses partisans, mais en réalité leurs résultats sont à peu de chose près assez comparables. Ils sont de même nature et agissent par le même mécanisme; et nous croyons que l'on peut s'adresser avec autant de chance de succès à l'une ou l'autre de ces préparations, à condition d'employer les doses que nous avons signalées au début.

C'est certainement, à l'heure actuelle, le traitement de choix de la fièvre typhoïde. Il ne doit pas remplacer les bains qui ont fait leur preuve, mais se surajouter à eux; et l'on n'a pas le droit de refuser maintenant à un malade le bénéfice de ce traitement, qui, manié avec prudence, nous a semblé sans danger. Cependant, en cas de fièvre typhoïde très grave ou compliquée, nous croyons qu'il faut employer des doses faibles et espacées pour ne pas forcer l'organisme à un travail réactionnel trop considérable auquel il ne pourrait pas répondre. De plus une hémorragie doit faire arrêter les piqûres. Enfin si le malade n'a pas réagi après quatre ou cinq injections, il n'est pas nécessaire de continuer : on a affaire à une forme rebelle au traitement, qui ne peut bénéficier de la vaccinothérapie.

Depuis la rédaction de cette revue, nous avons retrouvé 118 nouveaux cas avec 14 morts, rapportés par 13 auteurs différents.

Réunis aux cas précédents, nous arrivons donc à un total de 2416 cas, avec comme pourcentage de mortalité 6 (143 décès pour 2374 cas). Ces différents cas se répartissent dans les statistiques de 160 auteurs différents.

BIBLIOGRAPHIE

ALLENBACH. Traitement des typhoïdes par la vaccination, *Münch. med. Woch.*, 5 mai 1914, n° 18.

ANDERS. *Journ. roy. army med. corps*, 12 fév. 1911.

ARAOZ ALFARO (G.). Traitement spécifique de la typhoïde, *Revista de la Soc. med. argentina*, sept.-oct. 1913.

ARDIN-DELTEIL, NEGRÉ et RAYNAUD. Vaccinothérapie typhique, *Acad. des sc.*, 2 déc. 1912; — *XIIIe Congrès de méd.*, oct. 1912; — *Bull. de la Soc. de biol.*, 1913, p. 371; — *Bull. de l'Inst. Pasteur*, 1913; — *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 25 août 1913; — *Province méd.*, 11 janv. 1913, n° 2, p. 13.

ARDIN-DELTEIL. Antigénothérapie de la typhoïde, *Bull. de la Soc. de méd. d'Alger*, 19 fév. 1913; — *Bull. méd. de l'Algérie*, 25 fév. 1914.

BESREDKA. Les vaccins antityphiques, *Cours Pasteur*, 1910-1911; — Les virus vaccins sensibilisés, *Biologica*, 15 déc. 1912; — *Bull. de l'Inst. Pasteur*, 15 août 1913; — Les bases expérimentales de la vaccination antityphique, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 25 août 1913.

BESSON. *Technique microbiologique et sérothérapique.*

BEUMER et PEIPER. *Zeit. f. klin. Med.*, Bd XXVIII, h. 3 et 4; — *Zeit. f. Hyg.*, 1886, t. I. p. 489.

BIRT. Vaccination des typhiques, *Journ. roy. arm. med. corps*, sept. 1906.

LE BLAYE. La courbe thermique dans les vaccinothérapies, *Arch. méd. de province*, 1913, n° 110.

BOINET. Vaccinothérapie typhique, *Soc. de biol.*, 8 mars 1913; — *Bull. de l'Acad. de méd.*, 18 mars 1913.

BROUARDEL et GIROUX. Vaccin dans une typhoïde grave, *Soc. méd. des hôpit.*, 5 déc. 1913; — *Bull. hebd. de statistique municipale*, 15 juin 1913 et 3 janv. 1914.

CALLISON. *Southern med. Journ.*, 1911.

CASTAIGNE. La vaccination antityphique, *Journ. méd. français*, oct. 1913.

CHANTEMESSE et WIDAL. De l'immunité contre le virus de la typhoïde des substances solubles, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1887; — *Id.*, 1888, p. 54; — *Id.*, 1892, p. 755.

CHANTEMESSE. Vaccinothérapie typhique, *Bull. de l'Acad. de méd.*, mai 1913; — *XIIIe Congrès de méd.*, oct. 1912; — *Soc. méd. des hôpit.*, 13 juin et 4 juillet 1913; — *Monde méd.*, 15 juin 1913; — *Journ. méd. franç.*, oct. 1913.

CHEZAL. *Bull. de l'Inst. Pasteur*, 1913.

CLAISSE. Vaccinothérapie typhique, *Soc. méd. des hôpit.*, 21 nov. 1913.

CLEMENT et DAWSON. Cholécystite, *Journ. of roy. army med. corps*, 1912.

COMBE. *Clinique*, 9 fév. 1911; — Vaccination antityphique, *Progrès méd.*, 13 déc. 1913.

COMBY. Vaccinothérapie chez l'enfant, *Soc. méd. des hôpit.*, 28 nov. 1913; — *Soc. de péd.*, 10 fév. 1914.

COURMONT et ROCHAIX. Vaccination antityphique par voie intestinale, *Acad. des sc.*, 20 mars et 19 avril 1911; — *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov. 1911; — *Acad. des sc.*, nov. 1911; — *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars 1912; — Vaccinothérapie typhique par voie intestinale, *Soc. méd. des hôpit.*, 17 mai 1912; — Vaccination

antityphique, *Presse méd.*, 3 juin 1911 ; — *Revue de méd.*, oct. 1911 ; — *XIIIe Congrès de méd.*, oct. 1912.

CRESPIN et POUGET. Autolysat de Vincent dans le traitement de la typhoïde, *Bull. méd. de l'Algérie*, 29 fév. 1914.

CREUZE. *Recherches sur la vaccination antityphique*, Th. de Paris, 1912.

DELÉARDE et LEBORGNE. Vaccination de la typhoïde, *Province méd.*, 21 juin 1913; — *Echo méd. du Nord*, 1913.

DESCLAUX. Vaccinothérapie de la typhoïde chez l'adulte, *Bull. méd.*, 23 mai 1914, n° 41.

DESSY GRAPIOLO FOSSATI. *Semana medica*, 12 fév. 1914.

DUFOUR. Vaccinothérapie typhique, *Soc. méd. des hôpit.*, 18 juillet, 31 oct. et 28 nov. 1913.

DUNCAN. *North. amer. Journ.*, 1911, p. 1.

FERRAN (Jaime). Vaccination antityphique, *Cron. med. Valencia*, 25 oct. 1913.

FISCHER. Les vaccinothérapies, *Concours méd.*, 24 mars 1914.

FLECHTER. *Journ. amer. med. Assoc.*, 15 avril 1911.

FRAENKEL (Eug.). Ueber specifische Behandlung des abdominal Typhus, *Deut. med. Woch.*, 12 oct. 1893, n° 41.

GANIAYRE. Typhoïde et vaccinothérapie. *La Clinique*, 2 janv. 1914.

GAUCHERY. *La Vaccinothérapie typhique*, Th. de Paris, 1913-1914.

GRENET. *Soc. méd. des hôpit.*, 17 oct. 1913.

GUINON. Résultats de la vaccinothérapie à l'hôpital Bretonneau, *Soc. de péd.*, 13 janv. 1914.

HALLION et BAUER. Généralités sur la vaccination antityphique, *Journ. méd. franç.*, 15 oct. 1913.

HALLION et CARRION. In *Pratique médico-chirurgicale*, p. 849.

HAMEL et GENDRONNEAU. Un cas de typhoïde traité par la vaccinothérapie, *Arch. méd.-chir. de province*, déc. 1913.

HENRY (Paul). Un cas de typhoïde traité par le vaccin de Chantemesse, *Gaz. des hôpit.*, 14 fév. 1914, n° 19.

HIRTZ et GAUCHERY. Vingt cas de typhoïde traités par le Besredka, *Paris méd.*, janv. 1914, n° 9.

HOLLIS. Traitement de la typhoïde par vaccinothérapie, *Acad. de méd. de New-York*, 15 fév. et 15 mars 1910.

JOB et GRYSEZ. Vaccination antityphique, *Revue d'hygiène*, 1906, p. 363.

JOSUÉ et BELLOIR. Auto-vaccination typhique, *Soc. méd. des hôpit.*, 11, 18 juillet et 17 oct. 1913.

KENNEDY. Une typhoïde traitée par vaccinothérapie, *Journ. of roy. army med. corps*, 1909, p. 286.

KOLBE. Vaccinothérapie curative de la typhoïde, *Soc. méd. de Paris*, 12 déc. 1913.

KYNDT. *Belgique méd.*, janv. 1914; — *Journ. méd. de Bruxelles*, 1914, n° 6.

LAFFARGUE. Vaccinothérapie de la typhoïde, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 11 janv. 1914.

LAGRIFFOUL. *Sérothérapie de la typhoïde*, Th. de Montpellier, 1910.

LEISHMANN. *The Milit. surg.*, juin 1908 ; — *Journ. of roy. army med. corps*, 1907.

LOUIS et COMBE. Vaccination antityphique, *Gaz. des hôpit.*, 85e année, p. 1924; — Bactériothérapie typhique, *Monde méd.*, 5 nov. 1913.

LUMIÈRE et CHEVROTTIER. Polyvalence de sérum, *Acad. des sc.*, 18 nov. 1902; — Toxicité des sérums, *Ibid.*, 2 juin 1913.

MEAKINGS et FORSTER. Vaccinothérapie typhique, *Canadian med. assoc. Journ.*, juin 1911, vol. I, n° 6.

MENDEZ. Le remède spécifique de la typhoïde, *Rev. de la Soc. med. argentina*, 1902, p. 469.

MÉRY. *Soc. de péd.*, déc. 1913.

METCHNIKOFF. *L'Immunité dans les maladies infectieuses*, Masson 1911.

METCHNIKOFF et BESREDKA. Vaccination antityphique, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, août 1913 ; — *XIIIe Congrès de méd.*, oct. 1913 ; — Recherche de porteurs de germes après l'injection préventive des vaccins sensibilisés, *Acad. des sc.*, 8 juillet 1912; — Vaccination contre la typhoïde, *Ibid.*, 8 juillet 1912.

MILHIT. Traitement de la typhoïde, *Actualités thérapeutiques*, Paris 1912, n° 2.

MORICHAU-BEAUCHANT. Vaccinothérapie de la typhoïde, *Arch. méd. de province*, juin 1913, n° 6.

NATTAN-LARRIER. Vaccination antityphique, *Presse méd.*, 1904.

NETTER. Vaccinothérapie typhique, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1906; — *Bull. de l'Acad. de méd.*, 20 mai 1913; — *Soc. méd. des hôpit.*, 11 avril, 11, 28 juillet et 25 août 1913.

NICOLLE, CONOR et CONSEIL. Inoculations intraveineuses de typhiques vivants, *Bull. de l'Acad. des sc.*, 15 juillet 1913; — Inoculations intraveineuses de typhiques morts à l'homme, *Ibid.*, 18 nov. 1912; — Les méthodes de vaccination antityphique à l'Institut Pasteur de Tunis, *Presse méd.*, 15 nov. 1913.

ŒLNITZ (d'). Vaccinothérapie antityphique chez l'enfant, *Soc. méd. des hôpit.*, 26 déc. 1913.

OLLE. *La Vaccination antityphique*, Th. de Lyon, 1911.

ORTICONI et GILLES. Vaccination typhique en période d'incubation, *XIIIe Congrès de méd.*, oct. 1912.

PESCAROLO et QUADRONE. Traitement de la typhoïde par les bacilles vivants, *Centralbl. f. in. Med.*, 1908.

PETROWITCH. Vaccinothérapie typhique, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 22 avril 1913; — *Soc. méd. des hôpit.*, 25 avril 1913.

PETRUSCHKI. *Zeit. f. Hyg.*, t. XII, p. 261.

POLLOCK. Un cas de typhoïde traité par les vaccins, *Journ. of roy. arm. med. corps*, juin 1911, vol. XVI.

PRUVOST. Th. de Paris, 1914.

RANDOLPH. *New-York med. Journ.*, 6 sept. 1913.

RANQUE et SÉNEZ. *Marseille méd.*, 15 fév. 1914, nos 3, 4 et 5.

RAW. Onze cas de vaccinothérapie, *Brit. med. Journ.*, 1910, vol. I, p. 1539.

RENAUD. *Soc. méd. des hôpit.*, 11 avril 1913.

REVEILHE. *Vaccinothérapie typhique*, Th. de Montpellier, 1914.

RICHARDIÈRE. *Soc. de péd.*, 13 janv. 1914.

RICHARDSON. Traitement de la typhoïde par vaccins, *Journ. of med. res.*, 1904, vol. XIII ; — *Boston med. and surg. Journ.*, 1907, p. 449.

RIEUX-LOUIS et COMBE. Note sur la vaccinothérapie typhique, *Soc. méd. des hôpit.*, 28 nov. 1913.

RIMBAUD. Résultats des vaccinations antityphiques, *Journ. méd. franç.*, 15 oct. 1913; — *Montpellier méd.*, 9 et 16 nov. 1913.

ROQUES. *Contribution à l'étude de la vaccinothéraqie de la typhoïde par le vaccin de Besredka*, Th. de Toulouse, 1913.

ROUSLACROIX. Homéothérapie bactérienne de la typhoïde par un immunigène typhoïdique, *Soc. de biol.*, 20 juin 1914.

ROUSSEL. Six cas de typhoïde traités par le vaccin de Vincent, *Bull. méd. de l'Algérie*, 25 fév. 1914.

ROUX et CHAMBERLAND. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1887.

SABLÉ. Traitement de la typhoïde par vaccins, *Journ. des sc. méd. de Lille*, 12 juillet 1913.

SABLÉ et BERNARD. Vaccination antityphique prophylactique et curative, *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1er nov. 1913.

SACQUÉPÉE et CHEVREL. Vaccinothérapie antityphique, *Soc. méd. des hôpit.*, 25 avril 1913; — *Médicaments microbiens*, Baillière, Paris 1909.

SACQUÉPÉE. *Journ. méd. franç.*, oct. 1910; — *Paris méd.*, 20 janv. 1912.

SADLER. Traitement de la typhoïde par antigènes, *Quart. Journ. med.*. 1911, p. 193.

SAPPINGTON. Etudes des vaccins typhiques, *Journ. of med. res.*, 1910, vol. XXII, p. 435.

SEMPLE. Note préliminaire sur la vaccinothérapie, *The Lancet*, 12 juin 1909.

SEMPLE et MATSON. Préparations de vaccins, *The Lancet*, 1910, p. 436.

SMALLMAN. Traitement de la typhoïde par vaccins, *Journ. of army med. corps*, fév. 1909, p. 136.

THIROLOIX-GARSAUX, BARDON. Vaccinothérapie typhique, *Soc. méd. des hôpit.*, 11 avril, 18 juillet, 21 et 28 nov. 1913.

VARIOT, GRENET et DUMONT. Vaccinothérapie typhique, *Clinique infantile*, 11e année, n° 21 ; — *Soc. méd. des hôpit.*, 24 oct. 1913.

VINCENT. Présentation d'autolysat, *Acad. des sc.*, 14 fév. 1910; — Vaccination antityphique, *Acad. de méd.*, 21 juin 1910; — *C. r. de l'Acad. de méd.*, 1911, p. 68; — Immunisation active de l'homme contre la typhoïde, *Acad. des sc.*, 6 août 1912; — Les vaccins polyvalents, *XIIIe Congrès de méd.*, oct. 1912; — Spléno-diagnostic de la typhoïde, *Acad. des sc.*, 11 nov. 1912; — Vaccinothérapie typhique,

Bull. de l'Acad. de méd., avril et 20 mai 1913; — *Soc. méd. des hôpit.*, 17 oct. 1913; — *Gaz. des hôpit.*, 21 oct. 1913; — *Journ. méd. franç.*, 15 oct. 1913; — *Clinique infantile*, 11e année, n° 21; — *Soc. méd. des hôpit.*, 14 nov. 1913; — *Vaccination et sérothérapie dans la typhoïde*, Th. de Montpellier, 1913, n° 24.

WATTERS et EATON. Vaccinothérapie typhique, *Med. rec.*, 1911, vol. LXXIX, p. 797; — *Med. and surg. Journ*, 1909; — *Med. rec.*, 20 sept. 1913.

WEIL (Paul-E.). Vaccinothérapie des enfants, *Soc. méd. des hôpit.*, 17 oct. 1913; — *Clinique infantile*, 11e année, n° 21; — *Monde méd.*, 15 déc. 1913.

WEIL-HALLÉ. Vaccinothérapie dans la typhoïde, *Soc. méd. des hôpit.*, 17 oct. 1913.

WEINZWEIG. *Vaccinothérapie dans la typhoïde*, Th. de Paris, 1914.

WILSON. Six typhoïdes traitées par les vaccins, *Journ. of the roy. army med. corps*, août 1910.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 15 JUILLET 1914)

Réfection d'un vagin absent. — M. QUÉNU fait un rapport sur une observation de M. Sénéchal. Il s'agissait d'une jeune fille complètement dépourvue de vagin. M. Sénéchal lui a refait un vagin par l'opération de Baldwin. Ces faits sont rares. M. Quénu n'a pu réunir que 22 observations de ce genre, avec une mort par gangrène de l'intestin qui, vraisemblablement, résultait d'une mauvaise technique opératoire.

Luxation du semi-lunaire. — M. DEMOULIN fait un rapport sur une observation de MM. Mathieu et Mouchet. Il s'agissait d'une luxation du grand os avec énucléation du semi-lunaire qui a pu être réduite sans opération, contrairement à ce qu'a soutenu M. Delbet qui a écrit que, quand il y avait énucléation du semi-lunaire en avant, la réduction ne pouvait être obtenue et qu'il fallait recourir à l'ablation préalable du semi-lunaire. Or le fait de MM. Mathieu et Mouchet, joint à d'autres faits, prouve le contraire.

Estomac biloculaire avec sténose du pylore. — M. ROCHARD fait un rapport sur une observation de M. Malartic (de Toulon). Il s'agissait d'une femme qui souffrait constamment. La radioscopie montra qu'elle avait un estomac composé de deux poches réunies par un conduit du calibre de l'intestin grêle, avec sténose pylorique complète. M. Malartic fit une gastro-entérostomie antérieure, guérison. Il s'agissait d'un estomac biloculaire probablement congénital avec sténose pylorique consécutive à un ulcère.

Epithélioma du rein. — M. SCHWARTZ fait un rapport sur une observation de M. Chevrier. Il s'agit d'une jeune femme de vingt-deux ans qui, depuis quatre ans, portait une tumeur dans le rein droit abaissé. L'expérience du bleu de méthylède et le cathétérisme des uretères montrèrent que ce rein droit fonctionnait encore assez bien. Mais la tumeur augmentant de volume, M. Chevrier opéra cette malade le 30 juin. Il fit une ablation sous-péritonéale du rein tout en ménageant le péritoine avec drainage de la fosse lombaire. Les suites immédiates furent simples, mais la malade fut prise d'occlusion intestinale; on fit un anus cæcal et elle succomba.

Deux faits à retenir dans cette observation : le développement de la tumeur rénale s'était considérablement accru sous l'influence d'une grossesse qui fut cependant menée à terme. En second lieu, M. Chevrier s'est fort bien trouvé, pour l'opération, de l'incision lombo-iliaque.

Plaie pénétrante de poitrine par balle de revolver. — M. LEJARS analyse une observation présentée par M. Grégoire. Un homme reçoit une balle dans la poitrine. Il a un hémothorax avec dyspnée, température à 39 degrés : thoracotomie, évacuation du liquide séro-sanguinolent; la température tombe, guérison. Huit mois après, dans un accès de toux, ce malade crache sa balle.

Anesthésie locale. — M. THIÉRY reconnaît que l'anesthésie locale a été une véritable révolution pour la chirurgie. Elle a fait ses preuves et devrait être employée aujourd'hui dans tous les cas où l'anesthésie générale n'est pas indispensable. On ne peut donc que rendre justice à M. Reclus. M. Thiéry pense qu'il n'est pas nécessaire d'attendre aussi longtemps que le dit M. Reclus avant de prendre le bistouri, avec les injections traçantes de cocaïne. Les résultats de l'anesthésie locale dépendent de trois conditions : la technique du chirurgien, l'état nerveux de l'opéré et l'agent anesthésique employé.

M. Thiéry, toutefois, pense qu'on ne doit pas y recourir pour les grandes opérations non réglées. Il faut tenir compte aussi, dans ces résultats, de l'état nerveux du sujet. Il y a des sujets plus ou moins sensibles et il y en a même qui peuvent supporter, par exemple, une cure radicale de hernie sans aucune anesthésie. M. Thiéry cite même le cas d'un malade qui était si peu sensible que, dans un pansement de la tête, on a pu lui fendre l'oreille sans qu'il s'en soit aperçu.

M. Thiéry a étudié successivement tous les divers agents proposés, la cocaïne, l'eucaïne, la stovaïne, la novocaïne. C'est à la cocaïne qu'il donne la préférence. On a beaucoup exagéré les dangers de la cocaïne. Il s'en est beaucoup servi, il a même injecté une solution de cocaïne au vingtième dans une tunique vaginale pour la cure d'une hydrocèle, ce qu'il ne referait pas aujourd'hui, et il n'a jamais eu d'accidents.

Il se sert actuellement d'une solution de cocaïne au centième. Il pratique ainsi une grande partie des opérations, mais pour les laparotomies, les grandes opérations non réglées, il reste fidèle à l'anesthésie générale.

M. LABBÉ se rappelle avoir fait, il y a bien longtemps, une injection de cocaïne dans la tunique vaginale et avoir vu survenir des accidents très graves et très inquiétants.

M. POTHERAT reprend la question dans son ensemble. Au point de vue de la priorité, M. Pozzi a employé la cocaïne en 1886; lui-même l'a employée en 1885. Aujourd'hui l'anesthésie locale est devenue une méthode parfaitement réglée, grâce à l'initiative et aux travaux de M. Reclus qui a pu faire des milliers d'opérations à l'anesthésie locale sans un accident. M. Reclus est donc bien le père de l'anesthésie locale et cette méthode, même à l'étranger, porte très justement son nom. Toutefois il faut reconnaître que l'anesthésie locale n'est pas applicable à toutes les opérations de la chirurgie. Elle se montre parfois, souvent même, insuffisante, pour qu'on soit obligé de lui adjoindre l'anesthésie générale, au dire même de M. Reclus. Enfin M. Potherat fait valoir en faveur de l'anesthésie générale un argument que nous nous étonnons de n'avoir pas entendu plus souvent : la malade assiste à son opération. S'il s'agit d'une laparotomie, par exemple, la malade assiste à « l'inventaire de son ventre ». Pour peu qu'il y ait un accident, une hémorragie, elle est témoin de l'impatience ou du trouble du chirurgien. Pour les grandes opérations, c'est là un argument qui, selon nous, a une grande valeur en faveur de l'anesthésie générale.

M. ROUTIER n'est pas un adepte fervent de l'anesthésie locale. A ses yeux, c'est trop long. S'il faut une heure pour opérer une fissure anale, il trouve que c'est excessif. L'anesthésie locale peut rendre des services pour certaines petites

opérations. Mais pour l'amputation de cuisse, pour les laparotomies, il n'hésite pas à rester fidèle à l'anesthésie générale par l'éther.

L'anesthésie locale dans la chirurgie cranienne. — M. LAPOINTE fait une intéressante communication sur ce sujet. Il résulte de cette communication que l'anesthésie localisée serait appelée à rendre les plus grands services dans la chirurgie cranienne.

Pyélo-néphrite d'origine appendiculaire. — M. WALTHER analyse une observation de M. Proust. Il s'agit d'une pyélonéphrite consécutive à une appendicite. Après l'ablation de l'appendice, tous les troubles rénaux ont immédiatement disparu. M. Walther rapproche de cette observation plusieurs autres cas semblables observés par M. Jalaguier et par lui-même.

Ablation de l'astragale et du calcanéum, prothèse adipeuse, bon résultat. — M. CHAPUT, sur une malade atteinte de tuberculose calcanéo-astragalienne, a enlevé l'astragale et le calcanéum et les a remplacés par un bloc adipeux pris à la cuisse.

Actuellement le pied a une forme presque normale et la malade marche assez bien; le résultat sera très bon après ténotomie et redressement de l'équinisme.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 12 JUILLET 1914)

Action de l'extrait du lobe postérieur de l'hypophyse sur la sécrétion urinaire. — MM. Marcel GARNIER et Ernest SCHULMANN injectant à des lapins par la voie sous-cutanée des extraits de lobe postérieur d'hypophyse de bovidés ont obtenu d'une façon à peu près constante une diminution remarquable du taux de l'urine qui devient épaisse, visqueuse, et renferme dans un certain nombre de cas de l'albumine et des albumoses; une glycosurie passagère n'a été observée que rarement. Cette oligurie transitoire est suivie d'une crise polyurique qui apparaît en général le troisième jour après l'injection. L'urine oligurique est peu riche en eau; dans un cas elle n'en renfermait que 90,86 p. 100 et contient beaucoup de sels calcaires.

L'extrait de lipoïde a la même action que l'extrait total; les lipoïdes injectés séparément paraissent dépourvus de toute propriété sur la sécrétion urinaire. L'hypophyse postérieure de cheval a la même action que celle de bœuf.

Ces faits sont à rapprocher des résultats obtenus en clinique par différents observateurs qui ont vu le taux de la polyurie dans le diabète insipide diminuer sous l'influence d'un extrait d'hypophyse postérieure.

Teneur du sang veineux surrénal en cholestérine dans diverses conditions expérimentales. — MM. R. PORAK et A. QUINQUAUD montrent que la teneur en cholestérine du sérum sanguin de la veine surrénale, chez le chien, est plus élevée que la teneur en cholestérine du sérum sanguin de la carotide et de la veine fémorale.

Quand on excite le nerf splanchnique, l'adrénaline augmente dans la veine surrénale, mais la teneur en cholestérine ne change pas.

Quand on injecte de la morphine, poison des globules rouges neutralisé par la cholestérine, la teneur en cholestérine augmente dans le sang surrénal tandis que l'excrétion de l'adrénaline ne se modifie pas.

Présence de sensibilisatrice spécifique dans le sérum des malades atteints d'insuffisance glandulaire. — MM. J. REBATTU et R. BIOT ont constaté que le sérum des malades atteints d'insuffisance glandulaire fixe le complément en présence de ces glandes. Ils se sont servi pour cela des extraits glandulaires préparés par divers laboratoires et ont appliqué la technique déjà décrite de R. Biot. Alors que les sérums des individus normaux ne donnent pas de fixation, elle est constamment positive en présence soit de l'orchitine, soit de la thyroïdine, soit de l'hypophysine, ou même en présence de chacun de ces extraits pour les sujets chez lesquels cliniquement chacun de ces organes semblait devoir être incriminé. Les auteurs se proposent de rechercher s'il s'agit d'anticorps destinés à lutter contre un hyperfonctionnement de ces glandes, ou bien plutôt de lysines qui en altèrent le fonctionnement.

FORMULAIRE

CIRRHOSE DU FOIE

Régime lacté. Révulsifs sur la région hépatique : compresses échauffantes (Robin) ou vésicatoires volants (10/5) laissés en place six heures et renouvelés tous les dix jours. Massage abdominal.

Alterner le sulfate de soude avec le calomel (Huchard) : huit jours de suite une cuillère à café de sulfate de soude dans un verre d'eau; les huit jours suivants, un paquet de calomel (0g02 à 0g03) à prendre à jeun.

Combattre l'ascite par la médication diurétique : Théosalvose phosphatée (2 à 4 cachets de 0g50 par jour).

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Montpellier médical. — (N° 20, 17 mai 1914.) FORGUE et JEANBRAU : Pratique des accidents du travail ; accidents dus à l'électricité. — (N° 21, 24 mai.) REVEILHE : La vaccinothérapie avec le vaccin sensibilisé de Besredka.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 19, 12 mai 1914.) MAYER et SCHNEIDER : Le trouble de la fonction ovarienne dans les myomes utérins. — BERG : L'accumulation d'albumine dans le foie après ingestion d'albumine intacte ou décomposée. — KLÉE : Forme de l'estomac en cas d'exagération du tonus du vague et du lymphatique. — LUNCKENBEIN : Traitement des tumeurs malignes par les extraits de tumeurs. — BREUNING : Le paratyphus chez les enfants à Münich. — KERN : Épidémie de maladie de Heine-Medin dans un établissement. — CRONE : Le sulfate de baryum comme moyen de contraste dans la radiologie du tractus gastro-intestinal. — ROSENTHAL : Sur la question du traitement profond par les rayons. — VOGT : Traitement de l'obésité par le leptynol. — WENZEL : Sur un cas d'ankylose très marquée de la colonne vertébrale. — SCHEIDEMANDEL : Thermophore portatif pour les examens bactériologiques du sang. — SPITZY : Emploi d'un sphygmomanomètre pour anémier les extrémités. — (N° 20, 19 mai.) KÜCH et REMERTZ : Sur la tension superficielle du sérum et du liquide céphalo-rachidien chez l'homme. — PFEIFFER : Sur la présence de ferments protéolytiques dans le sérum des lapins brûlés. — STÜHMER : Sérum au salvarsan. — OLOFF : Contribution à la tuberculose de la rétine. — BAEYER : Nouveau symptôme de tabes. — WEIL : Contribution à la clinique de la thrombose des veines mésentériques. — BRÜNING : Contribution à la technique de l'exclusion du pylore dans l'ulcère de l'estomac. — KEIL : Le traitement par le mésothorium en gynécologie. — RAPP : Traitement des tumeurs malignes par l'eucytol. — ESCH : Nouvelle réaction cutanée pendant la grossesse. — MAYER :

Le diagnostic des porteurs durables de bacilles par l'examen du contenu de la vésicule biliaire recueilli aux opérations. — HUISMANS : La néphrite basedowienne. — LOEWE : Traitement du phimosis. — KISSKALT : Besoin d'albumine et alimentation carnée. — SCHARUKE : Traitement du delirium tremens. — (N° 21, 26 mai.) SCHETTENHELM et WIDEMANN : Traitement de la tuberculose par la vaccine de Friedmann. — VERPLOEGH, KEHRER et HOOGENHUYSE : Recherches bactériologiques sur la lymphogranulomatose. — KLIENEBERGER : La formule sanguine de la leucémie aiguë comme symptôme passager. — WIDMER : Le traitement hors du lit de la pneumonie. — TRAUGOTT : Anesthésie sacrée et locale dans la laparotomie. — HAUPTMANN : La nature des ferments de défense dans la réaction d'Abderhalden. — FLATOW : La question des ferments de défense. — ROMINGER : Traitement du phimosis dans l'enfance. — PFEIFFER : Contribution au traitement du diabète. — KERSTEN : Sur les injections intramusculaires de néosalvarsan. — FISCHER : Thymectomie à cause d'une trachéo-sténose thymique. — LOEWE : Traitement de l'ongle incarné. — VON DER PORTEN : Traitement du delirium tremens par le véronal.

Presse médicale. — (N° 38, 13 mai 1914.) CANTONNET : Le sympathique oculaire et les troubles oculo-sympathiques. — (N° 39, 16 mai.) ZUBER : Les infections alimentaires par le groupe du bacille de Gaertner. — ESMEIN : Le botulisme. Hier et aujourd'hui. — (N° 40, 20 mai.) Ch. AUBERTIN : Action comparée de l'arsenic et du fer dans les anémies. — (N° 41, 23 mai.) P. LE DAMANY : Les insuffisances hépatiques monosymptomatiques. — Léon MEUNIER : De la cryoscopie du contenu gastrique et de ses conséquences thérapeutiques. — (N° 42, 27 mai.) G. MAUPETIT : Les psycho-névroses hyposphyxiques. Leur traitement. — P. JOURDANET : Le rôle du système nerveux dans les dermites professionnelles. — (N° 43, 30 mai.) F. WIDAL, André WEILL et PASTEUR-VALLERY-RADOT : Le pronostic au cours des néphrites chroniques par le seul dosage de l'urée dans le sang. Recherches sur la constante d'uréo-sécrétoire d'Ambard. — Harry PLOTZ : L'étiologie du typhus. Note préliminaire.

Progrès médical. — (N° 21, 23 mai 1914.) J. BRAULT : Note sur la provenance des cas de lèpre importés en Algérie. — (N° 22, 30 mai.) KAKOWSKY : La thermopénétration dans les maladies internes.

Revue de chirurgie. — (N° 5, 10 mai 1914.) O. LAURENT : Les anévrismes et les blessures des nerfs en chirurgie de guerre (7 fig.). — E. QUÉNU : De la sporotrichose mammaire. — Pierre DUVAL : Technique opératoire de la cæcopexie (fixation du cæcum au tendon du petit psoas) [5 planches]. — L. HAYEM : Les plaies du genou et leur traitement (par armes de guerre exceptées). — G. POTEL : Essai sur les malformations congénitales des membres. Leur classification pathogénique (*suite*) [7 fig.]. — J. WALTER-SALLIS : Le foie dans l'appendicite (*fin*).

Revue de psychiatrie et de psychologie expérimentale. — (N° 5, mai 1914.) Paul COURBON : Le ridicule et la folie. Contribution à l'étude des internements contestables. — LIVET : Syndrome de Ganser chez un détenu militaire. Contribution à l'étude des rapports de la simulation et de la démence précoce. — GRASSET : L'intention criminelle et les dégénérés.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 21, 23 mai 1914.) SARGNON : Indications et manuel opératoire de la laryngectomie en dehors des tumeurs malignes ; anesthésie locale dans les laryngectomies ; manuel opératoire des laryngectomies complexes et des plastiques. — Henri ABOULKER : Quatre cas de sangsues fixées dans le larynx. — (N° 22, 30 mai.) Henri ABOULKER : Résection du laryngé supérieur dans la dysphagie des tuberculeux. — BONAIN : Nouvelles rectifications concernant l'anesthésique local dit « liquide de Bonain ».

Revue neurologique. — (N° 9, 15 mai 1914.) A. SOUQUES : Zona cervical et paralysie faciale (1 fig.). — Gotthard SÖDERBERGH : Quelle est l'innervation radiculaire des muscles abdominaux. — (N° 10, 30 mai.) A. BAUDOUIN et MARCORELLES : Paralysie radiale et syphilis. — JANICHEWSKY : Le réflexe de préhension dans les affections organiques de l'encéphale (2 fig.).

Semaine médicale. — (N° 20, 20 mai 1914.) F. LEJARS : Pyométrie et abcès de l'utérus.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'obstétrique, par A. RIBEMONT-DESSAIGNES, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris, accoucheur de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie de médecine, et G. LEPAGE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, accoucheur de la Maternité de l'hôpital Boucicaut. Huitième édition. Un vol. gr. in-8 de XII-1574 pages avec 587 fig. dans le texte dont 452 dessinées par Ribemont-Dessaignes. — Prix : relié toile, 32 francs; l'ouvrage relié en deux volumes, 35 francs. — Paris, Masson et Cie.

Précis de thérapeutique et de pharmacologie, par A. RICHAUD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, docteur ès sciences. Troisième édition, revue et mise au courant. Un vol. in-8, de XXXVI-1000 pages de la *Collection de précis médicaux*. — Prix : cart. toile souple, 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

Précis élémentaire d'obstétrique sous forme de demandes et réponses, par le docteur C. GIRARD, professeur départemental d'accouchement. Nouvelle édition entièrement refondue, avec figures intercalées dans le texte. Un vol. de 510 pages. — Prix ; 8 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Nu au théâtre depuis l'antiquité, par les docteurs L. NAAS et G.-J. WITKOWSKI. Nouvelle édition refondue, ornée de 120 illustrations. — Prix : 6 francs. — Paris, librairie Le François.

La Statique vertébrale normale dans ses rapports avec les déviations, les déformations vertébro-rachidiennes et chondro-costales, par F. LACROIX, ingénieur-mécanicien orthopédiste. Un vol. gr. in-8, avec 59 fig. — Prix : 5 francs. — Paris, A. Maloine.

Comment conserver sa santé, par le docteur TOULOUSE. Un vol. in-16. — Prix : broché, 3 fr. 50. — Paris, Hachette et Cie.

La Psychoanalyse des névroses et des psychoses. Ses applications médicales et extramédicales, par M. le professeur E. RÉGIS et le docteur A. HESNARD, professeur et assistant de clinique psychiatrique à l'Université de Bordeaux. Un fort volume in-16. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, F. Alcan.

Technik der klinischen Untersuchungsmethoden, Teil II, par le docteur BRUGSCH-SCHITTENHELM. — Wien, Urban et Schwarzenberg, éditeurs.

Lithiase biliaire et colique hépatiques, par le docteur VEILLARD. Une broch. de 24 pages. — Paris, Bougault.

L'Hypertension artérielle au cours des néphrites chroniques urémigènes (ses modalités cliniques, son traitement) (*Consultations médicales françaises*, fasc. 64), par le docteur J. CASTAIGNE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. In-16 de 24 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco; abonnement annuel (12 fasc.) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 82. — MARDI 21 JUILLET 1914. 87e ANNÉE. MARDI 21 JUILLET 1914. — N° 82.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 10 francs par an. Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — M. le docteur Parcelier est nommé chirurgien adjoint de l'hospice général de Pellegrin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Une place d'agrégé (section d'obstétrique) sera vacante à la Faculté de médecine de l'Universite de Paris, à partir du 1er novembre 1914.

Un délai d'un mois, à dater de la publication du présent avis, est accordé aux agrégés pour produire une demande de transfert.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Rouen. — Par décret en date du 12 juillet 1914, le directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, une somme de 20000 francs léguée par Mme veuve Féré.

Le produit de cette libéralité sera employé à l'amélioration de l'outillage scientifique des divers laboratoires de l'Ecole, conformément à la délibération de l'assemblée des professeurs de l'Ecole en date du 6 avril 1914.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — M. le docteur Henri Français est nommé médecin chef de service à la Maison départementale de Nanterre.

En conséquence, un concours pour deux places de médecin suppléant de cet établissement hospitalier aura lieu en 1915. Un avis ultérieur fera connaître la date exacte de l'ouverture de ce concours.

— Le concours pour les places vacantes d'interne en médecine et en chirurgie à la Maison départementale de Nanterre vient de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — MM. Poitrinal, Sébald, Delort, Texier, Allard et Pépin.

Internes provisoires. — MM. Loupie et Migot.

GUERRE. — — Par décret en date du 8 juillet 1914, ont été nommés dans le cadre auxiliaire du service de santé :

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — M. Lépinay.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Pont, Garsaux, Perrin, Pellot, Luzoir, Bursaux, Viguerie, Esnoult, Sellet, Collette, Narcy, Renard, Rendu, Prat, Jamin, Giffo, Thoby, Dellac, Simon, Philip, Vandenbussche, Herdly, Capdevilla, Petit, Leroy, Bubendorf, Chiais, Tuloup, Hippert, Meurice, Cernard, Grias, Burgues, Marc, Joinaux, Bailly, Grunberg, Lemoine.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs en médecine Mallein, Perraudin, Rainguet, Bourdier, Bonnet, Fournier.

— Par décision ministérielle du 16 juillet 1914, M. le médecin principal de première classe Sieur, sous-directeur de l'Ecole d'application du service de santé et médecin chef de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, est nommé directeur du service de santé du 20e corps d'armée (service).

MARINE. — M. le médecin de première classe Dargein, du port de Rochefort, actuellement en service à Brest, est désigné pour aller occuper les fonctions de médecin résident à l'hôpital maritime de Lorient, en remplacement de M. Hédie qui terminera le 29 juillet 1914 la période réglementaire de séjour dans cet emploi.

— Par décret en date du 14 juillet 1914 ont été promus dans le corps de santé de la marine pour compter du 12 juillet 1914 :

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — M. le médecin principal Audibert.

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Abeille de la Colle.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Hesnard et Lepeuple.

— Par décret en date du 15 juillet 1914, les dispositions du décret du 28 juin 1914 (guerre) prescrivant que, par mesure transitoire, les élèves admis directement en deuxième division en 1913 à l'école du service de santé militaire, sans avoir satisfait aux obligations de la loi sur le recrutement, n'accompliront que le premier des stages de deux mois dans un corps de troupes prévu par l'article 13 de la loi du 7 août 1913, sont applicables aux élèves admis directement en deuxième division, en 1913, à l'école principale du service de santé de la marine.

ASSISTANCE DES FEMMES EN COUCHES. — Le *Journal officiel* du 18 juillet 1914 publie une circulaire relative aux instructions d'hygiène qui doivent être remises aux bénéficiaires de la loi instituant l'assistance aux femmes en couches.

ABSENCE CONGÉNITALE DU VAGIN

CRÉATION D'UN VAGIN ARTIFICIEL PAR GREFFE D'UNE ANSE INTESTINALE

(Technique de Baldwin, modifiée par Quénu et Anselme Schwartz)

Par M. Marcel SÉNÉCHAL,
Chirurgien assistant de la Maison départementale de Nanterre.

Le 10 septembre 1913 entrait à la maison de Nanterre, dans le service de mon maître le docteur Emile Reymond, que je remplaçais pendant les vacances, Mlle L... Juliette, âgée de dix-huit ans.

Cette jeune fille nous est adressée par notre excellent ami le docteur Perrin (de Bezons). La mère de cette jeune fille, inquiète de n'avoir jamais vu apparaître de règles chez son enfant, alors que des douleurs pelvi-abdominales se manifestaient chaque mois depuis qu'elle avait atteint l'âge de douze ans, avait été le consulter à ce sujet.

Après examen, mon ami Perrin constate une absence congénitale du vagin et me l'adresse en vue d'une tentative de création artificielle de cet organe.

Je vois la jeune L... le 11 et je constate que les organes génitaux externes sont parfaitement constitués. Le développement pileux du pénil est normal à cet âge.

Ce qui me frappe cependant c'est que l'orifice urétral est très reporté en arrière, 1 centimètre plus loin environ que son abouchement vaginal normal et paraît correspondre à l'endroit où l'orifice vaginal se trouverait normalement.

Cette situation avait induit en erreur un des internes du service, très habitué cependant aux examens gynécologiques. Celui-ci avait cathétérisé l'urètre, croyant explorer une simple atrésie très serrée du vagin.

En explorant plus avant, je constate qu'au conduit vaginal correspond seulement une dépression de 15 millimètres de longueur environ, complètement close, et qui ne peut admettre pour l'examen visuel qu'un *speculum nasi*.

Le toucher rectal ne permet de percevoir aucune trace de matrice. Tout au plus, sent-on sur les parois latéro-antérieures de petites masses qui paraissent correspondre aux annexes, dont on soupçonne la présence du fait des douleurs périodiques accusées par la malade.

Celle-ci raconte également que, depuis l'âge de douze ans, ses douleurs abdominales se renouvellent exactement tous les mois et durent huit jours. D'abord sourdes, elles augmentent progressivement d'intensité, puis cessent de même.

Depuis un an les douleurs sont de plus en plus vives, et s'accompagnent d'étouffements la nuit, lorsqu'elle est couchée horizontalement. Les douleurs s'irradient également vers la région sacrolombaire, s'exaspérant lorsqu'elle marche. Cette période pseudo-cataméniale s'accompagne d'une céphalée légère mais persistante.

L .. présente dans son habitus extérieur un aspect normal, plutôt vigoureux. Aucun signe de dégénérescence, sauf peut-être un très léger degré de prognatisme de la mâchoire inférieure.

Ses facultés intellectuelles paraissent également normales.

L'examen des différents viscères des autres appareils ne révèle rien de particulier. Estomac, foie, rate normaux. Cœur et poumons également normaux. Ventre souple. Point de Mac Burney nettement sensible. Système urinaire normal. Ni sucre, ni albumine, 950 grammes par 24 heures. Densité 1012. Réaction acide. Urée 7g60 au litre. Chlorure 6 grammes au litre.

Mon embarras était grand sur la décision à prendre, quant à la méthode d'autoplastie que je suivrais pour répondre au désir de la jeune fille et de son médecin. Les lectures que j'avais faites sur de pareils sujets m'avaient laissé le souvenir de beaucoup d'insuccès ou de résultats très difficiles à maintenir en état de perméabilité suffisante, lorsque me fut rappelée par l'interne, qui avait précédemment examiné la malade, M. Lecocq, l'excellente revue générale publiée par MM. Quénu et Anselme Schwartz, dans la *Revue de chirurgie* du 10 juin 1913.

Je relus attentivement ce travail très documenté et je décidai d'intervenir selon la technique qu'ils préconisaient à la suite de leurs recherches cadavériques.

Disons dès à présent que, au cours de cette opération qui ne me parut pas très difficile à exécuter, pour un chirurgien exercé à la technique de la chirurgie gastro-intestinale, je ne rencontrai aucune difficulté particulière. L'opération ne me parut pénible que par sa durée (1 h. 55). Il est vrai que celle-ci aurait pu être diminuée en pratiquant l'anastomose intestinale au bouton de Murphy au lieu de réaliser une anastomose latéro-latérale, laquelle a absorbé la majeure partie du temps passé, par la multiplicité des surjets qu'elle impose.

Le risque opératoire subi par la patiente ne m'a pas paru considérable, pourvu que l'on observe scrupuleusement les règles de technique classiques dans les opérations sur le tractus intestinal.

Comme particularités, je signalerai simplement que la laparotomie médiane a été pratiquée selon la technique sus-pubienne, transversale, de Pfannenstiel, qui m'est particulièrement chère, et il m'a bien paru qu'elle était, dans ce cas, spécialement indiquée, là où l'esthétique est inséparable du but utilitaire que l'on se propose.

L'appendice, volumineux, enflammé, a été réséqué. Je décrirai plus loin l'aspect des organes génitaux internes qui ont été également enlevés au cours de l'opération.

Après avoir prévenu les parents de la jeune L... que l'opération comportait un certain risque, je pratiquai celle-ci le 30 septembre, assisté de M. Lecocq, anesthésie à l'éther (Ombrédanne) par M. Casalis, internes du service de M. Emile Reymond.

Opération. — Les mains gantées, on pratique dans le sens *transversal*, qui paraît présenter le plus d'étendue et au fond de la dépression corres-

pondant à l'orifice, une incision de 5 centimètres de longueur environ.

On décolle facilement l'espace vésico-rectal sans déterminer aucune hémorragie et l'on arrive au contact du cul-de sac péritonéal de Douglas. On place un grand clamp courbe dans le tunnel ainsi formé et l'on bourre avec des compresses.

La malade, qui était en position gynécologique,

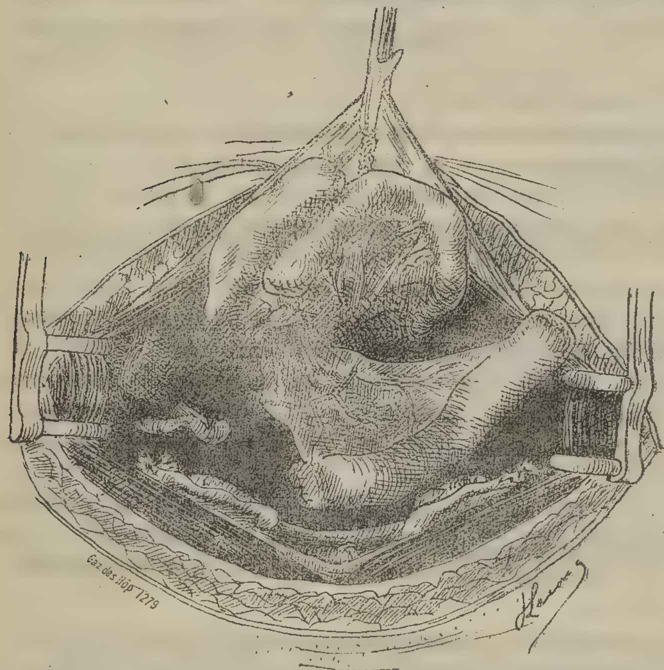


Fig. 1. — On voit d'avant en arrière, derrière les muscles écartés : *a.* la vessie ; *b.* le voile représentant le ligament large contenant les deux utérus, les trompes et les ovaires placés latéralement ; c. l'anse exclue prête à être mise en place pour servir de néo-vagin ; *d.* le cæcum et l'appendice.

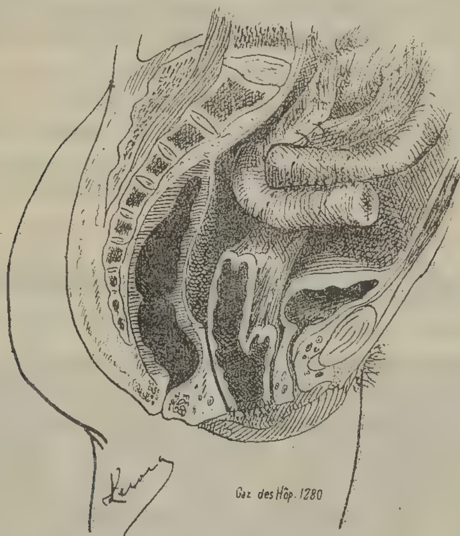


Fig. 2. — L'opération est terminée. L'anse intestinale anastomosée *près* d'une de ses extrémités est accolée en canon de fusil sur une très courte étendue.

est mise à plat sur la table d'opération qui est inclinée en Trendelenburg peu accentué.

Déganté, je pratique l'incision transversale suspubienne de Pfannenstiel à l'aide d'instruments stérilisés dans une boîte différente.

L'abdomen ouvert, l'appendice se présente, gros, enflammé. Il est réséqué. Le moignon est enfoui sous un point en bourse.

On explore alors la cavité pelvienne et l'on constate la disposition suivante qu'affectent les organes génitaux internes.

En arrière de la vessie s'étend, d'une fosse iliaque à l'autre, un voile péritonéal double disposé en demi-cercle, bien distinct de la vessie, correspondant aux deux feuillets des ligaments larges et limitant très nettement deux culs-de-sac : l'un, en avant, serait dans la disposition normale, le cul-de-sac vésico-utérin ; l'autre, en arrière, est le cul-de-sac de Douglas.

La partie moyenne de ce voile, qui devrait être occupée par le corps utérin, est vide d'aucun organe et les deux feuillets péritonéaux sont séparés l'un de l'autre par du tissu cellulaire lâche.

Les deux parties latérales du voile, correspondant aux ligaments larges normaux, sont respectivement occupées par :

1° Un petit utérus, du volume d'une amande décortiquée, accompagné de deux artères latérales correspondant aux artères utérines dans leurs connexions avec l'utérus normal ;

2° Une trompe de volume normal chez une jeune fille, perméable ;

3° Un ovaire scléro-kystique, plus gros qu'un ovaire normal.

Au total : 2 utérus, 4 artères utérines, 2 trompes, 2 ovaires. Les utérus n'ont aucun point de contact l'un avec l'autre et quoiqu'ils rappellent l'idée d'utérus didelphe sont incapables de porter cette dénomination.

On se trouve en présence d'un arrêt de développement évident.

Ablation de tous ces organes.

A 35 centimètres environ du cæcum, et après coprostase, on isole une anse iliaque sur 20 centimètres de longueur. Elle est sectionnée sur cette dimension ainsi que le mésentère correspondant en ayant soin d'éviter les vaisseaux mésentériques autant que faire se peut.

On referme immédiatement les deux bouts de cette anse par deux doubles surjets à la soie.

On l'abandonne alors vers le fond de la plaie au contact du sacrum, après s'être assuré que la longueur du méso permettra le glissement jusqu'à la vulve.

En avant du méso de l'anse exclue, on pratique la fermeture de chaque bout intestinal par double surjet à la soie, puis on réalise une anastomose latérale classique entre ces deux bouts.

La continuité intestinale rétablie, on effondre le cul-de-sac de Douglas. Un aide retire les compresses qui sertissent le clamp courbe abandonné précédemment dans le tunnel vaginal et manœuvre les mors de celui-ci, de façon à saisir l'anse exclue tout près de son bout cæcal, le plus abaissable, sur le bord convexe de cette anse. L'anse intestinale est ainsi facilement amenée à la vulve.

L'abdomen est alors fermé. On laisse cependant un drain n° 45 dans le cul-de-sac de Douglas par mesure de sécurité.

On place à nouveau la malade en position péri-

néale, on saisit l'anse abaissée au point où le clamp l'avait prise et on l'ouvre à ce niveau. Il s'en écoule du mucus mélangé de sang. Celui-ci est soigneusement épongé. L'anse qui constituera le vagin est détergée à l'aide de compresses montées sur des pinces, et l'on suture muqueuse à muqueuse, par points séparés au catgut n° 1, l'orifice intestinal ainsi créé, aux lèvres de l'incision vulvaire.

SUITES OPÉRATOIRES. — Température normale. Douleurs assez vives dans le bas-ventre. On est obligé, pendant vingt-quatre heures, de sonder la malade qui ne peut uriner seule. Coliques intestinales.

Le drain abdominal est enlevé au bout de quarante-huit heures : aucune réaction péritonéale.

Chaque jour le néo-vagin est débourré et rebourré avec de la gaze vaselinée. Il sécrète des glaires sanguinolentes pendant huit jours. Au bout de ce temps les glaires changent d'aspect et sont simplement gélatineuses.

Les injections vaginales ont été commencées le quatrième jour et poursuivies quotidiennement.

L'orifice vaginal admet facilement l'introduction de deux doigts accolés.

Le cul-de-sac le plus long présente vers son extrémité, et à bout de doigt, un rétrécissement qui paraît correspondre au passage de l'anse extériorisée à travers le cul-de-sac de Douglas.

La malade présente de temps en temps des coliques intestinales légères.

Elle sort du service, complètement guérie, le 23 octobre.

Revue le 20 novembre 1913, car nous lui avons recommandé de revenir fréquemment en vue de surveillance, elle se présente avec les particularités suivantes :

L'orifice vulvaire est légèrement plus étroit, mais admet cependant avec facilité la plus grosse des bougies d'Hégar.

Le vagin sécrète encore un peu de mucus.

La malade se plaint de douleurs irradiant vers l'ombilic, lorsque l'on force la dilatation de son conduit vaginal. Ces douleurs ressemblent à des coliques, ne sont pas extrêmement violentes, et cèdent aussitôt que la dilatation est arrêtée.

Nous avons eu l'occasion de revoir cette malade ces tous derniers jours. Le résultat est aussi satisfaisant que possible et se maintiendra certainement dans l'avenir.

Le néo-vagin admet facilement l'introduction de deux doigts accolés. La sécrétion est complètement tarie. Les douleurs périombilicales ont disparu.

Nous devons à l'habileté de M. Lecocq, qui nous aida au cours de l'intervention, les deux excellents dessins qui accompagnent cet article.

L'un montre admirablement la disposition des divers organes une fois l'anse intestinale exclue et l'anastomose latérale faite.

L'autre met en évidence la disposition du néo-vagin une fois l'opération terminée.

Nous le remercions très vivement de la peine qu'il a bien voulu prendre.

ACTUALITÉS

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DU PRURIT INVÉTÉRÉ DE L'ANUS

Le prurit anal est une désolante affection non seulement pour le malade qui en est atteint mais aussi pour le médecin chargé de la guérir. Ce ne sont pas, certes, les moyens de traitement qui font défaut. Mais en est-il parmi ceux-ci dont l'efficacité soit certaine ? Tous ont donné des succès et tous échouent quelquefois. On ne saurait s'en étonner si l'on songe que le prurit anal n'est qu'un phénomène subjectif, par lequel se traduisent des troubles morbides bien différents. Quelques-uns de ces troubles sont évidents ou du moins faciles à découvrir. Il en est ainsi par exemple de l'irritation causée par l'helminthiase ou la phtiriase, des hémorroïdes, des dermatites périnéales. On sait, d'autre part, l'importance que prennent souvent des causes générales comme la glycosurie, l'albuminurie, la cholémie, certains états névropathiques, l'arthritisme. Mais il n'en reste pas moins un bon nombre de prurits qui semblent mériter leur qualificatif d'essentiels. Et ce sont précisément les plus tenaces.

Les proctologistes anglais et américains ont consacré de nombreux travaux à la question en ces dernière sannées et ils trouvent parfois le point de départ de ces prurits dans de minimes lésions ano-rectales, facilement inaperçues ou négligées : polype, inflammation des cryptes, ulcérations au niveau des sinus de Morgagni. D'après Wallis (1), presque tous les prurits de l'anus auraient ainsi une origine intestinale.

Murray (2) pense avoir mis en évidence une cause toute différente de l'affection. Dans 19 cas, il a découvert une véritable streptococcie de la peau périanale et les huit malades appartenant à cette série qu'il a traités par la méthode des vaccins autogènes ont été complètement guéris après un nombre d'injections variant de 1 à 8. Cette streptococcie était-elle secondaire à des lésions de grattage ou primitive comme la guérison du prurit le donne à croire ? Il est difficile de se prononcer à ce sujet tant que de nouvelles recherches n'auront pas confirmé les intéressantes constatations de Murray.

Ball (3) estime que le prurit anal, quand il n'est pas dû à des parasites ou à une dermatite, dépend d'une altération des nerfs régionaux et peut être rapproché de la névralgie faciale.

En somme on peut dire qu'il existe une catégorie de prurits périnéaux, plus ou moins exactement localisés à l'anus dont la nature n'est pas nettement établie et qui se distinguent par une résistance remarquable à l'action de tous les agents thérapeutiques. Cette forme, d'après les descriptions qu'en donnent les auteurs, présente quelques caractères cliniques assez constants. Le malade est presque toujours un homme et, dit Wallis, fatigué, paraissant plus vieux que son âge, neurasthénique. Le prurit dont il se plaint est essentiellement chronique, fait de brûlures et de démangeaisons très vives, à peu près incessantes mais avec des exacerbations régulières, souvent nocturnes. La peau qui entoure l'anus est épaissie et parcheminée, surtout au niveau des plis et du raphé; elle présente parfois un aspect velouté. Ces altéra-

(1) Frederick WALLIS. Pruritus ani, *Practitionner*, London, LXXXVII, 1911, p. 417.

(2) D. H. MURRAY. Pruritus ani the probable cause and an outline of treatment. A preliminary report based on results of original research, *J. Amer. med. Assoc.*, LVII, 1911, p. 1913; — Pruritus ani, *Lancet*, XXIII, 1911, p. 311.

(3) C. BALL. Clinical remarks on the treatment of inveterate pruritus ani, *Brit. med. Journ.*, I, 1905, p. 113; — *The rectum, its diseases and developmental defects*, London, 2e édition, 1908.

tions paraissent dues à des troubles trophiques tout autant qu'aux grattages répétés.

C'est contre ces prurits invétérés et rebelles qu'on a employé l'électrothérapie diversement appliquée, faradisation, franklinisation et haute fréquence, la radiothérapie, les injections de sérum chaud ou froid, la cautérisation ou le curettage des bords de l'anus, les injections d'alcool.

« On ne peut, dit Lynch (1), proposer à de tels malades aucun traitement qui leur paraisse trop énergique, tant ils sont ardents à saisir le moindre espoir de guérison. »

Mais les résultats fournis par les méthodes précédentes sont encore irréguliers et souvent insuffisants. La chirurgie à laquelle on recourt depuis quelque temps a montré qu'elle pouvait être plus efficace. Il est indiqué de la faire intervenir après l'échec des moyens habituels.

La méthode chirurgicale a probablement été appliquée pour la première fois au traitement du prurit de l'anus par Rochet (2) [de Lyon], il y a quinze ans. Cependant elle n'a guère été utilisée en France jusqu'ici, alors qu'elle semble avoir pris à l'étranger, sous des formes différentes il est vrai, une place déjà importante dans la pratique proctologique.

Comment agit cette méthode ? Quel est son principe directeur ? A ce point de vue, il faut mettre à part le procédé de Wallis et celui de Mitchell Banks qui lui ressemble quelque peu d'après la description qu'en donne Ball. Wallis est convaincu que la lésion causale du prurit siège dans le canal anal. Pour lui la cure radicale du prurit consistera donc à réséquer un segment de ce canal.

Tous les autres opérateurs n'ont eu qu'un but : supprimer par des sections nerveuses la sensibilité de la région malade. Que ce traitement soit purement symptomatique, comme le prétend Wallis, ou qu'il agisse en même temps sur la cause du prurit si l'on admet que les nerfs dont il s'agit sont altérés au moins dans leur fonctionnement, peu importe, pourvu que le soulagement donné par l'opération soit durable, et il l'est presque toujours.

Dans cette seconde catégorie prennent place des techniques variées.

Mais examinons d'abord rapidement la cure radicale de Wallis. Elle ressemble en somme à une opération de Whitehead très limitée. L'auteur dit exactement qu'il faut « exciser une virole des tissus compris entre la marge de l'anus et le point où commence la muqueuse rectale vraie », puis réunir peau et muqueuse par une suture circulaire. Mitchell Banks combine les cautérisations de la muqueuse et l'excision de la peau. Les deux auteurs se déclarent très satisfaits de cette thérapeutique. Cependant Wallis, qui s'en est servi dans un grand nombre de cas, avoue qu'il a eu quelques ennuis dus à à la désunion de la suture ou à la récidive, d'ailleurs très rare, du prurit. Lorsque le prurit a ainsi reparu, il aurait suffi d'une cautérisation pour amener la guérison définitive.

Les procédés qui s'attaquent aux nerfs sensitifs de la zone irritée sont plus intéressants. L'intervention peut porter soit sur les troncs nerveux, soit sur les ramuscules au moment où ils pénètrent dans la peau. Rochet a adopté la première modalité et la seconde caractérise les techniques de Ball, de Krouse (3) et de Lynch.

(1) Jerome M. Lynch. Pruritus ani, *Medical record*, LXXXV, 1914, p. 1062.

(2) V. Rochet. Résection de la branche périnéale des nerfs honteux internes dans certaines affections spasmodiques de l'urètre et du périnée, *Arch. prov. de chir.*, VIII, 1899, p. 312; — Traitement chirurgical des prurits anaux et vulvaires, *Bull. de la Soc. de chir. de Lyon*, VI, 1903, p. 75.

(3) L. J. Krouse. Pruritus ani. Is it a disease per se or is it only a symptom, *Lancet clin.*, Cincinnati, XCVIII, 1907, p. 207; — Ball's operation in the treatment of cases of pruritus ani with report of a case in which necrosis of the flap occured, *Proctologist*, St-Louis, 91-101.

Rochet pratique une incision périnéale oblique partant d'un point situé à un travers de doigt en arrière et en dedans de la tubérosité ischiatique et se terminant à la hauteur de l'anus à 2 centimètres en dehors de lui. Il pénètre ainsi dans le creux ischio-rectal et, à l'aide de points de repère qui sont le bord postérieur du grand fessier, le grand ligament sacro-sciatique et l'ischion, il va mettre à nu les branches du nerf honteux interne qui sont collées à la face interne de l'os avec les vaisseaux de même nom. En général, des deux branches de division du nerf honteux, périnéale et dorsale de la verge, la première seule est sectionnée. Mais cette intervention sur le nerf honteux, que décrivent uniquement la plupart des Traités, ne suffirait pas toujours, comme l'a bien vu Rochet, et il est bon d'y ajouter une section du nerf anal cutané, qui est le plus souvent une branche collatérale du plexus honteux, puis une section des branches périnéales du nerf cutané postérieur ou petit sciatique, ce qu'il est possible de faire « en agrandissant ou en déviant » l'incision type.

La section simple du nerf est-elle suffisante ? C'est probable. Cependant il semble préférable de tordre en outre le bout nerveux périphérique jusqu'à ce qu'il s'arrache. L'élongation sans section proposée par Jaboulay ne donnerait pas une sécurité suffisante.

Rochet a rapporté en 1903 l'observation très démonstrative d'un homme atteint de prurit ano-scrotal invétéré, neurasthénique et morphinomane, qui fut complètement guéri par cette opération, le nerf dorsal de la verge ayant été respecté pour conserver au malade la sensibilité et la fonction péniennes.

Le procédé que Ball a fait connaître en 1905, de même que ceux de Krouse et de Lynch qui en dérivent, vise à obtenir la même anesthésie périnéale en agissant d'une façon plus localisée, c'est-à-dire en isolant la peau des plans sous-jacents auxquels se rendent les nerfs conducteurs de sa sensibilité. Voici la technique qu'emploie Ball.

Deux incisions courbes sont tracées l'une à droite, l'autre à gauche de l'anus vers les confins de la zone malade, de façon à circonscrire un segment de peau elliptique à grand axe antéro-postérieur dont l'anus est le centre. Mais cette ellipse n'est fermée ni en avant, ni en arrière; en ces deux points, les incisions ne se rejoignent pas et, par suite, ménagent deux ponts cutanés chargés d'assurer la vitalité de la peau périnéale. On a dessiné, en somme, deux lambeaux latéraux qu'on dissèque de dehors en dedans dans toute leur étendue, jusqu'au-dessus de la zone cutanéo-muqueuse de l'anus, en conservant à la peau une mince doublure adipeuse pour la priver le moins possible de ses moyens de nutrition. On décolle également les deux pédicules antérieur et postérieur et même, dans une certaine étendue, les lèvres externes des incisions. Les plaies saignent assez abondamment. Il est nécessaire d'attendre que l'hémorragie ait pris fin avant de suturer. En outre, les points de suture doivent être assez distants par endroits pour permettre le drainage.

La sensibilité de la région périanale et par suite le prurit disparaissent immédiatement après cette opération. Quand la sensibilité revient au bout de quelques mois, le prurit n'en reste pas moins définitivement guéri. C'est ce que Ball dit avoir toujours observé. En 1908 il rapportait une statistique de 15 cas ainsi traités sans un échec. Dans le premier cas auquel il ait eu affaire il s'agissait d'un prurit vieux de seize ans et qui poussait le malade au suicide; cinq ans après l'opération le trouble nerveux n'avait nullement reparu. Cependant deux des malades de cette statistique durent revenir parce qu'ils souffraient encore du prurit dans une zone étroite correspondant à la pointe du coccyx et qui n'avait pas été comprise dans le décollement. Il suffit pour compléter la guérison de disséquer à ce niveau, puis de replacer un petit lambeau cutané suivant le principe général de la technique.

Le procédé de Ball a été très favorablement apprécié par

les chirurgiens comme Leighton (1), Mummery (2), par exemple, qui s'en sont servi. Mummery le donne comme le seul moyen efficace après l'échec des traitements usuels.

Krouse ayant observé le sphacèle d'un des lambeaux périnéaux après une opération pratiquée à la manière de Ball a imaginé un procédé de décollement de la peau périnéale qui aurait les effets utiles du précédent sans faire courir les mêmes risques. Cette technique comporte six incisions irradiées de l'anus vers une circonférence imaginaire représentant les limites de la zone malade. Une incision est antérieure, une autre est postérieure et il y en a deux de chaque côté. La peau comprise entre chacune de ces incisions est soulevée par dissection, puis. après hémostase, remise en place et toutes les incisions sont fermées par des sutures. Krouse a, paraît-il, appliqué vingt fois son procédé au traitement du prurit anal avec un succès constant et il a toujours obtenu une cicatrisation immédiate des plaies opératoires.

Lynch a apporté une nouvelle modification au procédé de Ball pour essayer d'obtenir, à moins de frais et avec moins de risques encore, l'insensibilité nécessaire de la peau périanale.

Il choisit deux points de chaque côté de l'anus situés à trois ou quatre centimètres de cet orifice. Il y injecte une solution de novocaïne et il part de là, en donnant successivement à son aiguille des directions qui divergent en éventail, pour anesthésier une zone lozangique dont l'anus occupe le centre. Après quoi, à l'aide d'une minuscule incision pratiquée sur chacun des deux points préalablement choisis, il introduit la pointe d'un ciseau courbe sous la peau anesthésiée et lentement dissèque et sépare des plans profonds le losange cutané. Un petit tube doit drainer l'espace décollé pendant douze à vingt-quatre heures.

Cette opération, suivant Lynch, aurait l'avantage d'être sans danger, de pouvoir se faire n'importe où et de ne pas immobiliser le malade. Elle aurait été pratiquée par son auteur plus de trente fois avec d'excellents résultats. Cependant la récidive serait possible dans un délai de deux ou trois ans.

Quoique toutes ces variantes de la méthode chirurgicale paraissent avoir été pareillement actives contre le prurit invétéré de l'anus, il n'est pas inutile, pour conclure et choisir entre elles, de résumer les éléments de critique qui, au point de vue théorique tout au moins, leur sont favorables ou défavorables.

Le procédé de Wallis, quelque confiance que lui accorde son auteur, ne semble vraiment indiqué que dans les cas où l'on a pu découvrir une lésion locale. Encore serait-il plus prudent sans doute de traiter uniquement cette lésion que de réséquer tout le cylindre anal, alors que l'état de la peau épaissie et souvent infectée par le grattage peut faire craindre une désunion de la plaie et un rétrécissement consécutif.

Il est probable que, comme dit Rochet, « le véritable traitement des prurits invétérés de l'anus, de la vulve, du scrotum qui ont résisté aux moyens médicaux et qui peuvent devenir graves par leur intensité, c'est l'énervation du territoire malade ».

Dans la catégorie des procédés d'énervation périnéale, celui de Rochet paraît être le plus physiologique et le plus chirurgical si l'on peut dire. Il ressemble aux procédés de traitement de la névralgie faciale. Mais au niveau du périnée l'innervation sensitive est à un certain point de vue plus complexe qu'à la face. Elle relève non seulement du nerf périnéal mais aussi du nerf hémorroïdal et du nerf perforant cutané qui peuvent venir directement du plexus honteux et encore du nerf cutané postérieur de la cuisse. Tous ces nerfs s'anastomosent entre eux et présentent souvent des anomalies d'origine, de trajet et de distribution. En outre quelques-uns comme le nerf hémorroïdal par ses filets postérieurs et le nerf périnéal par la branche périnéale profonde sont en même temps moteurs. Il en résulte que, dans le cas de prurit anal, il ne doit pas être facile de sectionner sûrement tous les rameaux nerveux de la région intéressée, en respectant ceux qui sensibilisent des parties saines ou qui ont un rôle moteur. S'il est indiqué d'agir à la fois sur le périnée postérieur et sur le périnée génital, la question est différente; le procédé de Rochet est alors le seul qui permette d'obtenir commodément, par une intervention haute sur les troncs nerveux, une insensibilité étendue.

Le procédé de Ball paraît vraiment simple et satisfaisant lorsque le prurit est localisé au pourtour de l'anus. Il réalise d'une façon pour ainsi dire automatique l'énervation de ce territoire dans les limites mêmes où on le juge utile; les incisions qu'il comporte sont relativement éloignées de l'anus, ce qui n'est pas un avantage négligeable; enfin on a peine à croire qu'il puisse présenter le moindre danger s'il est exécuté suivant les règles posées par l'auteur et avec une rigoureuse asepsie.

Que valent les modifications de technique préconisées par Krouse et Lynch? Il serait à souhaiter que le procédé de ce dernier se montrât toujours suffisant, car il est d'une simplicité parfaite. Mais en supprimant les incisions circonférentielles de Ball et en limitant l'opération au seul décollement cutané, est-on sûr d'isoler aussi complètement la peau périanale au point de vue nerveux? C'est évidemment de la pratique seule qu'il faut attendre une réponse valable à cette question.

P. CHASTENET DE GÉRY.

(1) P. LEIGHTON. A note on the value of Ball's operation for pruritus ani, *Brit. med. Journ.*, 1910, I, p. 440.

(2) J. P. L. MUMMERY. Ball's operation for pruritus ani, *Med. Press. and Circ.*, London, 25 oct. 1909, p. 422.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 6 JUILLET 1914)

Vaccination contre la rage expérimentale par la sécrétion cutanée muqueuse des batraciens, puis par le venin de la vipère aspic. — Mme Marie PHISALIX. Les lapins immunisés successivement contre le venin cutané muqueux de la salamandre terrestre et contre le venin de la vipère aspic résistent à l'inoculation intracérébrale du virus rabique fixé, inoculation toujours mortelle pour les lapins normaux; mais ni l'un ni l'autre des venins, utilisé seul, ne confère une immunité suffisante pour résister à cette épreuve; ils ne sont capables que de retarder, dans la proportion d'un tiers des cas en moyenne, l'éclosion des symptômes rabiques.

Observation sur l'action physiologique du climat de haute montagne. — MM. H. GUILLEMARD et G. REGNIER.

Une série de lois de croissance basées sur 2000 observations d'enfants, 300000 mesures et 100000 notations (1891-1893-1914). — M. Paul GODIN.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 17 JUILLET 1914)

Traitement de la syphilis nerveuse précoce et tardive par les injections intrarachidiennes (Travail du service de M. Darier). — MM. E. MARCORELLES et A. TZANCK. La technique comporte une injection intraveineuse de 914, suivie aussitôt d'une injection intrarachidienne de 10 centimètres cubes d'auto-sérum recueilli après l'injection intraveineuse, contenant en plus en dissolution 6 milligrammes de 914.

Treize malades ont été soignés; 6 cas de syphilis nerveuse

précoce (4 méningites secondaires et 2 neuro-récidives) ont été très améliorés cliniquement et les résultats sérologiques ont été de pair avec la clinique.

Parmi sept malades atteints de syphilis nerveuses tardives (tabes, paralysie générale, etc.) on ne relève qu'une seule amélioration manifeste (guérison définitive d'un mal perforant plantaire).

Par contre, alors que l'examen du liquide céphalo-rachidien donnait des résultats très encourageants, les malades ont présenté des accidents d'intensité variée, mais à type médullaire :

a. Légers : réveil des douleurs fulgurantes, rétention passagère d'urine ;

b. Moyens : incontinence, lourdeurs dans les jambes, accidents durables mais tendant à la régression ;

c. Graves : paraplégie avec abolition des réflexes, troubles sphinctériens, troubles trophiques, escarre sacrée ouvrant la porte à l'infection.

Ces accidents qui rappellent ceux signalés par la plupart des auteurs ne se sont présentés que dans les cas de syphilis nerveuse tardive et semblent dépendre donc de l'état antérieur de la moelle.

Dans les méningites secondaires où nous sommes en présence de lésions résolutives, on peut tout attendre d'un traitement spécifique et les risques sont minimes.

Dans les syphilis nerveuses, au contraire, les bénéfices à attendre sont souvent restreints, tout au plus peut-on espérer un arrêt de l'évolution de la maladie, simple hypothèse, à laquelle manque l'épreuve du temps ; de plus la moelle étant atteinte, les risques d'accidents demeurent grands, la limite de tolérance au traumatisme est abaissée, ne laissant pas une marge de sécurité suffisante au-dessus de la dose efficace.

Syphilis et affections chroniques. — M. Le Noir a systématiquement recherché la syphilis chez mille sujets adultes du sexe masculin, observés en dehors de l'hôpital, atteints de maladies chroniques diverses et non alités et il a relevé les coïncidences morbides les plus fréquentes. Sur l'ensemble des maladies, la proportion de syphilis avérée a été de 17,76 p. 100, environ 1 sur 6. C'est le chiffre moyen qui servira de base pour apprécier la morbidité syphilitique dans chaque maladie associée. Les proportions les plus fortes se sont rencontrées conformément aux idées généralement admises dans les maladies du système nerveux (paraplégies 100 p. 100, abolition de réflexe pupillaire 100 p. 100, tabes 83 p. 100, hémiplégie 33 p. 100) et dans les affections vasculaires (anévrismes de l'aorte 100 p. 100, aortites 44 p. 100, insuffisance aortique 42,85 p. 100). Cependant l'artériosclérose confirmée ne donne que 30,75 de syphilis associées et l'hypertension artérielle 18,18 p. 100. En dehors des maladies médullaires et des affections cardio-aortiques, viennent l'albuminurie avec 33 p. 100, l'asthme 30,75 p. 100, l'obésité 28,28 p. 100, le rhumatisme chronique 23,33 p. 100, le diabète 21,73 p. 100, tandis que, parmi les affections du tube digestif, l'ulcère gastrique donne 12,48 p. 100, la dyspepsie 13,96 p. 100, les cirrhoses 16,66 p. 100, la lithiase biliaire 15 p. 100, les gros foies 10,66 p. 100.

M. Georges Brouardel rapporte, à l'appui des faits signalés par M. Le Noir, un cas de maladie de Raynaud qu'il a observé avec MM. Léon et René Giroux. Il s'agit d'une jeune femme de vingt-quatre ans qui présentait des phénomènes d'asphyxie locale des extrémités survenant surtout le matin et durant une demi-heure. La réaction de Wassermann a été positive et le traitement spécifique a semblé améliorer son état.

Gangrène pulmonaire et abcès gangréneux du poumon à évolution traînante et prolongée. — MM. G. Caussade, A. Coyon et L. Cotoni relatent trois observations dont la première est nettement un cas de gangrène pulmonaire dont l'évolution se fit en 55 jours, avec deux rémissions très marquées et assez longues pour faire croire à une guérison complète (apyrexie, cessation de toute expectoration fétide, bon état général) et dont les reprises étaient annoncées chaque fois par des hémoptysies noirâtres; à l'autopsie deux foyers gangréneux, petits, furent trouvés au sein d'un tissu de sclérose et, là, enkystés, ils évoluaient lentement vers la cicatrisation. Mais l'intoxication provoquée par eux amena la mort.

Dans une seconde observation, l'évolution fut à peu près analogue. Mais au début l'expectoration qui était fétide devint dans la suite nettement purulente et inodore, et, à l'autopsie, on ne trouva qu'un petit abcès siégeant dans le lobe supérieur du poumon droit. Là, comme dans la première observation, l'abcès était enkysté au milieu d'une sclérose assez abondante. La lésion évoluait vers la guérison, mais l'intoxication amena la mort.

Dans une troisième observation, il s'agit au contraire de deux abcès du poumon, l'un siégeant au sommet du poumon droit et l'autre à la base du même côté, et ce n'est qu'épisodiquement que survinrent des phénomènes de gangrène. La durée fut de 114 jours avec des rémissions nombreuses pendant les deux premiers mois, mais ces rémissions ne s'observèrent plus après l'épisode gangréneux. La mort survint aussi au milieu de symptômes généraux d'intoxication (facies terreux, diarrhée abondante, sueurs profuses, hyperpyrexie). Ce qui démontre bien, en outre, la nature toxique de ces symptômes, c'est que ces derniers augmentèrent malgré l'ouverture des deux abcès pulmonaires.

Les auteurs insistent sur la gravité de ces cas, malgré leur allure bénigne pendant une longue période et malgré la tendance à l'enkystement constatée anatomiquement dans les deux premières observations. Quant à la troisième, l'apparition de phénomènes gangréneux, même passagers, semble avoir aggravé l'état et causé la mort.

Le pronostic fut toujours fatal. Quant à la thérapeutique, vraiment curatrice, elle devra consister en une pneumotomie précoce et dans les injections intrabronchiques d'huile goménolée ou d'argirol au centième; car, à un stade avancé, l'intervention tardive au moment où l'intoxication est prononcée est nuisible.

Mais les auteurs signalent les difficultés qu'ils ont éprouvées à déterminer la situation exacte des foyers tant par la radioscopie que par les signes stéthoscopiques. Ils rappellent, entre autres causes d'erreurs, que par la percussion et l'auscultation on localise souvent les lésions pulmonaires beaucoup trop haut.

Enfin les auteurs, pour caractériser ces abcès pulmonaires qui sont ou primitivement ou secondairement gangréneux, proposent la dénomination « d'abcès gangréneux » qui en fera connaître la gravité.

Guérison d'un cas de tétanos au huitième jour de son évolution. — M. Le Noir rapporte l'histoire d'un malade chez lequel la guérison a été obtenue après un traitement intensif à la fois sérothérapique et chloralique (chloral 10 à 12 grammes par jour pendant douze jours et sérum 680 centimètres cubes dont 40 intrarachidiens, 455 sous-cutanés, 185 en lavements). Le malade a présenté des phénomènes toxiques : ébriété chloralique et érythèmes sériques qui ont obligé à diminuer la dose de chloral et à remplacer l'injection sous-cutanée par des lavements avec une petite dose de sérum. Il faut noter le bon effet de l'injection intrarachidienne. La guérison a été très rapide sans persistance d'aucune raideur.

M. Sicard, à propos de cette observation, fait remarquer que le pronostic du tétanos est moins grave, lorsqu'il survient à la suite d'une plaie superficielle, ce qui semblait être le cas dans l'observation de M. Le Noir.

Un cas de néphrite aiguë hématurique due au rhumatisme articulaire aigu. — MM. Marcel Labbé et Meaux

Saint-Marc rapportent l'observation d'un homme qui a présenté, au cours de la quatrième crise d'un rhumatisme articulaire aigu compliquée d'endocardite, une néphrite aiguë caractérisée par de l'oligurie avec œdèmes, albuminurie, hématurie, cylindurie et azotémie (0g80). La néphrite rhumatismale est une complication d'une extrême rareté (1 p. 100 des cas). Les auteurs pensent que, dans leur cas, il s'est plutôt agi d'une néphrite véritable que d'infarctus du rein, comme on le pense en Allemagne, à cause de la présence des œdèmes des cylindres et surtout de l'azotémie.

Cette observation soulève enfin le problème intéressant du traitement salicylé au cours des néphrites rhumatismales. Dans la crainte d'une intolérance rénale, le salicylate ne fut d'abord administré qu'à la dose de 2 grammes. Il fut bien toléré et suffit à faire disparaître l'albumine et les arthralgies; mais il survint deux autres poussées de polyarthrite avec reprise des accidents rénaux qui furent successivement arrêtées par des doses croissantes de 4 et 6 grammes de salicylate, celui-ci ayant été bien toléré au cours de la première poussée. Les auteurs concluent donc qu'il ne faut pas craindre les dangers du salicylate même en cas de lésion rénale, pourvu que son administration soit prudente. Il a eu au contraire ici une action très efficace.

Un cas de méningite bloquée. — M. G. Blechmann a eu l'occasion d'observer au cours d'une méningite un phénomène analogue à celui que M. Dufour a décrit en 1906, et que M. Mosny a consacré par le terme de pleurésie bloquée.

Il s'agit d'un nourrisson entré dans le service de M. Marfan et chez lequel on avait porté le diagnostic de méningite cérébro-spinale. Des rachicentèses répétées par plusieurs opérateurs étaient restées infructueuses, de même que la ponction ventriculaire.

L'auteur eut l'idée de laisser en place une aiguille dans l'espace sous-jacent à la ligne bi-iliaque et d'enfoncer une autre aiguille surajoutée dans l'espace interépineux supérieur. Immédiatement du liquide céphalo-rachidien assez louche s'écoula par le pavillon de la première aiguille comme si la cavité rachidienne s'était « débloquée ».

On pourrait donc admettre que dans certains cas l'inflammation aiguë ou chronique des enveloppes médullaires puisse établir un blocage total ou partiel de l'espace sous-arachnoïdien, et ce fait expliquerait en partie la fréquence des ponctions blanches (une fois sur dix d'après Sicard) et la coïncidence paradoxale d'un liquide s'écoulant péniblement goutte à goutte et d'une hypertension énorme (Claude).

Autohémothérapie du rhume des foins. — M. Sicard relate, à propos de la communication de MM. Achard et Flandin, sur l'autosérothérapie du rhume des foins, trois cas dans lesquels cette méthode a donné des résultats favorables, à condition, toutefois, de répéter les injections.

Les piqûres comparatives sous-cutanées de sérum ou de sang total ayant paru jouir des mêmes propriétés thérapeutiques, M. Sicard s'est adressé au procédé plus simple, plus rapide et de plus grande sécurité aseptique, de l'autohémothérapie, de préférence à l'autosérothérapie.

M. Caussade signale qu'il a employé l'autohémothérapie dans deux cas de rhumatismes, l'un articulaire aigu, l'autre blennorragique et que les deux malades ont tiré grand bénéfice de ce traitement qui a consisté en deux injections de 20 à 30 centimètres cubes de sang total et qui n'a donné lieu à aucun accident.

Périmétro-salpingite avec abcès pelvien survenu au déclin d'une fièvre typhoïde. Hystérectomie avec ablation des annexes. Guérison. — MM. Siredey et Lemaire rapportent l'histoire d'une jeune fille de vingt ans qui, au déclin d'une fièvre typhoïde, présenta un syndrome rappelant celui de la perforation intestinale. Cependant, en raison du bon état du pouls, de l'élévation de la température et de l'absence de signes de péritonite généralisée, on n'intervint pas et, quelques jours après, la malade présenta tous les signes d'un abcès pelvien gauche que l'on évacua par la voie rectale. Malgré cette intervention, la température s'éleva à nouveau peu de temps après et se maintint jusqu'à ce qu'une laparotomie, pratiquée trois mois après le début de la fièvre typhoïde, ait permis d'évacuer encore une nouvelle poche contenant trois quarts de litre de pus. Amélioration pendant cinq semaines, mais aucune tendance à la cicatrisation de la plaie. Nouvelle aggravation qui nécessite cette fois une hystérectomie totale avec l'ablation des annexes. Cicatrisation rapide. Guérison complète. L'examen histologique montra une muqueuse saine mais l'existence de lymphangite avec abcès multiples dans les parois des organes génitaux. L'intérêt de cette observation réside dans ce fait que chez cette malade, vierge, sans aucun passé génital, on ne peut expliquer ces accidents que par une infection d'origine intestinale.

Thyroïdite chronique et myxœdème fruste simulant la paralysie générale, chez un syphilitique. Guérison par le mercure et la poudre de thyroïde. — M. de Massary rapporte l'observation d'un ancien syphilitique qui, à quarante-cinq ans, en 1905, vit ses facultés psychiques baisser à tel point que des neurologistes consultés pensèrent à un début de paralysie générale; des symptômes physiques atténués (bouffissure du visage, infiltration des téguments, chute des sourcils, hypertrophie molle du corps thyroïde) permirent de rectifier le diagnostic et de donner un traitement par la poudre de thyroïde (0,10 tous les matins) qui, en quelques mois, transforma le malade. Son activité cérébrale se ralluma, il put reprendre la direction d'une importante maison d'affaires, mais son corps thyroïde resta gros et mou. Ce ne fut que plus tard, après six mois de traitement thyroïdien exclusif que, forcé en quelque sorte par une poussée de syphilides cutanées plantaires, on se décida à faire, conjointement avec le traitement thyroïdien, un traitement mercuriel; dès ce moment, le corps thyroïde diminua de volume. Il s'agissait donc nettement de thyroïdite syphilitique ayant créé l'état myxœdémateux.

Cette observation est intéressante, d'abord à cause de sa rareté, ensuite à cause de l'instruction qu'elle comporte. Le diagnostic entre la paralysie générale et le myxœdème ne se pose pas souvent; il faut, pour que ce diagnostic soit discutable, que les symptômes psychiques soient prédominants sur les symptômes physiques. Enfin l'origine syphilitique de certains myxœdèmes, connue certes, est peut-être trop facilement oubliée. L'importance du diagnostic et de la connaissance de l'étiologie est cependant d'une importance capitale, puisque, par la poudre de thyroïde et par le mercure, le malade peut guérir.

JURISPRUDENCE

HONORAIRES, OPÉRATIONS ET SOINS OPÉRATOIRES.

La sixième chambre du tribunal civil de la Seine a été appelée, le 30 mai 1914, à trancher un point de droit médical sur une question, nouvelle selon nous, en matière d'honoraires.

Un médecin réclamait à son client une somme de 3000 fr. pour avoir pratiqué une opération chirurgicale. Pour résister à cette demande, le défendeur déclarait, ce qui était exact, que le prix de 3000 francs avait été convenu pour une opération d'appendicite. Mais cette opération n'avait pas eu lieu et le chirurgien s'était borné à ouvrir un abcès appendiculaire. Aussi estimait-il que le chiffre d'honoraires réclamé était exagéré et qu'il devait être réduit par le tribunal.

Mais celui-ci décida, dans un jugement dont nous reproduisons l'attendu capital, que peu importait la nature de

l'opération : du moment qu'il y avait intervention chirurgicale, les honoraires primitivement fixés étaient dus en leur entier.

« ... Attendu que quelle qu'ait été la nature de l'opération pratiquée par le docteur R., ablation de l'appendice ou ouverture d'un abcès appendiculaire, ce praticien est en droit d'obtenir le paiement de ses honoraires, le chirurgien étant toujours maître de pratiquer l'opération qu'il juge nécessaire pour assurer la guérison de son malade, sans être tenu de rendre compte de la nature spéciale des soins opératoires qu'il a donnés, en toute conscience, en vue d'assurer la guérison de l'affection dont il a reconnu l'existence... »

Ce point de droit intéressant relatif aux honoraires médicaux nous semble un peu excessif. Si le médecin a déclaré faire telle ou telle opération et qu'il convient d'un chiffre pour la pratiquer, rien de plus naturel que de le lui verser, s'il exécute la convention qui est née de la conversation préliminaire; mais, s'il fait une intervention autre que celle qu'il a indiquée et, comme dans l'espèce, bénigne, les honoraires doivent être réduits en raison même des risques moins grands courus par le malade. N'y a-t-il pas pour le médecin une question de dignité professionnelle, à laquelle ne devrait-il pas toujours penser? On peut répondre à cela que la convention intervenue fait la loi des parties, l'une ne saurait réclamer plus, ni l'autre offrir moins. Mais, cependant, il y a eu modification de la convention. Le tribunal a trouvé un moyen ingénieux pour allouer les honoraires, en disant que le chirurgien était toujours maître de pratiquer l'opération qu'il jugeait nécessaire pour assurer la guérison de son malade, sans être tenu de rendre compte de la nature spéciale des soins opératoires qu'il avait donnés. Mais ce moyen n'est-il pas lui-même en contradiction avec la jurisprudence en matière de responsabilité médicale? On sait en effet que le médecin ne doit opérer un malade qu'avec son autorisation; sans cela il commettrait une faute grave, comme il en commettrait une s'il ne faisait pas connaître la nature et les conséquences de l'opération, sans d'ailleurs être obligé de donner des détails techniques (Amiens, 14 fév. 1906, *D. P.*, 1907, 2.44; — Alger, 17 mars 1894, *D. P.*, 1895, 2.69).

Le chirurgien n'aurait-il pas dû se souvenir de ce principe ?

Autant de questions à se poser. Cependant nous enregistrons avec plaisir ce jugement, qui fait un peu échec à la poursuite sans merci exercée par le public contre le médecin et aux préjugés, parfois ridicules, qu'il a envers le corps médical.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

FORMULAIRE

CIRRHOSES DU FOIE

ALIMENTATION. — Lait, légumes verts et viande bien cuite pour éviter les toxines.

TRAITEMENT. — Iodure de potassium à petites doses; en faire un usage prolongé; dans les intervalles, remplacer l'iodure par la lithine ou le bicarbonate de soude.

Lors des poussées congestives du foie, donner le calomel à petites doses pendant dix jours par mois et faire des révulsions sur le foie.

S'il y a œdèmes ou ascite, régime lacté exclusif, avec quelques laxatifs légers s'il est nécessaire.

Donner de la caféine, ou de la scille, des infusions diurétiques ou mieux de l'adonis vernalis, sous forme de diurène, à raison de deux cuillerées à café par jour. Le diurétique agit vivement. Associer la théobromine aux alcalins. Si l'ascite continue, ponctionner, mais toujours ponctionner avant de prescrire les médicaments diurétiques, sinon la médication ne peut agir et fatigue inutilement le cœur et les reins.

LIVRES NOUVEAUX

Traité médico-chirurgical de gynécologie (1), par les docteurs LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU.

La gynécologie est une des pathologies spéciales les mieux différenciées et les plus solidement assises. Son évolution extrêmement rapide à l'époque où la chirurgie renouvelée par l'asepsie put entreprendre avec succès les plus graves opérations, pour s'être un peu ralentie depuis quelques années, n'en continue pas moins et se marque par des progrès de divers ordres, surtout par d'intéressants perfectionnements de la technique.

Aussi la quatrième édition du *Traité de gynécologie* de Labadie-Lagrave et Legueu qui remet au point et complète un ouvrage déjà très justement apprécié sera-t-elle sans aucun doute favorablement accueillie.

Citons parmi les chapitres remaniés, ceux de l'anesthésie, des fistules urinaires, des opérations fixatives de l'utérus, des hystérectomies, des complications postopératoires et, parmi les parties nouvelles, des articles concernant les tumeurs chorio-épithéliomateuses, les kystes de l'utérus, la radio et la radiumthérapie des tumeurs utérines.

P. CHASTENET DE GÉRY.

Petite chirurgie pratique (2), par les docteurs Th. TUFFIER et P. DESFOSSES.

Le livre dit élémentaire est très probablement le plus difficile à écrire. La sélection des matériaux à la fois nécessaires et suffisants qu'il comporte, la forme simple, pratique et attrayante sous laquelle ceux-ci doivent être présentés pour être aisément accessibles aux moins initiés et encore utiles aux autres, exigent de la part de l'auteur un soin et des efforts qui atteignent rarement leur but.

La *Petite chirurgie pratique* de MM. Tuffier et Desfosses mérite certainement d'être rangée parmi les types les mieux réussis de ce genre d'ouvrages. La quatrième édition qui vient d'en être donnée semble bien prouver d'ailleurs qu'elle a été jugée comme telle par le public. Et il nous est agréable de rappeler les qualités fondamentales de ce livre en même temps que d'en signaler le rajeunissement.

P. CHASTENET DE GÉRY.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

(1) Grand in-8 de XII-1336 pages, avec 491 figures, cartonné à l'anglaise. — Prix : 30 francs. — Paris, F. Alcan.

(2) Grand in-8 de XII-681 pages, avec 387 figures dans le texte, relié toile. — Prix : 10 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.


Antiphlogistine
Antiphlogistine
Antiphlogistine



N° 83. — JEUDI 23 JUILLET 1914. 87e ANNÉE. JEUDI 23 JUILLET 1914. — N° 83.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 10 francs par an.
Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — L'Académie a procédé, dans sa dernière séance, à l'élection de deux membres associés nationaux :

MM. Mairet (de Montpellier) et Neumann (de Toulouse) ont été élus.

PRÉFECTURE DE LA SEINE. — Ont été nommés médecins suppléants des circonscriptions de la Préfecture de la Seine, après concours sur titres : MM. les docteurs Burnier, Lelièvre, Perrin, Finot, Ghys, Lévy, Bertrandon et Lemière.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Liste par ordre alphabétique des candidats admis à subir les épreuves orales d'admissibilité au concours d'admission à l'école du service de santé militaire en 1914 :

CANDIDATS CONCOURANT A QUATRE INSCRIPTIONS (nouveau régime d'études). — MM. Adisson, Ambrogi, Andrieu, Aymard, Barraud, Barthas, Bergier, Beynes, Billot, Bonnardel, Bonnescuelle de Lespinois, Bonnot, Bouchard (A.-O.), Bouchard (J.-E.-H.-M.), Bouillet, Bourdon, Brouard, Brun, Bruzaud-Grille, Camentron, Camus, Capart, Chanoine, Chauffardet, Cherfils, Coeurdevey, Coing-Maillet, Cordier, Cornier, Creton, Curie, Dapot, Delanglade, Deschamps, Donneaud, Dubourg, Dufour, Durand, Esbach, Esnault, Foix, Fumeau, Gaubert, Gauthier (A.-L.-G.), Gérat, Gleize, Guéguen, Habert, Héron, Jacquot (A.-F.-M.-J.-P.), Jeanneret, Jeannest, Joly, Jossand, Jouve, Lauxerrois, Lavolaille, Leconte, Le Mitouard, Lenoir, Le Paumier, Lescure, Lhez, Lhuissier, Louis (L.), Magnin, Malafosse, Martin (A.-M.), Marvier, Mathey-Doret, Michel, Noblat, Odic, Paillier, Pastore, Petit, Picout-Laforêt, Piquemal, Prost, Raymond, Renault, Ribollet, Richard, Ridard, Rocca, Roques (J.-A.-H.), Rouet, Roumaingas, Saint-Paul, Salvetti, Sevez, Simon, Subra, Tardif, Tersen, Tisné, Tondeur, Tramini, Trarieux, Vaton, de Verbizier, Villain.

CANDIDATS CONCOURANT A QUATRE INSCRIPTIONS (ancien régime d'études). — MM. Allard, Audy, Belgoeul, Berson, Besse, Bétirac (R.-L.-J.), Blondeau, Bousseau, Brochet, Cadet, Carlioz, Corazzini, Daigre, Dardy, Devès (M.-M.-J.), Dumont, Durantou, Fabre, Gauthier (P.-A.-L.), Lacaze, Lafue, Lamounette, Laxague, Le Berre, Moullet, Roche, Rouget, Thibault, Tuset, Valade, Vandembeusche, Villard.

CANDIDATS CONCOURANT A HUIT INSCRIPTIONS. — MM. Avon, Barthe, Billiet, Caloni, Cantuern, Carrade, Castex, Cesarini, Chalon, Cochard, Dautrey, Defaye, Desobry, Dessagne, Devèze (P.-M.-M.), Doliveux, Dordain, Dupuy de la Badonnière, Durousseau, Fassy, Fontaine, Gaillot (J.-H.-M.), Galliot (F.-P.-M.-G.), Guarrigues (A.-J.-J.), Guarrigues (J.-J.-P.), Gaston, Giraud (R.-C.-J.), Gruson, Jacquot (R.-L.), Klaele, Lassale, Lerouge, Louis (P.), Lunaud, Marican, Martinaud, Montero, Nourrissat, Poey, Poirier, Pousse, Pozzo di Borgo, Prudent, Roquelaure, Roques (P.J.-L.), Rouyer, Sivade, Verdet, Vernet, Victot.

LE DANGER D'ÊTRE ENTERRÉ VIVANT. — Le danger d'être inhumé prématurément, danger que d'aucuns estiment négligeable, ne laisse pas d'être très réel. Aussi, divers spécialistes, depuis longtemps, ont-ils cherché des procédés certains pour caractériser la mort et nous mettre en garde contre cette éventualité redoutable d'enterrer un sujet en état de léthargie.

Des médecins distingués ont proposé des procédés fort ingénieux pour vérifier la mort réelle. Mais, ces procédés sont le plus souvent d'application délicate et non à la portée de tous, comme il le faudrait.

Tout autrement en est-il de la méthode nouvelle préconisée par M. le docteur Lucien Graux et qui nécessite seulement l'emploi d'une pince spéciale, de son invention, le « Thanatographe », dont la présentation a été faite hier mardi à l'Académie de médecine par M. le professeur Vincent (du Val-de-Grâce).

Le procédé d'une extrême simplicité consiste, avec cette pince, à serrer fortement durant quelques minutes, soit la muqueuse des lèvres, soit plus commodément la peau de la joue; on détermine ainsi un parcheminement de la région serrée, parcheminement qui persiste indéfiniment si la mort est réelle et qui disparaît peu à peu dans le cas contraire.

La recette, on le voit, est des plus simples et des plus commodes d'emploi. Tous ceux qui craignent d'être inhumés prématurément, ne sauraient donc manquer de féliciter hautement M. le docteur Lucien Graux de son invention.

RENSEIGNEMENTS

520. — **EXTERNE**, service médecine, désire trouver remplaçant mois août. Rétribution, 50 francs.

Ecrire J. G., 1, rue Daru, Paris.

CLINIQUE MÉDICALE

ÉTUDES SUR LA PATHOLOGIE DE L'ULCUS

XII

LES ACCIDENTS TARDIFS CHEZ LES ULCÉREUX OPÉRÉS

Par M. Albert MATHIEU (*),
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Période immédiatement postopératoire. — Le malade atteint d'ulcus gastrique ou duodénal a été opéré; il a subi, pour ne parler que des opérations les plus fréquentes, la gastro-entérostomie ou la pylorectomie. Il va, pendant quelques jours, rester dans le service de chirurgie, et c'est le chirurgien qui aura, en particulier, à régler sa réalimentation immédiate.

A ce point de vue, la façon de faire des opérateurs est très différente. Les uns, trop confiants sans doute dans les mérites de la chirurgie et dans la solidité de leurs sutures, donnent très rapidement, dès les premiers jours, une alimentation assez copieuse et même solide. D'autres, plus prudents, restent quarante-huit heures sans rien donner au malade et ne lui permettent que de l'eau pure pour commencer.

Il paraît excessif, malgré la valeur vraisemblable des sutures, de réalimenter les malades avec des aliments solides dès les premiers jours après l'opération, et nous avons conservé le souvenir d'un cas dans lequel une infirmière prise de pitié a, au bout de dix jours, donné du ragoût de mouton à un gastro-entérostomisé pour ulcus, alimentation qui détermina une hématémèse avec une recrudescence de douleurs. Mais peut-être est-il excessif, ou tout au moins inutile, de maintenir les malades même pendant quarante-huit heures à une abstinence totale. Elle est pour eux extrêmement pénible, car ils éprouvent une grande sécheresse de la gorge, et ils sont amenés à déglutir coup sur coup des mucosités pharyngées, de sorte qu'on n'obtient certainement pas, autant qu'on le voudrait, l'immobilisation de leur estomac, et, de plus, ils sont condamnés au supplice de la soif (1). Du moment qu'il est possible de faire à ces malades, comme certains chirurgiens, des lavages de l'estomac, il semble bien qu'il n'y ait pas d'imprudence à leur donner dès le lendemain de l'opération une certaine quantité d'eau. Pour ma part, je leur donnerais volontiers de l'eau sucrée. On peut ensuite les réalimenter avec du lait coupé d'eau, puis avec du lait pur, et leur donner enfin des potages au lait, des purées et des œufs, ceci jusqu'au moment où ils doivent sortir du service de chirurgie, c'est-à-dire environ après quinze jours ou trois semaines.

Le médecin aurait aussi de temps en temps à intervenir chez les opérés, pendant qu'ils séjournent encore dans le service de chirurgie, s'il survenait des complications pulmonaires. Inutile d'insister sur ce point.

Vomissements. — Je me contenterai simplement de parler des vomissements postopératoires. Ces vomissements sont souvent dus aux suites de la chloroformisation, et il importe de savoir que certains malades, après avoir été chloroformisés, vomissent parce qu'ils croient qu'il est utile de vomir, parce qu'ils croient qu'il est bon qu'ils fassent des efforts pour dégager leur estomac. Certains d'entre eux cessent de vomir lorsqu'on leur fait comprendre que le vomissement est inutile et même nuisible.

On doit savoir aussi qu'un certain nombre de malades, après la gastro-entérostomie, ont des vomissements biliaires susceptibles de devenir parfois très abondants et même incoercibles, mais susceptibles aussi d'être arrêtés par la volonté de l'opéré lorsqu'il a compris qu'il est inutile qu'il cherche à rejeter par vomissements la bile qui reflue dans son estomac. Il nous est arrivé, à plusieurs reprises, dès les premiers jours après l'opération, ou quelquefois à une période plus éloignée, de refréner de cette façon des vomissements biliaires qui menaçaient d'être graves par leur continuité, par leur abondance, et par l'impossibilité dans laquelle ils mettaient les malades de s'alimenter suffisamment.

L'avenir des opérés. — Nous allons suivre maintenant l'ulcéreux opéré. Que va-t-il devenir? Quels sont les accidents qui pourront se présenter chez lui, à distance, après l'opération?

Ce n'est pas le lieu de faire ici l'historique complet de la question. Au début, on s'est surtout préoccupé de savoir si l'estomac se vidait convenablement. La gastro-entérostomie n'était du reste guère pratiquée que pour remédier à une sténose serrée du pylore et on lui demandait de vider complètement l'estomac; on ne la concevait guère que comme un moyen de drainage passif et complet. Ultérieurement, quand on s'est aperçu de la fréquence avec laquelle la bile refluait dans l'estomac, on s'en est effrayé. En effet, si l'on s'en tenait aux premières publications appuyées sur des expériences faites sur des chiens, on arriverait à cette conviction que ce reflux de la bile dans l'estomac et la viciation de la digestion chlorhydropeptique et pancréatique devraient amener des troubles intenses et graves dans la nutrition générale.

L'observation clinique par contre a montré que le reflux de la bile n'a pas de gravité, que, malgré lui, les malades peuvent engraisser et reprendre leurs forces. On est allé même jusqu'à le considérer comme utile, en raison de la neutralisation de l'acide chlorhydrique dans l'estomac. Le reflux de la bile

(*) Conférence faite le 14 mai 1914 à l'hôpital Saint-Antoine. (Compte rendu sténographique revu par l'auteur.) — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 8, p. 117; n° 14, p. 213; n° 21, p. 325; n° 29, p. 464; n° 36, p. 581; n° 41, p. 661; n° 46, p. 745; n° 55, p. 901; n° 56, p. 917; n° 63, p. 1029; n° 68, p. 1109 et n° 74, p. 1221.

(1) L'irritation du pharynx après la chloroformisation peut provoquer non seulement la déglutition de mucosités, mais aussi, comme on l'a vu dans quelques cas, une aérophagie susceptible d'amener la distension aiguë de l'estomac et du duodénum avec ses graves conséquences.

amènerait ainsi la réalisation d'une cure alcaline permanente et bienfaisante.

Avec le temps, les interventions sont devenues plus nombreuses ; les opérés ont pu être suivis pendant une série d'années et les inquiétudes premières se sont effacées. On s'est étonné, mais moins inquiété, de la persistance dans un certain nombre de cas d'un certain degré de dilatation et de retard dans l'évacuation de l'estomac. Plus tard, à mesure que le temps s'écoulait, on a eu l'occasion de constater ce que devenaient les opérés et on fut amené à se demander pourquoi certains d'entre eux présentaient encore des accidents. La pathologie des gastro-entérostomisés prit naissance. Pour ne retenir que les travaux français, je citerai la thèse de Degorce qui date de 1902, puis un travail très intéressant de MM. Parmentier et Denéchaux publié dans la *Semaine médicale* en 1907. Ces auteurs ont étudié les accidents qui s'étaient produits assez longtemps après l'opération, sur un nombre élevé d'opérés de l'estomac. Ils ont distingué les formes suivantes de dyspepsie des ulcéreux opérés : la forme douloureuse, la forme avec vomissements, la forme avec diarrhée, la forme dyspeptique simple, la forme nerveuse, puis enfin les formes graves et compliquées comprenant les récidives d'ulcus et la transformation de l'ulcus en néoplasme.

On a reproché à cette classification d'être trop complexe et trop purement descriptive. Quoi qu'il en soit, cette étude marque une date dans l'histoire de la pathologie postopératoire ; elle a présenté aux médecins et aux chirurgiens le tableau général des accidents que l'on peut rencontrer chez les ulcéreux de l'estomac un temps éloigné après l'intervention chirurgicale.

Citons ensuite la thèse de Moreau de 1909, écrite sous l'inspiration de G. Lion et avec des faits recueillis dans son service. Ici, la division est plus simple, elle est plus pratiquement utile, parce que les accidents sont classés surtout d'après leur pathogénie.

Est venu ensuite le travail de mes anciens internes, Caillé, Durand et Marre qui, en 1912, ont exposé dans les *Archives des maladies de l'appareil digestif* le résultat des examens faits sur 45 de nos opérés, un temps plus ou moins prolongé après l'opération. C'est un nombre relativement peu considérable de faits. A ce moment, j'avais fait opérer à l'hôpital environ 150 ou 160 malades pour des affections ulcéreuses de l'estomac; mais il est très difficile de toucher ces malades ultérieurement, de les faire venir et de les suivre avec toute la régularité qui serait nécessaire pour établir un tableau satisfaisant des résultats éloignés de l'intervention chirurgicale.

Classification. — On peut classer les accidents tardifs observés chez les ulcéreux opérés, en trois grandes catégories :

a. Les *accidents pathologiques de la bouche gastro-jéjunale*, c'est-à-dire les accidents qui peuvent atteindre cette bouche elle-même ou son voisinage immédiat ;

b. Les *accidents gastriques ou duodénaux* qui se poursuivent malgré l'opération ou qui peuvent prendre naissance ultérieurement, récidiver tout au moins malgré cette intervention même ;

c. Enfin, les *accidents survenant par le fait même de l'existence de l'anastomose gastro-intestinale*, en raison de la perturbation qui résulte de sa présence pour le fonctionnement physiologique de l'estomac et de l'intestin.

a. Pathologie de la bouche gastro-jéjunale. — La néo-bouche, l'anastomose gastro-jéjunale, peut présenter un certain nombre de lésions. Elle peut être rétrécie et MM. Lion et Moreau ont très justement divisé ces rétrécissements en *rétrécissements immédiats* et *rétrécissements tardifs*, que l'on pourrait appeler également rétrécissements congénitaux et rétrécissement acquis. Rétrécissement congénital : la bouche a été faite trop étroite d'emblée et son fonctionnement s'est trouvé ainsi soit impossible, soit tout au moins incomplet. Il peut y avoir une torsion en raison d'une adaptation vicieuse, qui ferme la communication entre l'estomac et l'intestin. Il peut y avoir une ouverture trop petite en raison même de la modalité de l'intervention ; c'est un reproche fait en particulier à la gastro-entérostomie en Y, et aussi à toutes les gastro-entérostomies pratiquées à l'aide d'un des boutons dérivés du bouton de Murphy et dont la dernière expression et la meilleure paraît être le bouton de Jaboulay. Il est possible que le rétrécissement se produise ultérieurement : c'est le *rétrécissement acquis*.

On a pensé pendant longtemps que le rétrécissement tardif pouvait résulter du fait même de la rétraction cicatricielle. Ultérieurement, on a accusé aussi la compression par des clamps trop serrés, pendant l'abouchement termino-latéral du jéjunum à l'estomac.

Ulcus de la bouche. — Enfin, on a signalé la production d'ulcérations soit au niveau de la bouche, soit sur le jéjunum, à peu de distance de la bouche. MM. Lion et Moreau proposent de réunir ensemble ces deux complications, l'ulcus de la bouche elle-même et l'ulcus sous-jacent, dans l'anse jéjunale, par cette raison que, lorsque l'ulcus siège sur le jéjunum, il se trouve toujours dans les 10 centimètres qui viennent immédiatement après la bouche. Lorsque l'ulcus siège sur la bouche et que le pylore est notablement rétréci, on voit survenir des accidents très analogues à ceux que l'on observe lorsqu'il s'agit d'un ulcus du pylore lui-même : crises douloureuses à type tardif, vomissements, quelquefois hématémèse, mélæna, douleur à la palpation, un peu vers la gauche de l'ombilic.

Ulcus du jéjunum. — Ces signes sont à peu près les mêmes lorsqu'il existe un ulcus du jéjunum, lésion rare du reste. J'en ai constaté un cas sur un malade opéré sept ans auparavant par un procédé différent de ceux qui sont employés d'une façon courante par les chirurgiens qui veulent bien s'occuper de mes malades. Un autre a été trouvé à l'autopsie par M. Moutier, dans un cas où l'étendue des adhérences avait forcé à établir, dans des conditions atypiques, une gastro-entérostomie antérieure, antécôlique.

La proportion de cet accident postopératoire est donc très peu considérable. M. Ricard déclare ne l'avoir jamais rencontré chez ses malades.

Lorsqu'il existe un ulcus du jéjunum, en dehors des phénomènes douloureux que l'on peut attendre de lésions de ce genre, il se produit souvent des complications graves. Il peut y avoir une perforation ou de la périgastrite limitée avec tumeur caractéristique. Puis, comme l'ont signalé MM. Lion et Moreau, il peut se faire une compression de la partie moyenne du côlon transverse qui se trouve placé au voisinage, et, dans ce cas, il survient des accidents de rétrécissement du côlon, des phénomènes d'occlusion intestinale qui viennent se surajouter aux accidents d'ulcus. On relève donc, en cas semblable, une dilatation des anses intestinales avec les phénomènes de la fausse ascite ; le diagnostic est en somme facile lorsqu'on songe à la possibilité de ces accidents.

Oblitération de la bouche. — Enfin, on a signalé l'oblitération tardive de la bouche, et, dans un cas cité par M. Tuffier à la Société de chirurgie, en 1907, il avait eu l'occasion de constater que l'anse intestinale et l'estomac s'étaient complètement séparés et se trouvaient placés parallèlement, sans aucun rapport entre eux, à quelques centimètres l'un de l'autre. M. Tuffier a fait faire une thèse sur ce sujet par M. Papadopoulos, qui, en 1910, a pu relever 24 cas qui paraissent être des exemples authentiques d'oblitération de la bouche. Ce chiffre est peu considérable, relativement au nombre très grand de malades qui avaient, à cette époque, subi la gastro-entérostomie. On n'aurait pas manqué d'en rapporter l'observation si on avait pu constater, dans beaucoup d'autres cas, un processus aussi curieux que l'oblitération secondaire de la bouche. Pratiquement, il y a donc à peine lieu d'en tenir compte. Le diagnostic pourrait-il être fait par l'examen radioscopique, malgré les réserves qu'on doit faire sur sa valeur au point de vue de la persistance de la perméabilité de la bouche, si l'observation a été insuffisamment prolongée et répétée ?

M. Hartmann a fait remarquer avec juste raison que, dans la plupart des cas où l'on avait parlé d'une oblitération secondaire, il s'agissait d'un ulcus de la bouche elle-même.

b. Accidents se continuant ou survenant malgré l'existence de la bouche gastro-jéjunale. — Prenons maintenant la seconde catégorie de faits, c'est-à-dire les accidents qui se poursuivent ou se produisent malgré l'existence d'une anastomose gastro-jéjunale qui fonctionne d'une façon normale.

Lorsque la gastro-entérostomie est pratiquée chez un malade pour un ulcus pylorique, juxta-pylorique ou duodénal en activité, il est bien évident que l'ulcération n'est pas guérie immédiatement par la gastro-entérostomie. On a mis l'estomac dans des conditions meilleures pour que la guérison puisse se produire ; mais cette guérison ne se fait évidemment pas d'emblée. On ne peut donc pas s'étonner que des signes de l'ulcus puissent persister pendant un certain temps, que le malade puisse souffrir encore, qu'il puisse vomir, qu'il puisse avoir des hémorragies, puisque l'ulcus n'a pas pu guérir instantanément. Il existe dans la science un certain nombre d'observations très curieuses, dans lesquelles, à une seconde laparotomie faite quelques années après la gastro-entérostomie, on a constaté qu'un ulcus même invétéré, même calleux, avait complètement disparu ; on n'en a plus retrouvé trace. Cela indique bien que la gastro-entérostomie, par les conditions meilleures dans lesquelles elle met le transit gastrique, peut favoriser beaucoup la guérison de l'ulcus ; mais en tous cas, cette guérison de l'ulcus, si elle se fait, ne peut pas être immédiate. De là, l'indication de ne pas réalimenter ces malades d'une façon trop intensive, et de les surveiller avec soin, au point de vue des hémorragies intestinales latentes en particulier, avant de leur donner un régime qui se rapproche du régime dit normal.

Il n'y a pas que l'ulcus qui puisse persister, il y a aussi la *gastrite antérieure* ou concomitante et la *dilatation de l'estomac*. L'estomac ne revient pas immédiatement sur lui-même après la gastro-entérostomie ; on constate qu'il faut souvent encore un temps prolongé pour qu'il se vide. Il peut se faire même qu'il persiste un certain degré de stase vraie et qu'on rencontre encore le matin à jeun, non pas autant de liquide et de débris alimentaires qu'on en trouvait auparavant, mais une certaine quantité de résidu de stase, montrant que l'évacuation de l'estomac n'est pas encore parfaite. Rien d'étonnant qu'il persiste, dans ces conditions, des phénomènes de dyspepsie subjective. MM. Caillé, Durand et Marre, en étudiant les opérés de mon service, ont fait remarquer que les phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice s'observent surtout chez des sujets, chez lesquels il persiste, même assez longtemps après l'opération, un certain retard dans l'évacuation du contenu gastrique. Qui s'en étonnerait ?

La gastrite elle-même survit ; mais elle peut s'améliorer à la suite de la gastro-entérostomie, ainsi qu'en témoigne le retour du chimisme à la normale, ou son passage de l'hypo à l'hyperchlorhydrie. Toutefois, il est possible aussi qu'elle dure, et on ne peut pas ne pas lui attribuer un certain rôle dans la pathologie postopératoire de l'estomac.

Ulcus récidivant, postopératoire. — Il peut, après l'opération, se produire de nouveau des accidents gastriques : gastrite et même nouvel ulcère. Sur les malades examinés par Caillé, Durand et Marre, l'ulcus paraît ne s'être reproduit que deux fois. G. Lion et Moreau en ont relevé la proportion considérable de 5 cas sur 25. J'ai vu revenir des opérés qui avaient souffert avec une telle intensité qu'on devait se demander si, chez eux, un ulcus ne s'était pas reproduit, sans que cependant une hémorragie constatée soit venue donner la confirmation de cette hypothèse ; mais, en tous cas, a priori, on ne doit pas être étonné que l'ulcus puisse se reproduire, puisque, dans un certain nombre de cas, l'estomac sécrète encore une quantité d'acide chlorhydrique notable, et que le suc gastrique hyperacide peut séjourner dans l'estomac un temps exagéré même pour un estomac normal. Il est donc possible qu'un ulcus réapparaisse dans les mêmes conditions de

pathogénie que l'ulcus premier. Et du reste, nos malades ne sont pas toujours raisonnables ; ils ne suivent pas toujours d'une façon suffisamment rigoureuse les conseils de régime et les précautions prophylactiques qui leur sont donnés. Il est même étonnant de voir que, parmi nos opérés, un certain nombre mangent de tout, boivent copieusement, prennent du vin pur, des liqueurs même et reviennent de temps en temps se montrer pour nous faire constater avec satisfaction qu'ils vont admirablement bien. Ils ne ne nous avouent pas toujours eux-mêmes à quel genre d'écart de régime ils se livrent ; mais nous le savons parfois par quelqu'un de leur parent ou de leurs amis. Cela prouve que certains opérés peuvent supporter des excès qui ne seraient recommandables à personne et qui sont particulièrement déplacés pour eux. Nul doute cependant qu'un certain nombre d'entre eux ne soient les victimes de ces intempérances et que l'on voie chez eux se produire, par cette cause, de la gastrite, de la dyspepsie douloureuse, et quelquefois même une nouvelle lésion ulcéreuse.

c. ACCIDENTS SURVENANT PAR LE FAIT MÊME DE L'EXISTENCE DE L'ANASTOMOSE GASTRO-JÉJUNALE. — Passons maintenant à une troisième catégorie de faits particulièrement intéressants : ceux dans lesquels des accidents gastro-intestinaux résultent de l'existence même de l'anastomose gastro-jéjunale.

Fonctionnement de la bouche gastro-intestinale. — Avant de parler de ce genre d'accidents, il est bon de dire ce que nous savons actuellement de la façon dont fonctionne l'anastomose gastro-jéjunale peu de temps et surtout un temps assez prolongé après son établissement.

Au début, quand les chirurgiens ont pour les premières fois réalisé cette opération, médecins et chirurgiens ont eu cette illusion et cet espoir qu'ils avaient établi sur l'estomac un service de drainage qui allait le vider rapidement et complètement. Leur surprise a été grande, lorsqu'ils ont pu constater que, chez nombre de ces opérés, l'évacuation de l'estomac ne se faisait pas beaucoup plus rapidement que pour un estomac normal. La première tendance des médecins fut d'adresser des reproches aux chirurgiens, et de les accuser d'avoir mal établi la dérivation gastro-intestinale.

Eh bien ! nous savons actuellement qu'il ne faut pas leur faire ce reproche. Il conviendrait même, le plus souvent, au contraire, de chercher comme l'idéal que l'estomac ne se vide pas trop rapidement, peut-être même qu'il ne se vide pas beaucoup plus vite que l'estomac normal.

Plus tard, on l'a vu, est venue la période à laquelle on a eu la terreur du reflux de la bile dans l'estomac. Les expériences faites sur des chiens avaient montré que, si l'on abouchait les voies biliaires directement dans l'estomac, on pouvait déterminer chez ces animaux des accidents graves, l'amaigrissement, la cachexie et même la mort. On s'est demandé avec angoisse si une pareille chose n'allait pas se produire sur les opérés, et si la difficulté avec laquelle certains d'entre eux avaient réparé leur amaigrissement antérieur ne tenait pas à cette pénétration rétrograde de la bile dans l'estomac, à la destruction du suc pancréatique et à la mauvaise utilisation des diverses substances alimentaires.

De là la façon dont se sont ingéniés les chirurgiens à trouver des procédés opératoires susceptibles d'empêcher la bile de refluer dans l'estomac, d'autant plus qu'en même temps ils espéraient empêcher du même coup le circulus vitiosus de se produire.

Nous l'avons dit plus haut, si le reflux de la bile est relativement fréquent, il n'a pas de conséquence grave. On peut même le considérer comme un bienfait thérapeutique dans les cas où, pour cicatriser l'ulcus, il est utile de saturer d'une façon permanente l'acidité marquée du contenu de l'estomac.

Quand la radioscopie est entrée en scène, on lui a naturellement demandé de fournir au médecin et au chirurgien des renseignements plus précis sur la façon dont se vide l'estomac après la gastro-entérostomie et aussi sur la façon dont fonctionnent le pylore et l'anastomose opératoire.

Nous avons depuis huit ans, M. Béclère et moi, examiné un grand nombre de ces opérés, soit quelques semaines, soit quelques mois, et même assez souvent des années après l'intervention chirurgicale.

Il n'est pas très rare que le bismuth passe par le pylore, et quelquefois même ne passe pas par la la bouche gastro-intestinale, alors même que l'anastomose gastro-intestinale avait été établie pour une sténose du pylore qui paraissait serrée. On a eu à tort, et certains ont encore tendance à déclarer que, dans ces conditions, l'opération n'avait servi à rien, puisque la communication continuait à se faire par le pylore.

D'autres fois, on constate que le pylore et la bouche fonctionnaient en même temps et qu'il s'établit deux courants simultanés de sortie pour le contenu de l'estomac, l'un par le pylore et l'autre par la bouche gastro-jéjunale. Dans d'autres cas, on voit fonctionner alternativement le pylore et la bouche, tantôt l'un, tantôt l'autre (1).

En réalité, notre expérience qui porte sur un grand nombre de malades, nous amène à penser que cela n'a pas une grande importance. L'important, c'est que l'estomac se vide. Quand un malade a été opéré pour un ulcus pylorique ou juxtapylorique, si, lorsqu'on pratique l'examen radioscopique, on voit le bismuth passer par le pylore, il ne faut pas en conclure que l'opération a été inutile. Pour ma part, je pense que l'anastomose gastro-intestinale n'est bien souvent qu'une soupape de sûreté ; si elle ne fonctionne pas habituellement, elle entrera en jeu lorsque se fera un spasme du pylore qui aurait eu sans elle des conséquences très graves. Ainsi s'explique la suppression des crises douloureuses d'hypersécrétion, chez des gastro-entérosto-

(1) Il convient du reste de ne pas juger du fonctionnement d'un estomac gastro-entérostomisé par un simple examen après ingestion d'un et même de deux verres de lait de bismuth. On peut, en effet, dans ces conditions, faire des constatations très différentes à des séances successives, et voir tantôt ouverts, tantôt fermés, la bouche ou le pylore. Il vaut toujours mieux avoir recours à un repas bismuthé et juger par lui soit l'accélération, soit le retard de l'évacuation stomacale.

misés, chez lesquels le pylore est resté perméable et chez lesquels l'examen par le tube révèle encore une élimination plutôt lente et une hyperchlorhydrie encore accentuée.

La persistance de la perméabilité du pylore n'est guère regrettable que lorsqu'il s'agit d'un ulcus du duodénum. Il peut y avoir alors intérêt à l'oblitérer complètement, de façon à ce qu'il ne passe plus de liquide gastrique acide dans le duodénum, et que se trouve supprimée l'autodigestion au niveau de l'ulcération sous-pylorique.

On peut ranger en trois grandes catégories les malades opérés, ayant subi la gastro-entérostomie, suivant la rapidité avec laquelle se fait l'évacuation du contenu de leur estomac. Dans un travail fait en collaboration avec le Dr R. Savignac, nous avons, sur 45 malades opérés déjà depuis un certain temps, trouvé que, dans 27 cas, il y avait une *évacuation rapide*, une *évacuation lente dans 7 cas* et une *évacuation moyenne dans 9 cas*. L'évacuation se faisait en moins d'un quart d'heure, par exemple, dans la première catégorie de cas pour des malades ayant pris simplement un lait de bismuth ; elle se faisait entre quinze minutes et trois heures dans la catégorie intermédiaire; puis enfin, dans les 7 cas d'évacuation lente, l'estomac ne se vidait qu'en plus de trois heures. Enfin, dans quelques cas, il y avait au début évacuation rapide et ensuite l'évacuation se ralentissait.

Dans le plus grand nombre de cas, c'est-à-dire dans 27 cas sur 45, l'évacuation se faisait rapidement, non seulement avec une petite quantité de lait de bismuth, mais aussi avec un repas bismuthé. Dans ces conditions, ce repas, au lieu de s'évacuer en trois heures environ, s'évacue dans la moitié de ce temps environ, c'est-à-dire en une heure ou une heure et demie. Nous devons supposer qu'il en est de même pour les aliments, et que, au lieu de faire un stage un peu prolongé dans l'estomac et d'y subir l'influence de la sécrétion gastrique, ils sont évacués trop rapidement dans l'intestin. On comprend très bien que, dans ces conditions, il puisse y avoir des troubles intestinaux résultant de l'arrivée trop rapide d'aliments qui n'ont pas subi la digestion gastrique et de liquide qui n'a pas la constitution chimique normale. Ajoutez à cela que le contenu de l'estomac vient se déverser non plus dans le duodénum, mais plus bas, dans le jéjunum. On peut penser que cette modification topographique peut, elle aussi, jouer un rôle dans les troubles fonctionnels causés éventuellement par la gastro-entérostomie elle-même.

Accidents précoces. — Récemment, s'est présenté à nous un malade opéré depuis environ trois semaines, qui accusait, lorsqu'il venait de manger ou de boire, une sensation de malaise général, de vertige, d'étourdissement qui durait pendant une heure ou deux. En l'examinant, j'ai pu me convaincre qu'il avait à ce moment un peu de sensibilité à la palpation au-dessous de la région ombilicale, au niveau de la masse du grêle. Il y avait donc chez lui non pas des phénomènes de réaction côlique, mais de réaction réflexe venue du petit intestin, sous l'influence d'une excitation alimentaire anormale.

Quelquefois, chez les opérés, on trouve rapidement de la diarrhée. Elle peut en peu de temps, chez certains malades affaiblis, prendre une importance considérable et une grande gravité. Les opérés peuvent même succomber par le fait d'une diarrhée précoce incoercible, susceptible d'amener la mort par épuisement en quelques jours.

Accidents gastro-intestinaux tardifs. — Dans la plupart des cas toutefois, les accidents intestinaux se présentent chez des malades opérés déjà depuis quelque temps. Il n'est pas très rare que ce soit seulement au bout de quelques mois, quelquefois même de quelques années, qu'ils apparaissent. Ils sont de deux ordres : ce sont des accidents de simple diarrhée, ou bien des accidents qu'on peut qualifier de dyspepsie gastro-intestinale.

Diarrhée. — On peut observer chez des opérés des diarrhées, en somme, assez banales. Il peut se faire par exemple que, constipés, ils aient de temps en temps une débâcle, et que la diarrhée ainsi apparue persiste pendant quelques jours. C'est un fait banal, sans rien qui soit particulier aux gastro-entérostomisés.

Chez une autre série de malades, la diarrhée survient par périodes plus prolongées. Elle se prolonge pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois. Les malades s'en trouvent alors très fatigués, très affaiblis, très affectés au point de vue moral, même lorsque la diarrhée n'est pas très intense. Ce n'est pas qu'ils aient des selles très nombreuses : deux ou trois pâteuses ou demi-liquides par jour. M. G. Durand, qui a étudié la diarrhée après la gastro-entérostomie (1), a fait remarquer avec raison que, la plupart du temps, les selles diarrhéiques se produisent exclusivement pendant le jour, sans doute sous l'influence de l'excitation intestinale amenée par l'arrivée des aliments dans l'intestin. Parfois, la diarrhée peut prendre une abondance plus grande et devenir véritablement lientérique. Elle peut devenir incoercible et alors ces malades sont déprimés, amaigris, découragés, sans force, quelques-uns d'entre eux deviennent de véritables infirmes incapables de gagner leur vie ; ce sont de misérables épaves.

Dyspepsie gastro-intestinale postopératoire. — Il s'agit de malades qui, avec ou sans diarrhée, accusent des sensations beaucoup plus pénibles que ceux dont je viens de parler. Quelque temps après avoir mangé, ils éprouvent une gêne, une pesanteur, une douleur même aux environs de la région ombilicale, au-dessous. Cela les empêche de manger, cela les amène à diminuer leur alimentation, et quelques-uns d'entre eux sont vraiment rendus très malheureux par ces sensations pénibles et par les phénomènes de dépression qui s'ensuivent.

Quand on examine des malades de ce genre, on constate souvent après les repas un clapotage très marqué au-dessous de la région ombilicale. A première vue, il semblerait qu'il s'agisse d'une dilata-

(1) G. Durand. La diarrhée accident consécutif à la gastro-entérostomie, *Progrès méd.*, 4 janv. 1913.

tion de l'estomac. M. Hertz (de Londres) en citait récemment deux cas curieux identiques à ceux que nous avons étudiés, M. Savignac et moi (1).

Dans les deux cas, on avait pensé qu'il s'était produit une dilatation de l'estomac probablement par fermeture de la bouche. On était sur le point de pratiquer une laparotomie en vue d'une nouvelle gastro-entérostomie, lorsqu'on découvrit de quoi il s'agissait en réalité : c'était un passage extrêmement rapide du contenu de l'estomac dans l'intestin grêle et la dilatation de cet intestin. Nous avons avec G. Savignac observé une série de cas de ce genre chez lesquels la radioscopie montrait nettement la dilatation et la stase de l'intestin grêle. De là une ptose intestinale plus ou moins marquée, de là ce fait que les malades ne souffrent pas quand ils sont couchés, mais lorsqu'ils sont debout. De là aussi l'utilité de leur faire porter une sangle qui exerce sur la partie sous-ombilicale de l'abdomen une contention suffisante.

On comprend aussi que se produise dans le grêle dilaté ce bruit de flot qui rappelle le bruit de flot de la grande dilatation stomacale. Il rappelle encore le bruit de succussion constaté dans l'occlusion intestinale incomplète du grêle avec hypersécrétion et rétention au-dessus de la sténose.

Il peut même se faire, dans des cas de ce genre très accentués, qu'on puisse percevoir une matité déclive semblable à celle que l'on trouve dans l'occlusion incomplète et progressive de l'intestin. Il peut donc y avoir lieu de discuter le diagnostic différentiel entre ce genre d'accidents et l'occlusion incomplète résultant de la production d'un ulcus du jéjunum avec sténose du méso-côlon d'après le mécanisme indiqué par MM. Lion et Moreau. Dans ce cas, l'examen clinique aidé par la radioscopie donnerait des indications précises. Il ne s'agit pas non plus d'une fistule jéjuno-côlique, accident qui s'est produit dans certains cas à la suite d'un ulcus du jéjunum. La diarrhée serait ici lientérique et l'examen radioscopique montrerait facilement la communication anormale entre le jéjunum et le côlon.

Quelle est la fréquence de ces accidents intestinaux postopératoires? Les accidents graves, tels qu'ils viennent d'être décrits, ne sont pas fréquents. Les accidents atténués ne sont pas très rares. Il est très vraisemblable, d'autre part, que si l'on avait mieux connu la possibilité de leur apparition, si l'on avait en particulier su plus tôt que certains gastro-entérostomisés avaient une évacuation particulièrement hâtive du contenu de l'estomac dans l'intestin, on aurait pu éviter par le régime, et aussi par la médication, que ces accidents deviennent non pas seulement une gêne pour les malades, mais une infirmité susceptible d'en faire parfois des malheureux incapables de gagner leur vie.

Conclusion pratique. — De ce qui précède il résulte, au point de vue pratique, la nécessité de régler d'une façon méthodique la réalimentation des malades ayant subi la gastro-entérostomie avec ou sans pylorectomie. Il faut que ces opérés, surtout s'ils ont une évacuation rapide de l'estomac par la bouche nouvelle, soient traités comme Frémont traite les chiens chez lesquels il a isolé l'estomac et abouché directement l'œsophage avec le duodénum. Il a vu alors que, s'il ne donnait pas à ces chiens de petits repas répétés avec des substances bien divisées et d'une digestion facile, ils périssaient souvent sous l'influence de la diarrhée et d'une sorte d'affaiblissement et de cachexie générale. C'est d'après les mêmes principes que nous alimenterons nos opérés et nous serons d'autant plus circonspects que l'examen radioscopique aura montré chez eux un certain degré d'incontinence de la bouche gastro-jéjunale. On est du reste amené à des règles de prudence analogue, par la notion qu'ils ne sont pas immédiatement guéris, par le fait de l'opération, des lésions pour lesquelles on les a opérés d'une part, et que, d'un autre côté, il est toujours possible que de nouveaux accidents gastriques se produisent, par le fait d'écarts commis après l'opération.

Il est bien évident que, si ces malades présentent à nouveau des phénomènes d'ulcus, il faudra pendant quelque temps les traiter exactement comme s'ils n'avaient pas été opérés. Un point sur lequel il convient d'insister pour terminer, c'est la façon dont on doit se conduire chez des malades qui présentent des accidents intestinaux. Chez eux, souvent le lait ne réussit pas; tout au plus peut-on leur donner des laitages assez épais, des purées, des œufs. Chez un certain nombre d'entre eux, la diarrhée cesse quand on supprime la viande et les œufs; mais il ne faut pas croire toutefois qu'on va toujours la faire disparaître en les soumettant à un régime de pâtes et de purées. Dans bon nombre de cas, elle subsistera sans aucune atténuation. Parfois, lorsque le régime alimentaire n'a pas suffi à empêcher ou à guérir les accidents intestinaux, on peut obtenir ce résultat par une médication appropriée. Nous avons vu des opérés en guérir après l'usage du suc gastrique naturel, de la gastérine de Frémont ou encore d'une assez grande quantité d'acide chlorhydrique. Chose assez curieuse, nous avons eu l'occasion de constater chez deux d'entre eux que, en leur faisant prendre du suc gastrique ou de l'acide chlorhydrique au moment même du repas, on voyait la bouche gastro-jugénale fonctionner d'une façon beaucoup plus lente, et son jeu se régulariser exactement à la façon du pylore. Cette constatation est très suggestive car elle semble démontrer que, si la sécrétion de l'estomac persiste, bien que le suc gastrique se déverse dans le jéjunum au lieu d'arriver dans le duodénum, elle peut cependant avoir sur le fonctionnement de la bouche anastomotique une action analogue à celle qu'a sur le pylore l'arrivée du contenu de l'estomac dans le duodénum. La bouche serait donc susceptible de se comporter vraiment comme un néo-pylore.

Dans d'autres cas, il nous a fallu ajouter de l'opium. Plusieurs de nos malades n'ont été soulagés que par l'emploi simultané de la gastérine, ou de l'acide chlorhydrique et de préparations opiacées. Dans quelques cas, ces moyens ont échoué et nous

(1) Arthur F. Hertz. *The sensibility of the alimentar canal*, 1911.

avons mieux réussi en faisant prendre à la fois de la craie et de l'opium.

Il convient de ne pas oublier que ces malades, surtout dans les formes graves de la dyspepsie gastro-intestinale postopératoire, sont toujours très soulagés par le repos horizontal et par l'usage d'une bonne sangle abdominale.

Arrivé à la fin de cette série d'études, je crois avoir tenu la promesse faite en les commençant de ne pas me contenter de répéter ce que j'ai écrit dans des publications antérieures. Si j'y ai réussi, cela montre combien de plus en plus vaste est devenu en quelques années le domaine de l'ulcus et quelle est l'importance des acquisitions nouvelles dans ce chapitre de la médecine. N'oublions pas toutefois — et c'est sur cette note de prudence que je voudrais terminer — que, malgré la valeur des moyens d'information que nous avons actuellement en main, il a, par leur intervention même, surgi des difficultés nouvelles pour le diagnostic. Il ne faut pas conclure trop vite et risquer de commettre en les employant des erreurs qui, malgré leur allure modernisée, ne vaudraient pas mieux que celles qu'on commettait antérieurement.

Pour ce qui concerne l'intervention chirurgicale dont j'ai été amené à parler longuement, nous avons vu, chemin faisant, avec quelle prudence il faut y avoir recours.

Si la chirurgie gastrique a donné d'admirables résultats dans le traitement de l'ulcus, il ne faut pas oublier qu'elle comporte des dangers immédiats et à distance. La collaboration bien réglée des médecins et des chirurgiens devra à l'avenir contribuer à rendre plus rares les interventions trop précoces ou trop reculées et aussi leurs accidents immédiats ou tardifs.

Je m'estimerai heureux si les études réunies ici peuvent dans quelque mesure y contribuer.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 21 JUILLET 1914)

Analgésie obstétricale. — M. Ribemont-Dessaignes fait une communication sur un nouveau procédé d'analgésie qui semble appelé à rendre de grands services, surtout en obstétrique. Il rappelle les efforts qui ont déjà été tentés dans ce sens, les recherches de M. Pinard, en 1878, sur le chloral, la morphine, le chloroforme, celles de M. Doléris, en 1900, sur la cocaïne, plus tard sur l'anesthésie rachidienne. Ce problème, si longtemps cherché, semble aujourd'hui résolu. Il s'agit de la morphine ayant subi un traitement particulier par la levure de bière qui la rend beaucoup moins toxique, sans altérer ses propriétés analgésiques.

M. Ribemont a eu recours à l'emploi d'une injection de 1 centigramme de cette substance chez trois femmes en travail. La première et la seconde avaient d'abord refusé de s'y soumettre, mais la troisième ayant accepté et ayant accouché véritablement sans douleur, les deux autres demandèrent, à leur tour, l'injection bienfaisante et s'en trouvèrent également très soulagées. Sous l'influence de cette injection, répétée au besoin une, deux ou trois fois, le travail se fait très régulièrement; après une ou deux contractions encore douloureuses, les contractions suivantes se font sans que la parturiente souffre. Depuis ces premières tentatives, 115 enfants ont été mis au monde, leurs mères ayant été très efficacement analgésiées par ce procédé.

Comment agit cet analgésique? Quelle est la durée de l'anesthésie? C'est ce qu'a étudié M. Ribemont. Deux ou trois minutes après l'injection, la femme éprouve quelques troubles passagers, puis les contractions, tout en restant régulières, deviennent de moins en moins douloureuses; la femme s'endort et le travail continue. Trois femmes seulement sur 112 se sont montrées réfractaires au médicament. Combien de temps dure l'anesthésie? Sept à huit heures en moyenne. On peut faire deux et trois injections sans danger. Il n'y a aucun shock. La température et le pouls restent normaux. Après l'accouchement, il n'y a presque pas de tranchées utérines. On peut faire des interventions, application de forceps, suture périnéale, sans avoir besoin de recourir à aucun autre anesthésique.

Les enfants naissent apnéiques, mais il suffit de quelques insufflations de bouche à bouche pour les faire respirer. Il n'est pas nécessaire, il serait même contre-indiqué de recourir au tube dont M. Ribemont est l'inventeur. Sur les nombreux accouchements qui ont été pratiqués à l'aide de cet anesthésique, un seul enfant est venu mort. Mais avant l'accouchement, on avait constaté la cessation des battements du cœur.

On peut pratiquer la première injection dès que le travail est franchement commencé et que la dilatation du col atteint la dimension d'une pièce de 50 centimes. Ces mêmes injections pourraient être employées avec avantage, en médecine contre les coliques hépatiques ou néphrétiques, en chirurgie pour certaines opérations. M. Bazy y a déjà eu recours pour plusieurs opérations.

La toxicité de cette préparation, dont il est regrettable de ne pas connaître la formule exacte, est quinze fois moindre que celle de la morphine ordinaire. C'est ce qui résulte des expériences de M. Pouchet. M. Ribemont-Dessaignes, au nom de MM. Pouchet et Paulin, donne quelques renseignements sur la composition chimique et l'histologie de cette substance. Quoi qu'il en soit, M. Ribemont se loue beaucoup de ce nouveau médicament, non dangereux et très efficace. Il espère que la possibilité d'accoucher sans douleur deviendra un des moyens d'augmenter la population de notre cher pays.

M. Bazy a essayé, avec succès, ce médicament chez deux hommes, l'un de cinquante-sept ans, l'autre de soixante-deux ans et chez deux jeunes gens, dont l'un fut opéré d'appendicite et l'autre d'urétrotomie interne. Il s'en montre très satisfait. Une injection préalable de cette substance rend l'injection intra-urétrale de cocaïne, à laquelle il est resté fidèle, beaucoup plus efficace. Il emploie toujours une solution de cocaïne au cinquantième.

M. Reclus proteste, considérant cette dose comme dangereuse, et préfère de beaucoup la solution de novocaïne et adrénaline à 1 p. 200, à condition qu'on sache attendre.

MM. Bourquelot et Chantemesse demandent à M. Ribemont des renseignements plus détaillés sur la préparation de ce médicament.

M. Pinard n'a pas d'expérience personnelle de cette substance. Mais ses adjoints l'ont expérimentée avec succès. Il importe qu'on soit prévenu que, sous l'influence de ces injections, les enfants naissent apnéiques et qu'il faut les faire respirer par insufflation de bouche à bouche et non par l'emploi du tube de Ribemont.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

NOTES POUR L'INTERNAT

PNEUMONIE CASÉEUSE

DÉFINITION. — La pneumonie caséeuse est caractérisée par l'infiltration tuberculeuse du poumon de forme massive lobaire ou pseudo-lobaire ; elle correspond à l'infiltration tuberculeuse de Laënnec, au tubercule pneumonique de Grancher, au tubercule géant de Hanot ; pour Letulle, le terme de broncho-pneumonie caséeuse devrait être substitué à celui de pneumonie caséeuse, cette affection se présentant anatomiquement, en effet, comme une broncho-pneumonie pseudo-lobaire dont les foyers lobulaires se sont conglomérés, au point de ne pouvoir plus être distingués à l'œil nu.

HISTORIQUE. — La découverte de l'infiltration massive tuberculeuse a été faite par Laënnec, en même temps que celle du tubercule, et son histoire a suivi ensuite les mêmes vicissitudes que l'ensemble des connaissances relatives à la tuberculose. Reinhardt, puis Virchow et toute l'école allemande considéraient la pneumonie caséeuse comme une inflammation simple ; expérimentalement Willemin et l'école française en rétablirent la spécificité ; Grancher, Thaon, Charcot en ont étudié spécialement l'histologie. Nous verrons plus loin, malgré la découverte du bacille de Koch au niveau des foyers pneumoniques caséeux, combien nombreuses sont encore les discussions étiologiques que soulève cette affection.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La pneumonie caséeuse siège plutôt à la base et à droite, chez l'adulte ; à la région moyenne, au bord antérieur du poumon ou au voisinage de la scissure interlobulaire (embolie juxtascissurale de Sabourin), chez l'enfant ; elle peut d'ailleurs occuper toutes les régions du poumon ; elle est, en général, assez éloignée des lésions tuberculeuses primitives.

La pneumonie caséeuse peut occuper un demi-lobe, un lobe, parfois la plus grande partie du poumon. Le lobe atteint est tuméfié, lisse, blanchâtre, moucheté de réseaux anthracosiques, recouvert de fausses membranes ; il est parfois adhérent à la paroi. A la coupe, sa surface est plane, sèche ; sa coloration apparaît jaunâtre, marbrée de noir (fromage de Roquefort). Souvent le bloc caséeux est fissuré, craquelé, creusé de cavités déchiquetées, véritables cavernes par évacuation ; parfois une des géodes affleure la plèvre viscérale qui est décollée ou rompue (pneumothorax secondaire).

La lésion, dans son ensemble, offre une dureté très spéciale. Ces caractères permettent, en général, facilement la distinction avec les lésions de la pneumonie à pneumocoques. La coupe ne présente pas l'aspect granité de la pneumonie fibrineuse, la surface est plus terne, plus dense ; elle ne donne pas de suc au raclage. Nous indiquerons plus loin les difficultés de diagnostic avec les foyers pneumoniques tuberculeux bien étudiés récemment par Braun.

Au voisinage du bloc caséeux, le poumon est atteint de splénisation ; parfois l'œdème l'emporte sur la congestion et le poumon présente les caractères de l'*infiltration gélatiniforme ;* l'*infiltration grise* accompagne souvent aussi la pneumonie caséeuse qui correspond elle-même à l'*infiltration jaune* de Laënnec. On peut trouver encore des tubercules crus ou ramollis, des granulations ; dans d'autres régions du poumon, on observe de la congestion, de l'emphysème, des cordons de lymphangite, de l'*adénopathie médiastine* parfois très accusée, de la pleurésie séro-fibrineuse ou purulente.

Si la pneumonie a évolué assez longtemps, une partie du bloc caséeux a pu s'éliminer et l'on observe alors une ou plusieurs cavernes.

HISTOLOGIE. — La lésion est caractérisée par l'existence de larges placards d'un tissu presque homogène où les parties constitutives du parenchyme pulmonaire sont venues se confondre en une masse caséeuse uniforme ; toute trace de noyaux a disparu et tout élément du squelette conjonctif a cessé d'être visible. Aucune cellule géante, aucun leucocyte n'y est reconnaissable (Letulle). Par l'orcéine, on peut encore mettre en valeur le *squelette élastique* du poumon ; les fibres élastiques dessinent alors, en pleine masse tuberculeuse, le décalque exact des lobules pulmonaires, des bronchioles, des vaisseaux oblitérés. Cette armature élastique peut ainsi demeurer longtemps intacte ; peu à peu cependant les fibres s'étirent, se colorent moins énergiquement, puis cessent d'être visibles.

La lésion n'a pas de limites nettes ; des lobules en état de splénisation ou remplis d'un exsudat fibrineux ou hémorragique y alternent avec des placards irréguliers, en état de caséification. La périphérie du bloc se trouve de la sorte bordée par une ligne irrégulière, déchiquetée, constituant la zone de propagation des lésions bacillaires ; la progression des lésions caséeuses s'effectue de proche en proche, d'une manière diffuse.

Quel que soit leur contenu, les alvéoles subissent la même nécrose caséeuse ; si l'alvéole a été remplie de fibrine et de leucocytes, les fibrilles fibrineuses se tassent, deviennent plus ternes ; les leucocytes se fragmentent, l'alvéole apparaît alors formé par un bloc homogène. Si l'exsudat a été hémorragique, les hématies se confondent en un amas vitreux qui subit plus ou moins vite l'évolution caséeuse.

Les capillaires se thrombosent ; leurs endothéliums se nécrosent. Les artérioles, les veinules sont souvent caséifiées d'emblée ; leur lumière est comblée par un thrombus caséeux ; dans d'autres cas, le processus est moins aigu ; le vaisseau a d'abord été le siège d'une endovascularite végétante subaiguë et il n'a subi que plus tard la caséification. Les grosses bronches sont englobées dans ces sortes de tubercules géants ; elles sont ordinairement oblitérées par la masse caséeuse.

La plèvre viscérale est assez souvent épaissie et présente parfois des cellules géantes.

Trois catégories de réactions histologiques peuvent précéder la pneumonie caséeuse : la pneumonie catarrhale, la pneumonie fibrineuse à lymphocytes, la pneumonie fibrineuse à polynucléaires. La *pneumonie catarrhale* (infiltration gélatiniforme) est la variété la plus fréquente ; les parois alvéolaires, les capillaires sont dilatés, congestionnés, les cellules endothéliales sont gonflées ; elles font relief sur la paroi. L'alvéole contient un réticulum fibrineux à mailles larges où se voient quelques globules rouges, des lymphocytes et surtout des cellules épithéliales desquamées renfermant des bacilles (pneumonie desquamative de Bühl).

La *pneumonie à lymphocytes* montre un abondant réseau fibrineux, contenant surtout des lymphocytes, des mononucléaires, quelques rares polynucléaires. La *pneumonie à polynucléaires* est assez rare ; elle diffère à peine de la pneumonie franche aiguë.

Les *bacilles tuberculeux* sont toujours faciles à colorer dans les blocs de pneumonie caséeuse. Répartis dans toute l'étendue des masses caséeuses, ils se rassemblent par places en amas épais ; cette disposition s'observe surtout au centre et au pourtour des zones de ramollissement. On retrouve aussi des bacilles dans les alvéoles atteints de lésions en apparence banales, au pourtour du bloc caséeux. Tantôt les bacilles flottent en liberté au milieu des exsudats, tantôt on les décèle dans de gros macrophages vésiculeux qui s'accumulent dans les alvéoles atteints de pneumonie catarrhale. On les retrouve aussi, mais en moins grand nombre, dans les cloisons interlobulaires, dans les espaces lymphatiques, dans les parois des veines pulmonaires elles-mêmes.

La substance caséeuse qui a remplacé le parenchyme pulmonaire est composée, d'après Schmoll, de 13 p. 100 de graisses, dont deux tiers de graisses simples et un tiers de cholestérine et de lécithine et d'une substance albuminoïde coagulée se rapprochant des globulines ; on n'y trouve pas trace de nucléines.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 10 francs par an.
Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Une session d'examens pour les candidats aux épreuves du premier degré prévues par l'arrêté du 1er mars 1914 relatif à l'organisation du concours d'agrégation dans les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris le 9 novembre 1915.

Les registres d'inscription seront ouverts dans les secrétariats des académies, du 9 juillet au 9 septembre 1915.

Les candidats devront, en se faisant inscrire, satisfaire aux prescriptions édictées par l'article 2 de l'arrêté du 18 juillet 1913 et articles 4 et 5 de l'arrêté du 1er mars 1914.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par application des dispositions de l'article 37 de la loi du 13 mars 1875, M. le médecin inspecteur Gallay, directeur du service de santé des troupes du groupe de l'Afrique orientale, à Tananarive, est placé, à dater du 21 juillet 1914, dans la deuxième section (réserve) du cadre des médecins inspecteurs des troupes coloniales.

— M. Paulin Dupuy, député, a demandé à M. le ministre de la Guerre pourquoi le bénéfice de la loi du 17 juillet 1908, accordant aux médecins et pharmaciens aides-majors de deuxième classe une majoration d'un an de grade d'officier, n'est pas accordé aux aides-majors ayant fait leur service militaire sous le régime de la loi de recrutement de 1889 et appartenant aux mêmes promotions que leurs camarades ayant accompli leur service militaire sous le régime de la loi de recrutement de 1905.

Voici la réponse du ministre :

« Le texte de la loi du 6 juillet 1912 (et non 17 juillet 1908) ne permettait pas de faire bénéficier de la majoration dont il s'agit les aides-majors ayant fait leur service militaire sous le régime de la loi du 15 juillet 1889.

L'extension par une nouvelle disposition législative du bénéfice de la loi du 6 juillet 1912 aux aides-majors qui en ont été écartés est actuellement à l'étude. »

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la vingt-huitième semaine, 720 décès au lieu de 770 pendant la semaine précédente, et au lieu de 834, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde a causé 1 décès, au lieu de 5 pendant la semaine précédente (la moyenne est 5). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 49, au lieu de 34 pendant la semaine précédente (la moyenne est 46).

La scarlatine a causé 5 décès, au lieu de 1 la semaine précédente (la moyenne est 3). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 113, au lieu de 167 précédemment (la moyenne est 123).

La diarrhée infantile a causé 41 décès de zéro à un an, au lieu de 28 pendant la semaine précédente (la moyenne est 41).

TRAVAUX PRATIQUES D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Les travaux pratiques de laryngologie, rhinologie et otologie (examen et traitement des malades) ont lieu tous les jours, à la clinique de M. le docteur Castex, chargé de cours (école pratique), rue de l'Ecole-de-Médecine, 15, de trois heures à cinq heures, toute l'année sans interruption.

Le droit de laboratoire pour chaque série d'un mois est de 50 francs.

Sont admis, tous les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de midi à trois heures.

PHYSIOTHÉRAPIE. — COURS DE VACANCES. — La onzième session du cours de vacances de physiothérapie, organisée par MM. Albert-Weil, Durey, Dausset, Degrais, Dominici, Kouindjy, Paul Leroy, Rœderer, Sandoz et Wetterwald, aura lieu du 9 au 31 octobre prochain à l'Ecole des *hautes études sociales*, 16, rue de la Sorbonne et dans divers hôpitaux ou cliniques.

Elle comprend deux séries de vingt leçons.

La *série A* comprend l'électrothérapie, la radiothérapie, la radiumthérapie, la photothérapie, l'hydro et la thermothérapie.

La *série B* comprend le massage en général, le massage viscéral, le massage gynécologique, le massage de la face, la rééducation, la gymnastique et l'éducation physique, etc.

Le prix de chaque série de vingt leçons est de 50 francs.

On peut demander des programmes détaillés ou s'inscrire chez MM. Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

RENSEIGNEMENTS

REVUE GÉNÉRALE

LES HÉMORRAGIES GÉNITALES D'ORIGINE OVARIENNE

DISCUSSIONS PATHOGÉNIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

(BILAN ACTUEL)

Par M. M. ARRIVAT,
Interne des hôpitaux de Montpellier.

Les caractères particuliers des hémorragies génitales, leur évolution, les symptômes fonctionnels et physiques qui les accompagnent, permettent d'en faire le diagnostic clinique et de les rattacher aux syndromes dont elles font partie. Dans nulle autre branche de la pathologie, la séméiologie n'est en théorie plus facile, plus mathématique. Mais si l'on veut remonter aux questions pathogéniques, cette précision disparaît. Des éléments multiples sont en jeu, d'importance inégale et discutée ; les théories se contredisent. Pendant notre internat dans le service de gynécologie de M. le professeur de Rouville, nous avons été souvent frappé de ces faits. A maintes reprises, nous avons pu apprécier le rôle important de l'ovaire dans la genèse des hémorragies génitales. Nous avons l'intention d'étudier, dans ce modeste travail, les hémorragies génitales dans lesquelles l'ovaire joue un rôle indiscutable et prépondérant.

Les hémorragies génitales peuvent être rattachées à diverses causes et il nous paraît utile, pour fixer les idées, de rappeler très brièvement la division classique. On distingue deux ordres de faits :

1° Il y a des *métrorragies de cause extragénitale*, ce sont des métrorragies médicales, qui peuvent relever de maladies générales infectieuses, d'intoxications, de lésions hépatiques, rénales, cardiaques, de maladies du sang.

2° L'intérêt se concentre surtout autour des *métrorragies de cause génitale*. En dehors de la grossesse, qui peut les occasionner par ses complications ou par ses anomalies, il est classique de distinguer :

a. Des *lésions utérines :* sclérose et congestion diathésiques ou infectieuses, métrites, fibromes, néoplasmes malins, cancer, chorio-épithéliome ;

b. Des *lésions annexielles* qui agissent par mécanisme réflexe : kystes ovariques avec torsion pédiculaire ; inflammations des annexes légères ou graves avec les déviations utérines dont elles sont la principale cause ;

c. Il y aurait enfin des *métrorragies primitives, idiopathiques, sine materia*, se présentant habituellement aux deux pôles de la vie génitale, à la puberté et à la ménopause. On tend à les attribuer à des troubles de la sécrétion ovarienne.

Telle est, brièvement exposée, la pathologie générale des hémorragies génitales. Mais quelle est leur cause vraie ? Comme dans tous les syndromes hémorragiques, trois éléments sont en présence :

a. Les *lésions vasculaires*, indéniables dans les hémorragies des néoplasmes ulcérés qui suintent continuellement ;

b. Les *troubles de la pression sanguine ;*

c. Les *troubles de la crase sanguine.*

Ces deux derniers éléments sont discutés et obscurs ; dans quelle mesure leur influence s'exerce-t-elle ? En particulier comment s'expliquent les écarts de pression dans les vaisseaux de l'utérus ? Autant de questions que nous discuterons.

Ces dernières années, des données nouvelles introduites dans la physiologie et l'histologie de l'ovaire ont ouvert le champ à des hypothèses intéressantes et fécondes. Prenant, Bouin, Villemin, Fraenkel ont innové l'étude histologique de l'ovaire et ont précisé par de belles expériences (Fraenkel, Ancel et Bouin) les points encore obscurs de sa physiologie. Dans le domaine de la pathologie, Dalché, Bouilly, Siredey et Lemaire ont décrit les premiers avec netteté les troubles de la fonction ovarienne. Mais, pour inaugurer la pathologie actuelle de l'ovaire, il faut arriver au mémoire de MM. Forgue et Massabuau qui, à la faveur de documents anatomo-pathologiques considérables, ont mis au point la dégénérescence kystique des ovaires, lésion fondamentale sur laquelle nous reviendrons bientôt. Grâce à ces travaux, la connaissance du rôle de l'ovaire dans les hémorragies génitales est aujourd'hui classique.

Dans ce travail, la question pathogénique prime toutes les autres. Nous essayerons de faire une étude critique de la pathogénie classique des métrorragies et nous développerons les arguments qui militent en faveur de la théorie ovarienne. Nous rechercherons si, à côté des hémorragies idiopathiques, il n'est pas possible d'étendre cette théorie à d'autres hémorragies insuffisamment expliquées par des lésions plus ou moins importantes de l'utérus. Après avoir fait cette revue théorique, nous tâcherons de dégager le type clinique des métrorragies d'origine ovarienne et ses modalités les plus fréquentes ; dans cet exposé symptomatique nous retrouverons une preuve de plus en faveur des théories ovariennes. Au point de vue thérapeutique nous nous arrêterons surtout à discuter la castration hémostatique ; employée contre les métrorragies des fibromes, cette méthode a eu ses périodes de vogue et d'abandon. Conservée par quelques chirurgiens en France et surtout en Allemagne, un regain d'actualité vient de lui être donné par quelques récents travaux. Nous verrons s'il faut bannir ou conserver cette opération et si elle a encore des indications.

Historique. — Il ne faut pas remonter bien loin dans l'histoire gynécologique pour rencontrer les premiers travaux concernant les métrorragies d'origine ovarienne ; ce sont les toutes dernières années du XIXe siècle qui ont apporté cette notion nouvelle à peine devenue classique de nos jours. Cela n'est pas étonnant si l'on songe que les causes de la menstruation ne sont bien connues que depuis peu et que l'anatomie et la physiologie de l'ovaire sont de connaissance aussi récente. Pour englober tous les travaux qui ont paru depuis les premiers tâtonnements des cliniciens jusqu'aux expériences actuelles, confirmés chaque jour par les nombreuses laparo-

tomies, il faut diviser l'historique de la question, en périodes très différentes. Au début ce sont de simples hypothèses que rien ne justifie ; puis l'observation clinique et la pratique de la castration ovarienne montrent d'une façon indéniable que l'ovaire joue un rôle dans certaines métrorragies. A la période actuelle, la connaissance du corps jaune et de sa sécrétion interne, de l'atrésie folliculaire et de l'ovarite micro-kystique, les expériences de Fraenkel, les constatations opératoires fournissent le dernier argument, la preuve décisive.

A. **Période des hésitations, des tâtonnements.** — Des assertions éparses, des hypothèses plus ou moins justifiées et c'est tout. Au XVIIe siècle, Harvey et Kerbringer entrevoient les rapports de l'ovaire et de la menstruation. Cullem, Béclard, Powler, au XVIIIe et au début du XIXe, émettent des idées analogues et pensent, à tout hasard, à l'origine ovarienne de certaines métrorragies. Mais ils ne se basent sur rien : pas d'expériences, pas d'opérations. Les premières castrations vont venir apporter dans la question un jour nouveau.

B. **Période d'observation clinique basée sur les résultats des castrations.** — L. Tait, en 1876, pratique les premières castrations hémostatiques avec un résultat excellent et il établit sur cette base l'hypothèse de l'influence de l'ovaire sur les métrorragies.

En 1899, Bouilly étudie dans la *Gynécologie* « Les métrorragies d'origine ovarienne » ; ce nom paraît pour la première fois dans la pathologie et il s'applique aux métrorragies essentielles de la puberté et de la ménopause. Malgré ces travaux, ces hémorragies sont attribuées par presque tous les auteurs à l'endométrite (thèses de Bachelier 1895 et Lamy 1897), à la sclérose utérine ou à la congestion favorisée par la diathèse arthritique (Richelot). Entre temps, les travaux de Duplay (1885), Segond, Tissier (th. de Paris, 1885), Battey (1886), Bouilly (1893) vantent les avantages de la castration hémostatique dans la fibromatose et sont autaut de plaidoyers en faveur de la pathogénie ovarienne des métrorragies (voir la discussion au Congrès de chirurgie 1893, Bouilly). Mais, comment et pourquoi l'ovaire est-il facteur de métrorragies ? Dans quelle mesure son rôle peut-il être opposé à celui de l'endométrite hémorragique ou de la sclérose interstitielle ? Autant de questions auxquelles personne ne répond ; auxquelles même on ne songe pas.

Il faut dire cependant qu'une lésion de l'ovaire jusque-là inconnue entre dans la pathologie : c'est l'*ovarite scléro-kystique*. On méconnaît son importance, on ne l'interprète pas encore mais on remarque sa fréquence dans les fibromes : les travaux de Popoff [de Saint-Pétersbourg] (1889), de Bulius (1892), de van Meedervort (1897), la thèse de Greco [de Palerme] (1895), le mémoire de Dixion Jones (1901), basés sur l'examen de pièces opératoires notent sa très grande fréquence. En même temps, les thèses de Dalché (1886), de Conzette (1890), étudient pour son propre compte, et en dehors de l'état fibromateux, les lésions de l'ovarite scléro-kystique. Castan, Fraikin (1899) montrent la fréquence des hémorragies dues à cette variété d'ovarite ; Gross (1900) soutient l'opinion contraire. A ce moment, arrive la période pathogénique qui fournit les arguments décisifs.

C. **Période des arguments histologiques et expérimentaux.** — Elle débute en 1898 ; Prenant fait la première étude histologique précise du corps jaune et affirme sa sécrétion interne. Bouin, Limon reprennent cette étude (1902). Fraenkel enfin, par la valeur de ses expériences sur l'animal, apporte la meilleure contribution à ces idées et la preuve expérimentale du rôle du corps jaune dans la menstruation (1903). Une autre preuve est fournie par les premières greffes ovariennes qui ont débuté en 1895, mais dont les résultats ont été surtout étudiés par Mauclaire, Tuffier, Pozzi, Quénu et Tuffier et consignés dans les excellentes thèses de Sauvé (1909) et Scheurer (1910). La menstruation est une fonction qui dépend de l'ovaire ; c'est une idée définitivement acquise.

Peu à peu on admet le rôle de l'ovarite scléro-kystique dans les métrorragies essentielles ; il faut citer, dans cet ordre d'idées, les thèses de Fraekin (1899), Gueller (1901), Barraud (1902), Delespine (1905), Hours (1906) ; les articles et mémoires de Bouilly, Theilhaber (Les causes des hémorragies préménopausiques) [1901], Dalché, Siredey et Lemaire, Forgue et Massabuau (1912).

Pour ce qui est des hémorragies métritiques, Theilhaber, Hirtzschmann et Adler, Schickele et Keller, Pankow montrent que « la prétendue métrite hémorragique » n'existe pas et qu'on a décrit sous ce nom des modifications menstruelles, actuellement bien connues, de la muqueuse utérine.

L'influence de l'ovaire sur les hémorragies des fibromes a bénéficié de l'étude des lésions annexielles associées ; il faut citer les thèses de Devaux (1903), Roche (1904), Saintot (1906), Blanc (1910), Fabre (1910), Guillaume (1912) ; les articles ou mémoires de Schwartzenbach, Constantin Daniel (1903), Palm (1910), Wallace (1912) et des statistiques provenant des castrations hémostatiques.

En 1910 paraît le mémoire de Forgue et Massabuau qui interprète les lésions de l'ovaire micro-kystique ; Ancel et Villemin reprennent les travaux de Fraenkel et vérifient ses conclusions. Désormais la question a pris place dans le cadre classique et la pathogénie ovarienne des hémorragies génitales a fait un grand pas.

I

THÉORIES PATHOGÉNIQUES. — LE RÔLE DE L'OVAIRE DANS LES HÉMORRAGIES GÉNITALES

La discussion pathogénique constitue le point capital de notre travail et on ne doit pas être étonné du développement que nous avons donné à ce chapitre. Nous aurons successivement à faire une revue critique des théories classiques, puis à établir les bases de la théorie ovarienne et enfin à apporter les arguments sur lesquels elle repose. Chacun de ces

points fera l'objet d'un paragraphe spécial dans ce chapitre.

1° **Revue critique des théories classiques.** — Pour éviter la confusion, nous croyons utile d'examiner successivement les métrorragies essentielles qui sont les plus importantes, les métrorragies des fibromes, celle des placentomes. Il va sans dire que nous ne nous arrêterons pas aux hémorragies dans les maladies des annexes; pas plus qu'aux prétendues hémorragies réflexes des déviations utérines que l'on doit expliquer par les lésions annexielles primitives.

A. Métrorragies essentielles. — Il s'agit surtout ici des métrorragies de la puberté et de la ménopause; nous tenons aussi à faire entrer dans ce groupe les métrorragies survenant sans cause apparente pendant la vie génitale de la femme et jusqu'à ces dernières années expliquées par des lésions discutables : congestion utérine, sclérose utérine, artériosclérose des vaisseaux utérins, métrite hémorragique. Ce sont là, à vrai dire, les termes rajeunis dont se servaient les anciens gynécologues : Bernutz, Scanzoni, etc. ; la congestion utérine de Richelot ne diffère pas de l'ancien engorgement utérin. Forgue et Massabuau, dans un récent article « Les métrorragies de la ménopause » et dans la thèse de Nicolau (Montpellier, 1912), ont repris et discuté cette pathogénie utérine et nous allons faire de larges emprunts à leur argumentation.

Les partisans de l'origine utérine des métrorragies essentielles ne sont pas d'accord entre eux et tentent de les expliquer par des lésions du parenchyme utérin, par des altérations vasculaires, par des lésions de l'endomètre.

a. Richelot, Doléris, Theilhaber se sont constitués les défenseurs de l'origine parenchymateuse. Depuis une vingtaine d'années, on a beaucoup écrit sur l'utérus scléro-hypertrophique des arthritiques nerveuses, la sclérose et la congestion utérines. Les traités classiques consacrent à ces états anatomo-cliniques une large place. Mais on commence aujourd'hui à leur élever des objections ; Pankoff surtout les a fortement ébranlés dans son étude critique sur la *métropathie hémorragique*, basée sur de nombreux examens histologiques.

Mais comment ces états morbides de l'utérus pourraient-ils déterminer des métrorragies ? D'après Theilhaber, l'explication réside dans une *insuffisance de la musculature utérine et vasculaire* acquise par sclérose ou congénitale par aplasie.

Richelot et ses élèves font intervenir des *poussées congestives fréquentes chez les arthritiques*. C'est la diathèse qui importe surtout ici; celle-ci, facteur des scléroses organiques, intervient encore sur ce terrain créé par elle et y provoque des poussées congestives, source de métrorragies.

A ces deux auteurs, à Richelot comme à Theilhaber, Pankoff a répondu par l'exposé des faits anatomo-pathologiques ; la conclusion de son travail se résume à ceci que *beaucoup d'utérus qui saignent ne sont pas des utérus fibreux et que nombre d'utérus fibreux à la ménopause ne saignent pas*.

Mais de plus, si l'on admettait la théorie de Richelot, il faudrait s'expliquer sur le facteur principal, l'arthritisme. Ce point est d'importance primordiale. L'arthritisme est un terme imprécis; est-ce un trouble de la nutrition, est-ce une toxi-infection exogène ou bien un trouble des glandes à sécrétion interne ? Cette dernière hypothèse est très en faveur à l'heure actuelle et dans une série d'articles et de communications, Lévy et Rothschild, il y a quelques années, ont mis sur le compte des troubles de la sécrétion thyroïdienne la plupart des éléments du syndrome arthritique. Il faut de plus en plus tenir compte des synergies fonctionnelles des glandes endocrines et en particulier de la synergie thyro-ovarienne. Nous aurons bientôt l'occasion de montrer que le *prétendu syndrome des arthritiques nerveuses ne diffère pas de l'hyperovarie de Dalché*.

Les *lésions vasculaires de l'utérus* ont été mises en avant surtout par Quénu. Dans une thèse assez récente (1909), Sicard étudie l'*artériosclérose métrorragique de l'utérus*. Ces lésions font partie de la sclérose utérine et des congestions utérines et sont justiciables des mêmes observations. La thèse de Sicard repose sur quatorze observations; or, dans la plupart des cas, on n'a pas examiné l'état des annexes et, dans les quelques cas où on s'en est occupé, elles portaient des lésions scléro-kystiques.

b. Faut-il donc admettre des lésions endométritiques; en d'autres termes, les hémorragies essentielles sont-elles dues à la métrite hémorragique ? C'est une idée déjà ancienne et que les classiques tendent à abandonner. Mais elle a été reprise ces dernières années par plusieurs auteurs, et quelques thèses ont essayé de remettre en question l'endométrite hémorragique (Saintot 1906, Thomas 1912, Siredey et Lemaire 1912).

Cliniquement, il est des cas concernant des métrorragies chez des femmes qui n'ont jamais été infectées et il ne faudrait pas, comme on a voulu le faire, attribuer au gonocoque tous les troubles menstruels des jeunes filles; certaines femmes manifestement vierges et ne présentant aucun signe de vaginite font des hémorragies génitales sans fibrome. Du reste la question est tranchée par un nombre considérable d'études histologiques : Winter, Döderlein, Pfannenstiel, etc., ont étudié la muqueuse des utérus extirpés ou les débris provenant de curettages sans y déceler de lésions infectieuses ni d'agents microbiens. La thèse de Dubouchet développe cette argumentation.

Il ne reste pas moins un nombre assez grand de cas dans lesquels des lésions patentes de la muqueuse existaient seules pour expliquer les métrorragies. Pankoff a trouvé ces lésions dans 24 sur 30 cas, Siredey et Lemaire, Hirtzschmann et Adler en ont publié deux observations; dans celle de Massabuau rapportée par Nicolau, on retrouve la même constatation. Ces examens étaient un sérieux argument à l'avantage de ceux qui défendaient l'origine métritique des hémorragies génitales essentielles. Actuellement, il faut donner à cet état anatomique une autre interprétation, comme l'ont bien montré Hirtzschmann et Adler (1907), Schröder (1909), Pan-

koff (1910), Adachi (1912), Schickele et Keller (1912). Ces auteurs ont établi que les *lésions de cette pseudo-métrite chronique hémorragique ne sont qu'un état normal de la muqueuse utérine, physiologiquement modifiée aux approches de la période menstruelle ;* à cette époque, la muqueuse s'épaissit, les glandes se multiplient et s'hypertrophient, elles sécrètent un mucus plus abondant en sorte que l'on se trouve en présence d'un état très voisin de l'ancienne métrite chronique glandulaire hyperplasique. Hirtzschmann et Adler concluent de leur travail que les métrorragies sont exceptionnelles dans les métrites et ne surviennent que quand il y a des lésions ovariennes qu'elles peuvent ainsi faire diagnostiquer. Cette acquisition a même une portée plus grande à notre sens ; certaines métrorragies survenues en dehors des périodes menstruelles et accompagnées de cette modification de la muqueuse utérine peuvent être de ce seul fait considérées comme de véritables règles supplémentaires ; nous ferons ressortir ultérieurement l'importance de ce détail.

Donc les métrorragies essentielles ne relèvent ni de la métrite ni de la sclérose ou congestion utérines et la prétendue métrite hémorragique n'existe pas en dehors des rétentions placentaires et de cas très spéciaux et rares de dégénérescences angiomateuses ou villeuses de la muqueuse.

B. Hémorragies dans les fibromes. — Appliquée aux tumeurs fibreuses de l'utérus, notre méthode critique se heurte aux théories classiques à peine ébranlées, par quelques faits récents et quelques opinions hautement formulées.

Il est tout à fait commun d'admettre que, les hémorragies des fibromes sont dues à l'endométrite et à la congestion amenée dans le tissu utérin par la présence du corps fibreux. Elles sont d'autant plus considérables que celui-ci est plus rapproché de la muqueuse jusqu'à devenir extrêmement sérieuses par leur répétition et leur abondance dans les polypes fibreux intra-utérins.

Trois ordres de faits vont à l'encontre de ces théories et attirent l'attention sur leur insuffisance.

a. Les *résultats de la castration* dans les fibromes depuis longtemps connus et appréciés ; pourquoi l'ovariotomie donnerait-elle ce résultat si les hémorragies étaient dues à de l'endométrite ? Cette endométrite ne serait pas d'origine infectieuse ; elle affecterait tantôt le type atrophique, tantôt, presque toujours, le type hypertrophique (Saintot); ne sont-ce pas là les lésions prémenstruelles de Hirtzschmann et Adler et que reste-t-il alors de la pathogénie endométritique ?

b. D'autre part, s'il est tout à fait classique d'admettre que les fibromes saignent d'autant plus qu'ils sont plus rapprochés de la muqueuse utérine, on observe pratiquement de fort nombreuses exceptions à cette règle. Le récent travail d'Oscar Frank bouleverse sur ce point tout ce que l'on admettait jusqu'à ce jour. Du reste, ne voit-on pas souvent de petits noyaux situés en plein myomètre ou même la dégénérescence fibromateuse sans nodule individualisé donner de formidables hémorragies qui laissent les malades exsangues ? De gros fibromes interstitiels sont très hémorragiques, tandis que, dans les mêmes conditions anatomiques, d'autres corps fibreux du myomètre, sans raison apparente, ne saignent pas. Ces faits sont souvent rapportés et ils ont fait l'objet de plusieurs discussions à la Société des médecins de Paris en 1911, où Péraire, Mouchet, L. Lévi les ont interprétés dans un sens défavorable aux théories pathogéniques classiques.

c. Enfin, et ce dernier argument empiète sur le paragraphe suivant, les lésions annexielles sont tellement fréquentes dans les fibromes qu'on peut les considérer comme constantes. Nous verrons bientôt quelles conclusions il faut tirer de ce dernier fait.

C. Autres hémorragies génitales. — Une variété d'hémorragies attire l'attention par sa répétition, par son abondance, qui mettent souvent les malades en péril immédiat. Ce sont les *métrorragies des placentomes* ou chorio-épithéliomes malins. Tumeurs utérines bourgeonnantes, pédiculées ou sessiles, ne présentant rien dans leur structure qui leur permette de saigner plus que ne font les autres néoplasies utérines malignes : pourquoi donc ces grandes métrorragies ? Nous verrons bientôt que cette variété de tumeurs se caractérise par une lésion ovarienne spéciale et constante qui permet de s'expliquer les symptômes observés.

Les prétendues hémorragies réflexes des annexites, des kystes de l'ovaire et des tumeurs ovariennes doivent actuellement trouver une explication plus scientifique : cette pathogénie réflexe ne s'explique pas.

Ceci posé, il est bien certain que la pathogénie utérine suffit à expliquer complètement les hémorragies et rétentions placentaires, des tumeurs malignes ulcérées, etc. Notre but n'est pas, nous l'avons déjà annoncé, d'attribuer à l'ovaire toutes les hémorragies utérines.

2° **Exposé de la théorie ovarienne.** — Il résulte du chapitre critique que nous venons d'écrire que les théories pathogéniques avancées pour expliquer les métroragies essentielles et même la plupart des hémorragies génitales sont insuffisantes et ne peuvent satisfaire l'esprit.

Nous allons montrer maintenant qu'une théorie plus logique, plus satisfaisante, plus justiciable peut être élevée sur ces ruines. C'est la *théorie ovarienne.*

L'hémorragie menstruelle normale est un phénomène conditionné par la sécrétion interne de l'ovaire.

La plupart des troubles de cette fonction, mis à part bien entendu les troubles mécaniques dus aux malformations, sont des troubles de la fonction ovarienne.

Il y a des troubles hypo : ce sont les règles insuffisantes ou même absentes des affections qui ont détruit la glande à sécrétion interne de l'ovaire.

Il y a des troubles hyper : ce sont justement les hémorragies anormales, métro ou ménorragie.

Il y a des troubles para : ce sont les règles irrégulières ou douloureuses, dépendant de phénomènes d'« ataxie ovarienne » (Jayle).

1. *La fonction menstruelle.* — Finot, dans sa thèse de 1910, a résumé d'une façon très précise l'argumentation en faveur des théories actuelles de la menstruation.

Il faut retenir surtout, dans le nombre considérable de communications et mémoires parus sur ce sujet, les études histologiques de *Prenant* et de *Villemin*, les expériences de *Fraenkel* et celles d'*Ancel et Villemin*.

Tous les mois une vésicule de de Graef arrivée à maturation et saillante à la surface de l'ovaire se rompt expulsant un ovule. Le follicule devient immédiatement après le siège d'un travail extrêmement actif qui va le transformer en glande à sécrétion interne : la cavité est envahie par les *cellules à lutéine venant de la thèque* (*thécaluteinzellen*) et par des ramifications vasculaires qui s'orientent de façon à cheminer entre les rangées de cellules à lutéine. Ce corps jaune, glande à sécrétion interne, a atteint son apogée au bout de dix à douze jours et à ce moment, par son action, s'est produite la menstruation. L'ovule inutilisé pour la fécondation est détruit : le corps jaune, désormais inutile, regresse et bientôt il n'en restera qu'une cicatrice pigmentée de très petit volume. Telle est la théorie de Fraenkel.

Elle est prouvée par les expériences faites sur la lapine : la destruction d'un corps jaune par ignipuncture, quelques jours avant les règles, supprime ces dernières. Les constatations opératoires donnent les mêmes résultats : quand on opère une femme quelques jours avant ou pendant les règles, on trouve un corps jaune bien développé.

On fait à cette théorie deux objections :

a. Les cas de menstruation sans corps jaune;

b. Les cas de corps jaune bien développé sans menstruation.

a. La première concerne les femmes opérées ou mortes pendant une période menstruelle et chez lesquelles on n'a trouvé aucun corps jaune.

On peut répondre que *les cellules lutéiniques à sécrétion interne peuvent exister non seulement agglomérées en corps jaunes mais encore disséminées sous forme de traînées plus ou moins discrètes dans le parenchyme ovarien*, traînées que seuls des examens répétés et prolongés peuvent faire découvrir : Forgue et Massabuau ont montré l'existence dans le stroma ovarien de ces amas de cellules lutéiniques provenant de l'atrésie folliculaire. Or il est certain que les observations ordinairement citées de menstruation sans corps jaune, simples constatations opératoires ou examens macroscopiques, n'ont pas la précision nécessaire pour constituer à la théorie de Fraenkel une sérieuse objection. Pour ce qui est des menstrues persistant chez les femmes ovariectomisées, nous répondrons que *les castrations incomplètes* sont très fréquentes dans certaines opérations difficiles où l'ovaire est plus ou moins étalé, plus ou moins adhérent. Au surplus, *les ovaires surnuméraires* bien étudiés et bien connus depuis les travaux de Rieffel, les mémoires de Mériel (1911), la thèse d'Eisenberg-Paperin (1911), expliquent la plupart des cas sur lesquels se basaient Regaud et Dubreuil pour amoindrir la valeur de la théorie de Fraenkel. Dans un excellent mémoire paru en janvier 1909 dans le *Lyon médical*, Ancel repousse la plupart des objections et confirme les expériences de Fraenkel et de Lindenthal montrant : 1. que la destruction d'un corps jaune en voie de développement empêche la menstruation de se produire ; 2. et que la rupture expérimentale d'un follicule voisin de l'époque de maturité amène la formation précoce d'un corps jaune et avance les règles.

b. Les cas de corps jaune sans menstruation ne constituent pas des objections plus graves que la précédente. Finot, dans sa thèse, développe cette objection et classe les cas observés : cas d'autopsie où on trouve des corps jaunes sans qu'il y ait eu menstruation; cas où l'utérus a été extirpé, cas de grossesse chez des femmes non réglées ou irrégulièrement réglées. Il est certain que, chez les femmes ayant subi une hystérectomie, l'aménorrhée est facile à concevoir malgré la présence d'ovaire et de corps jaunes : nous connaissons cependant une jeune femme qui a subi une hystérectomie subtotale avec conservation des ovaires et d'une rondelle de col : cette femme présente tous les mois un écoulement peu abondant qui a tous les caractères d'un écoulement menstruel. Pour les autres cas, nous pensons que, en dehors des influences ovariennes, l'état général, la pression sanguine interviennent comme facteurs importants dans la menstruation et peuvent l'empêcher.

Du reste la plupart des femmes non réglées qui ont un bon fonctionnement de l'ovaire présentent une *période cataméniale caractérisée par les troubles ordinaires de la menstruation* : pesanteur abdominale, douleurs, céphalée, malaises, etc., etc., suivis de leucorrhée : donc l'*ovaire a rempli sa fonction en congestionnant tout l'appareil génital et ce n'est pas sa faute si l'état général ou une lésion d'un autre appareil n'a pas permis à l'organisme de faire les frais de l'émission sanguine.*

2. *Les troubles de la fonction menstruelle.* — C'est à Dalché et à Jayle que revient le mérite d'avoir écrit pour la première fois les mots de *dystrophie ovarienne*, d'*hyperovarie*, d'*hypoovarie*, d'*ataxie ovarienne* (*Gazette des hôpitaux*, 1906; *La Gynécologie*, 1909). Ces auteurs ont fait l'étude complète des syndromes ovariens et leurs résultats ont été confirmés par l'opothérapie ovarienne pratiquée à titre expérimental sur les animaux de laboratoire. Nous n'avons pas à nous occuper du syndrome de l'hypoovarie qui amène l'absence ou la diminution du flux menstruel.

L'ataxie ovarienne de Jayle se caractérise « par un manque d'équilibre, une irrégularité dans les fonctions, de telle sorte que des phases d'insuffisance alternent et se combinent avec des poussées d'hyperovarie ». Elle correspondrait du côté de la sécrétion ovarienne à « une élaboration défectueuse qui altère les qualités de cette sécrétion, et parfois encore à une action défectueuse sur l'organisme et les échanges ». Ces notions-là sont hypothétiques.

Le développement des arguments anatomo-patho-

logiques qui vont suivre ce paragraphe nous conduit à admettre que, pour la plupart des hémorragies, c'est le *syndrome de l'hyperovarie* qui est en cause. Nous comptons le démontrer par des arguments anatomiques et par des arguments cliniques qui feront le sujet des deux chapitres suivants.

3° Bases anatómo-pathologiques de la théorie ovarienne. — Des travaux récents datant tout au plus d'une dizaine d'années ont apporté la preuve de la théorie que nous venons d'exposer. Ils ont établi par des arguments histologiques que la pathogénie ovarienne des hémorragies génitales repose sur un fait patent : l'*hyperplasie du tissu qui constitue la glande à sécrétion interne de l'ovaire*. Cohn, Seltz avaient bien montré cette lésion; mais le travail fondamental, c'est le mémoire de Forgue et Massabuau paru en 1910 qui a mis au point d'une façon parfaite l'anatomie pathologique de l'ovarite scléro-kystique et l'importance pathogénique de cette lésion.

Nous allons montrer à la lumière des récentes acquisitions le sens pathogénique de la dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire. Nous essayerons d'établir ensuite la fréquence de cette lésion plus ou moins avancée dans les ovaires des femmes dont l'utérus saigne.

a. Qu'est-ce que l'ovarite scléro-kystique? Connue depuis longtemps (Rokitansky, Battey, L. Tait, etc., etc.), elle a divisé les auteurs et a fait couler beaucoup d'encre : au début, on la voyait partout et elle est responsable de bien des castrations inutiles. Puis, comme toujours, période de réaction contre « ces pauvres ovaires scléro-kystiques de jadis » (Guinard). Actuellement, depuis le travail de Forgue et Massabuau, on connaît sa véritable signification.

Macroscopiquement, l'ovaire à petits kystes est un ovaire, bosselé à sa surface par des kystes muqueux ou hématiques avec, entre les kystes, œdème ou sclérose du parenchyme.

Microscopiquement, en dehors des lésions du stroma peu intéressant, le point capital est dans les lésions des follicules; Forgue et Massabuau ont bien montré que cette lésion peut se résumer en deux faits :

Augmentation parfois considérable du nombre des follicules en voie d'accroissement;

Atrésie prématurée de la plupart de ces follicules évoluant comme les follicules murs et donnant naissance à des cellules lutéiniques; ainsi est formé un faux corps jaune. Celui-ci diffère du corps jaune vrai par son origine, mais les cellules à lutéine ont les mêmes caractères et les mêmes réactions dans les deux cas.

Le résultat sera que l'ovaire à petits kystes aura pour caractère : l'hyperplasie des cellules à lutéine qui se rangeront tantôt sous forme de faux corps jaunes, tantôt sous forme de traînées disséminées dans le parenchyme scléreux de l'organe, toutes résultant du même phénomène : l'*atrésie folliculaire*. C'est *un ovaire en état d'hyperfonctionnement*, c'est *une glande dont le tissu noble est hypertrophié.*

A l'atrésie folliculaire, il faut aussi attribuer les cellules de la glande interstitielle; d'après les plus récents travaux, il ne paraît exister aucune différence entre ces dernières et les traînées de thecaluteïnzellen qui ont perdu la disposition folliculaire pour se disséminer dans le stroma (Fraenkel).

Dans la majorité des cas, une réaction fibreuse plus ou moins intense accompagne la dégénérescence microkystique et il en résulte le type de l'ovaire scléro-kystique. En cela il y a une analogie absolue avec les processus anatomo-pathologiques, que l'on rencontre dans d'autres glandes de l'économie, le foie et le rein en particulier. Deux lésions sont en présence : celle des cellules glandulaires orientée vers leur hyperplasie; celle du stroma. L'une ou l'autre peut dominer et les types sont bien connus du petit ovaire blanchâtre, à type gyratus, *ovaire à prédominance scléreuse*; et d'autre part du gros ovaire bosselé par les microkystes, *ovaire à prédominance kystique*. Fonctionnellement, dans l'un, le processus fibreux a étouffé l'élément glandulaire comme chez les vieilles femmes et cette altération a pour effet des phénomènes d'hypoovarie. Le second est un ovaire hyperfonctionnant. Les lésions mixtes, intermédiaires à ces deux types, sont les plus fréquentes. Du reste, l'examen macroscopique ne tranche pas, car il faut tenir compte, même dans les ovaires à sclérose prédominante, des amas lutéiniques issus de follicules atrétiques disloqués, amas plus ou moins considérables disséminés sans ordre au sein du stroma. L'opposition entre ces lésions fait tomber plusieurs objections et permet de comprendre en particulier pourquoi l'ovarite scléro-kystique ne se manifeste pas toujours par un syndrome d'hyperovarie avec pertes rouges exagérées.

Telles sont les altérations de l'ovaire; on peut entrevoir facilement leurs conséquences. La glande hypertrophiée va jeter dans la circulation une quantité excessive d'hormone spécifique; celui-ci causera des troubles hyper dans les phénomènes dépendant de sa sécrétion. L'ovaire normal par la sécrétion de ses cellules à lutéine cause la congestion menstruelle physiologique; rien d'étonnant à ce que l'ovaire à petits kystes cause une congestion plus intense ou plus fréquente; d'où ménorragies et métrorragies.

Les lésions hypertrophiques de l'utérus coïncidant avec l'hypersécrétion ovarienne soulèvent la question des rapports qui unissent ces deux ordres de phénomènes.

Est-ce une même action qui se manifeste en même temps sur les deux organes : inflammation, congestion passive, diathèse? Faut-il avec Fellner voir dans l'ovarite scléro-kystique la *réaction de l'ovaire en présence de l'augmentation de la sécrétion ou de l'activité nutritive de l'utérus?* L'hypothèse de Seitz est séduisante : l'ovaire sain préside à la nutrition de l'utérus, l'ovaire hyperactif produit l'hypertrophie utérine. Sans aller dans ce domaine hypothétique jusqu'à admettre un *myomhormone* (hormone firmateur du fibrome), il faut reconnaître qu'il y a quelque chose de vrai et de très logique dans cette

théorie. Ce qui le prouve, c'est l'action atrophiante des castrations sur les hypertrophies utérines et sur les fibromes (voir le travail de Jentzer et Benttner : *Etude expérimentale de l'atrophie de castration*).

b. Nous aurons établi la théorie ovarienne des métrorragies quand nous aurons montré que cette lésion hémorragipare, l'ovarite microkystique, se rencontre dans les cas que visent notre revue critique (voir plus haut). Il va nous suffire pour cela de consulter quelques-unes des nombreuses contributions que l'on a apportées récemment à la question.

Et tout d'abord, quelles relations y a-t-il entre les lésions microkystiques et les métrorragies essentielles.

Il est un premier fait très probant, c'est que dans tous les cas où l'intervention a permis d'examiner les organes génitaux, l'ovaire a été trouvé scléro-kystique. Les auteurs sont d'accord sur ce point, et cette assertion se retrouve même dans les écrits de ceux qui ont été les adversaires de la pathogénie ovarienne. La sclérose utérine, la congestion utérine, la pseudo-métrite hémorragique, les gros utérus des neuro-arthritiques sont accompagnés de lésions de l'ovaire. C'est un fait classique.

Mais il arrive souvent que la lésion ovarienne est une lésion d'apparence scléreuse prédominante et plusieurs auteurs allemands s'appuient sur ce fait, pour refuser toute valeur à la dégénérescence microkystique en tant que lésion fondamentale. Après Schikelle et Keller et Pankoff, Theilhaber s'est rallié à cette théorie. Forgue et Massabuau ont eu le mérite de revenir sur cette assertion et de montrer que, dans certains cas où les ovaires sont normaux en apparence, le microscope peut déceler les lésions fondamentales de l'ovarite à petits kystes, l'hyperplasie lutéinique sous forme de bandes ou de travées de cellules lutéiniques.

Nous avons sous les yeux une série de 24 observations recueillies au hasard de la clinique dans le service de notre maître, M. le professeur de Rouville. Les diagnostics sont variables : métrite, sclérose utérine, fibromatose utérine, métrite et annexite; dans tous ces cas, l'indication opératoire était fournie par des hémorragies plus ou moins abondantes, constituant même dans un cas un danger sérieux. Dans tous ces cas, l'intervention a montré des ovaires présentant sur la coupe, d'une façon indubitable, les lésions caractéristiques de l'ovarite scléro-kystique. Dans la plupart des cas, il s'agissait d'ovaires augmentés de volume, avec des kystes très nets, que l'on pouvait apprécier par le toucher vaginal. Mais dans 7 à 8 cas se rapportant à des femmes arrivées au voisinage de la ménopause, il n'y avait pas de kystes, les ovaires étaient scléreux ou œdémateux. A notre grand regret, nous ne pouvons apporter aucune étude histologique; aussi bien n'avançons-nous pas nos observations à titre de preuves. Il semble bien que dans tous ces cas, qu'ils s'observent aux pôles ou au cours de la vie génitale, on peut actuellement ne plus s'en tenir aux diagnostics de sclérose ou de métrite; on doit affirmer hardiment : métrorragies d'origine ovarienne.

Nous avons gardé le souvenir d'une femme de quarante ans, entrée dans le service de notre maître pour des hémorragies; celles-ci avaient débuté après un accouchement par des ménorragies durant neuf à dix jours; puis brusquement la perte sanguine a fini par ne plus cesser qu'à de rares intervalles, la malade était toujours dans le sang et il en résultait un état d'anémie assez prononcé (3 320 000 hématies). Au toucher, utérus augmenté de volume; perception nette dans le cul-de-sac gauche d'un gros ovaire douloureux à la pression. Notre maître posa le diagnostic de métrorragies d'origine ovarienne et une hystérectomie subtotale montra les lésions typiques. Guérison.

Pour ce qui est des fibromes, il est très facile de montrer combien l'ovarite scléro-kystique est fréquente. L'idée est ancienne : si Lawson Tait avait pressenti les rapports de l'ovaire et des hémorragies, Popoff, Bulius, Greco, Dixion Jones avaient constaté l'ovarite scléro-kystique dans beaucoup de pièces de fibromes. Les classiques admettent la grande fréquence des lésions. « Il est extrêmement commun de rencontrer des ovaires scléro-kystiques en dehors de toute infection. » (J.-L. Faure et Siredey.) — « Les ovaires des fibromateuses sont le plus souvent atteints d'ovarite scléro-kystique. » (Bégouin.) L'article de Constantin Daniel paru dans la *Revue de Gynécologie*, les thèses de Devaux et surtout de Roche (Bordeaux 1904), la thèse montpellieraine de Fabre, mettent en relief d'une façon certaine et la fréquence de l'ovarite scléro-kystique dans les fibromes et sa valeur pathogénique. En particulier, on trouve dans le travail de Fabre une étude histologique détaillée des ovaires chez quatre femmes portant des fibromes hémorragiques.

Dans le chorio-épithéliome malin, d'après Forgue et Massabuau, on trouve les formes les plus caractérisées de l'hyperplasie des thecaluteïnzellen.

Que conclure de tous ces faits?

En quelques mots, notre argumentation peut se réduire à deux ou trois idées principales : l'ovaire est le facteur principal de beaucoup d'hémorragies génitales et il doit cette action à la dégénérescence microkystique qui a la valeur d'une hypertrophie glandulaire.

II

ETUDE CLINIQUE

LES HÉMORRAGIES GÉNITALES PAR HYPEROVARIE

« Les hémorragies de l'ovarite scléro-kystique sont particulièrement intéressantes; d'abord ménorragiques, puis intermenstruelles, puis presque continues ou séparées par des intervalles de quelques jours. »

Cette phrase de Bouilly synthétise les caractères des hémorragies d'origine ovarienne et mérite bien, de ce chef, d'être inscrite en tête de cette étude. Ce chapitre est, en quelque sorte, une annexe du précédent, car les caractères des hémorragies en question concourent à démontrer et à affirmer leur origine ovarienne : on pourrait l'intituler : « Arguments cliniques en faveur de la pathogénie ovarienne ».

En effet, nous allons d'abord montrer que les troubles sécrétoires de la glande ovarienne donnent aux hémorragies des caractères très particuliers et nous nous attacherons à en esquisser le tableau symptomatique. — Mais, les circonstances dans lesquelles l'ovaire est atteint, la façon dont il réagit, les lésions utérines concomitantes présentent des modes assez divers pour qu'il soit indispensable d'indiquer les principales formes classiques.

A. Caractères généraux. — Un fait prédominant, conséquence de la pathogénie, caractérise et résume la symptomatologie : *les hémorragies d'origine ovarienne sont des menstruations excessives.* Dans le syndrome général, plus ou moins modifié suivant les cas, tous les éléments se montrent nettement comme des troubles hyper de la fonction ovarienne. Il faut un à un étudier tous ces éléments du syndrome.

1° Signes tirés de l'hémorragie elle-même. — Plus ou moins net, plus ou moins influencé par des circonstances accessoires, le type de Bouilly reste vrai pour toutes les métrorragies d'origine ovarienne. L'hémorragie n'est pas un accident isolé dans la vie génitale de la femme, elle se manifeste en pleine période d'activité génitale comme à la puberté et à la ménopause avec des variations d'intensité; on retrouve toujours chez les malades des signes anciens : ce sont des femmes dont la fonction menstruelle a toujours été excessive.

Jeunes filles, elles sont tôt réglées; les règles sont précédées de douleurs abdominales et de migraines. L'écoulement sanguin est abondant et dure cinq, six jours et plus. Mais ce n'est pas encore un trouble morbide inquiétant, car, malgré cette saignée mensuelle considérable, l'état général est excellent. Bien plus, si par hasard la perte est une fois moins considérable, des troubles variés peuvent apparaître (douleurs de ventre, vertiges, sensation de malaise imprécis, etc.). — Les règles reviennent d'ailleurs avec régularité tout en ayant tendance à devancer de quelques jours le terme normal. Ces troubles augmentent peu à peu : la période menstruelle devient plus longue et le sang perdu plus abondant sans encore s'accompagner d'autres symptômes. Ce premier stade a une durée indéfinie : tantôt très court, il peut être aussi très long.

Au bout de quelques années, apparaissent les *manifestations intermenstruelles* qui, suivant leur caractère, peuvent affecter trois types : métrorragique, leucorrhéique ou douloureux. Du reste, elles manquent parfois.

Métrorragique : sans raison aucune, entre deux époques normales, apparaît une hémorragie souvent rattachée par la patiente à une cause apparente (émotion, bain, frayeurs, etc.). Les mois suivants, le phénomène se répète et le syndrome intermenstruel est constitué.

Leucorrhéique : ce syndrome se manifeste par une recrudescence des pertes blanches qui, pendant quelques jours, peuvent être très abondantes : elles sont un signe de congestion pelvienne et s'accompagnent des petits troubles de la période menstruelle normale.

Douloureux : crises douloureuses intermenstruelles.

Le type métrorragique est le seul qui nous intéresse dans ce paragraphe. Il est loin d'être constant, il n'est même pas très fréquent; mais dans une description générale nous devions le signaler.

Bien plus tard, les hémorragies finissent par se présenter avec une irrégularité qui devient leur principal caractère. Tantôt les périodes menstruelles sont conservées, mais des ménorragies, des métrorragies plus ou mois importantes apparaissent irrégulièrement. D'autres fois, on ne reconnaît plus les périodes : l'hémorragie est continue, faiblement abondante avec des paroxysmes irréguliers et de durée variable. On comprend alors que l'état général soit défavorablement influencé et que des signes d'anémie apparaissent.

Les hémorragies d'origine ovarienne présentent ces caractères tantôt très nets (à la puberté), tantôt plus estompés; mais on les retrouve toujours quoique frustes en les recherchant systématiquement.

2° Syndrome d'hyperovarie. — Après les signes tirés de l'hémorragie, nous mettons en première ligne les symptômes en rapport avec l'hypersécrétion ovarienne. Ils ont été bien décrits par Dalché. Ils sont très voisins de ceux que l'on a attribués au neuro-arthritisme et aussi des éléments du tempérament thyroïdien étudiés par Lévy et Rothschild. Cela n'est pas étonnant; il ne faut plus considérer les glandes à sécrétion interne comme des organes pourvus de fonctions déterminées et séparées, mais plutôt comme des organes synergiques dans leur fonctionnement normal comme dans leurs troubles pathologiques. Cela ressort bien de travaux récents parmi lesquels il faut mentionner ceux de Rénon, Sicard, Spillmann et Etienne, Etienne et Demange, Finot, Jardry, etc. ; les syndromes endocriniques purs ont fait place aux syndromes polyglandulaires et on s'explique ainsi pourquoi il y a si peu de différences entre les éléments des syndromes thyroïdien et ovarien en particulier.

Les hémorragies font partie du syndrome de l'hyperovarie. Mais il y a d'autres signes.

L'*habitus extérieur* serait assez caractéristique d'après Dalché ; ce sont des femmes qui n'ont pas d'embonpoint exagéré ; elles ont une bonne constitution et se présentent avec des formes harmonieuses. Même en dehors de l'anémie, leur teint est pâle. Le facies est très caractérisé et la sexualité féminine y est très marquée : des yeux brillants, des traits expressifs et mobiles. La thyroïde n'est pas perceptible ; elle serait même parfois atrophiée d'après Dalché.

Au point de vue intellectuel, on note presque toujours un nervosisme très fort et de la précocité. Fréquemment les jeunes filles ont des crises hystériformes au moment de l'instauration de la puberté ; ces accidents peuvent même se répéter à chaque

période cataméniale ; ce sont des faits d'observation courante.

Dalché ajoute au syndrome quelques signes moins importants et moins constants : constipation habituelle, fécondité parfois remarquable, hyperazoturie et hyperphosphaturie, témoins d'une hyperactivité dans les phénomènes biologiques de la nutrition. Il est bien difficile de dire à l'heure actuelle si la pression sanguine est modifiée chez les hyperovariennes et dans quel sens ; les opinions sont contradictoires. Du reste toutes les glandes endocrines ont des actions sur la pression et les glandes saines corrigent les troubles qui pourraient se produire lorsqu'une d'elles vient à être lésée.

Enfin, la période menstruelle due normalement à l'activité sécrétoire du corps jaune périodique va se présenter chez les hyperovariennes avec une exagération des phénomènes habituels.

L'état nerveux est à cette époque fort atteint ; le caractère pendant quelques jours devient instable, ombrageux, violent, inconséquent, les crises de pleurs succèdent sans transition aux éclats de rire. Le sens génésique est exalté. Nous avons noté les attaques hytériformes. On a observé des perturbations plus graves (Dalché) : mélancolie, obsessions, exaltation mystique, anorexie mentale, tendance au vol, à l'incendie, aux fugues, etc. ; accidents heureusement exceptionnels.

Au milieu de cette symptomatologie si riche, il faut encore signaler des phénomènes dus à la congestion intense qui se produit dans le territoire pelvien (pesanteur abdominale et tiraillement pelvien, envies plus fréquentes d'uriner, parfois poussées hémorroïdaires) et du côté des seins (gonflement, douleur, etc.).

3° Autres éléments du syndrome. — Il nous reste à indiquer plusieurs symptômes moins constants des hémorragies d'origine ovarienne : les troubles de l'état général, les douleurs abdominales, les signes physiques. Ils ne sont pas semblables dans les différentes variétés cliniques et sont même dans chacune d'elles très modifiés. Tandis que les hémorragies essentielles (ménopause, puberté, métrites et salpingo-ovarites) font des douleurs très marquées, celles-ci sont très souvent absentes dans les fibromes. Il nous faut donc passer en revue les formes cliniques. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 22 juillet 1914)

Cancers du rectum. — M. Savariaud ne croit pas que la voie abdomino-périnéale soit la meilleure pour l'ablation des cancers du rectum. Il préfère la voie périnéale qui a l'avantage de permettre la conservation du sphincter si l'anus n'est pas pris. On peut, par cette voie, enlever également les ganglions dans la même séance. M. Savariaud a eu recours deux fois à la voie abdomino-périnéale. Les deux opérés sont morts, l'un de gangrène du côlon, l'autre par suite de la fermeture du bout inférieur qui a nécessité un anus artificiel ultérieur. Cette voie abdomino-périnéale n'est donc indiquée que dans les cas de cancers très haut situés. Pour les autres cas, M. Savariaud reste un partisan convaincu de la voie basse. Sur 20 opérations par cette voie, il n'a pas eu un seul décès et la guérison radicale, avec une survie importante, peut être obtenue tout aussi bien par cette voie que par la voie haute. Il faut respecter le sphincter chaque fois que cela est possible.

La rachianesthésie combinée à l'anesthésie par le chloroforme a donné à M. Savariaud de bons résultats pour ses interventions.

M. Auvray s'étonne d'avoir rencontré si rarement des cancers du rectum opérables. En sept ans, il n'en a opéré que 6 : 4 par la voie abdomino-périnéale, 2 par la voie périnéale. Sur les quatre malades opérés par la voie haute, trois l'ont été de la façon suivante : laparotomie sous-ombilicale, ligature préalable de l'hypogastrique, fixation de l'intestin pour anus iliaque définitif, libération du rectum d'abord sur sa face antérieure, puis sur sa face postérieure poussée jusqu'au dépouillement sur le sacrum de tous les tissus qui le recouvrent, péritonisation formant un véritable diaphragme, fermeture de la paroi abdominale. Dans un second temps, incision circulaire périnéale, achèvement du décollement par cette voie.

Dans un des quatre cas, M. Auvray a voulu abaisser l'intestin à l'anus, et conserver le sphincter. Mais la suture inférieure a lâché et la malade est morte de septicémie.

Sur ces quatre opérés, M. Auvray a eu deux guérisons et deux morts. Mais les malades guéries ont présenté jusqu'ici une survie tres notable, l'une actuellement de quatre ans passés. L'opération faite par la voie abdomino-périnéale est, en effet, une opération très complète qui permet une ablation radicale. C'est donc là le procédé de choix pour les cancers haut situés. La statistique donne encore 37 p. 100 de mortalité. Il est certain que c'est une opération grave, mais qui mérite d'être tentée en raison des résultats très favorables qu'elle fournit, et des guérisons lointaines qu'elle assure. La ligature des hypogastriques donne une grande sécurité au point de vue des hémorroïdes. L'inconvénient de ces opérations est la nécessité d'un anus contre nature. Mais cet anus artificiel n'est pas toujours aussi répugnant que le craignent les malades. Cela simplifie beaucoup l'opération. L'abaissement de l'intestin à l'anus avec conservation du sphincter est évidemment bien préférable au point de vue des suites. Aussi y a-t-il lieu d'y recourir chaque fois que cela est possible.

Luxation du grand os avec énucléation du semi-lunaire et fermeture du radius par ergot scaphoïdien. — M. Chaput. M. Barbet (de Lille) a soigné un malade atteint d'énucléation du lunaire avec luxation du grand os, compliquée de fracture de la styloïde radiale. Cette fracture, décrite par Destot, est occasionnée par le scaphoïde qui agissant verticalement s'enfonce dans le radius comme une tige rigide et le fait éclater.

L'auteur a obtenu un assez bon résultat par l'ablation du semi-lunaire ; ce résultat eût été plus parfait s'il avait sectionné et enlevé la moitié supérieure du scaphoïde.

La fracture par ergot contre-indique la réduction non sanglante qui ne saurait réussir dans ces conditions.

Fracture isolée de la partie inférieure du tibia. — M. Souligoux fait un rapport sur une observation de M. Lapointe, relative à un cas de fracture isolée du tibia.

Appareil pour la recherche des corps étrangers. — M. Schwartz fait un rapport sur la présentation par MM. Billet et Hirtz, d'un appareil fort ingénieux qui permet, aidé par la radiographie, d'aller à coup sûr à la recherche de corps étrangers plus ou moins profondément situés. A

l'aide de cet appareil, M. Schwartz a pu très aisément retirer une aiguille de seringue de Pravaz qui était très profondément enfoncée dans la région fessière, près de la grande échancrure ischiatique.

Hydronéphrose traumatique. — M. Ferron (de Laval) communique une intéressante observation de blessure de la vessie suturée dans un premier temps et d'hydronéphrose traumatique consécutive, ayant nécessité une néphrectomie ultérieure. Guérison.

Tumeur inflammatoire du cæcum. — M. Lejars fait un rapport sur une observation de M. Foisy (de Châteaudun). Il s'agit d'un jeune homme de seize ans qui présentait des signes d'appendicite; incision, cæcum transformé en véritable tumeur, pas d'appendice, résection du cæcum. Guérison. A l'examen de la pièce, on trouve qu'il s'agit d'une tumeur inflammatoire du cæcum, au milieu de laquelle on a trouvé l'appendice aplati et recroquevillé. M. Lejars pense que, quand on ne trouve pas tout de suite l'appendice, il faut toujours le chercher jusqu'à ce qu'on le trouve, car il existe toujours plus ou moins modifié.

L'avantage de l'anesthésie régionale pour certaines opérations. — M. Morestin présente une série de malades qu'il a opérés, soit sur le crâne, soit sur la face, dans la bouche, sur la langue, les maxillaires, avec autoplasties diverses consécutives. Chez tous ces malades, il a eu recours à la cocaïnisation régionale, en a obtenu de très bons résultats en ce sens que ces opérés n'ont pas souffert et ont aidé beaucoup l'opérateur en se prêtant très facilement à toutes les positions désirables. L'opéré, dans ces cas, devient un précieux collaborateur pour son opérateur.

M. Tuffier s'associe aux très justes remarques de M. Morestin.

Perforation de l'intestin par une épine de sapin avalée avec un aliment. — M. Auvray communique une intéressante observation de perforation de l'intestin grêle par une épine de sapin avalée par mégarde. Il s'agissait d'une malade atteinte d'une éventration. En l'opérant, M. Auvray a pu aller à la recherche de ce corps étranger qui avait perforé l'intestin ; ablation de ce corps étranger, suture, guérison.

M. Chaput a observé un cas analogue, trouvaille d'autopsie, le malade était mort de péritonite.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 18 JUILLET 1914)

Action des toxines du pneumobacille de Friedländer sur la plèvre par inoculation directe. — MM. A. Rochaix et P. Durand montrent que l'inoculation intrapleurale des toxines totales endo et exoprotoplasmiques, provenant du pneumobacille de Friedländer, produit chez le lapin : 1° dans la plèvre inoculée, un épanchement hémorragique et visqueux, à polynucléaires pseudo-éosinophiles, avec production de fausses membranes fibrineuses, parfois très épaisses; 2° dans le reste de l'organisme, des lésions à distance dont les plus constantes sont : la congestion rénale et l'albuminurie, moins souvent la congestion de l'intestin, du foie, du péritoine, rarement des capsules surrénales; 3° dans quelques cas, des lésions du myocarde, d'aspect assez particulier, sur lesquelles les auteurs reviendront ultérieurement; 4° il ne semble pas y avoir de différence d'action entre les toxines extra et intra-protoplasmiques, si ce n'est au point de vue de l'intensité, les dernières agissant plus énergiquement.

Action des extraits combinés de surrénale et d'hypophyse postérieure sur la sécrétion urinaire. — MM. Marcel Garnier et Ernest Schulmann, continuant leurs recherches sur l'action des extraits associés de diverses glandes à sécrétion interne, établissent que l'extrait d'hypophyse postérieure a pour effet non pas d'augmenter la glycosurie due à la surrénale, comme on aurait pu s'y attendre, mais au contraire de la supprimer. En utilisant l'adrénaline de Takamine au lieu de l'extrait surrénal, l'effet de l'hypophyse postérieure est identique.

Cette action s'observe à condition d'employer une dose d'hypophyse postérieure égale à 0g10 par kilog de lapin, elle est moins constante à des doses inférieures. Elle est liée à l'abaissement si remarquable du taux de la sécrétion urinaire que l'hypophyse postérieure seule produit chez le lapin comme MM. Marcel Garnier et Ernest Schulmann l'ont récemment montré.

A la suite de l'injection du mélange, l'urine devient rare, épaisse, albumineuse, parfois l'animal succombe dans les premières heures ou premiers jours qui suivent l'injection : les reins sont alors fortement lésés, la cavité des glomérules est obstruée, l'épithélium est gonflé ou remplacé par une boule hyaline; les vaisseaux sont dilatés.

Ces lésions expliquent les symptômes observés pendant la vie et la fermeture du rein donne la clef de la glycosurie.

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES SCIENTIFIQUES SUR LA TUBERCULOSE

(SÉANCE DU 11 JUIN 1914)

Inoculations de dérivation. De leur influence dans la tuberculose. — M. Ch. Madelaine étudie le rôle du globule blanc dans l'évolution de la tuberculose. Il établit d'abord ce fait : si l'injection intrapleurale de substances douées à l'égard des leucocytes de chimiotaxie positive détermine la formation d'un exsudat dans la séreuse, il n'en est plus de même lorsque cette injection intrapleurale est accompagnée d'une injection intraveineuse de produits microbiens, la plèvre reste intacte. Il est donc possible de retenir les globules blancs à l'intérieur des vaisseaux alors qu'un point d'appel extérieur exerce sur eux une attraction positive.

L'auteur appelle inoculations de dérivation les injections intraveineuses permettant d'obtenir ce résultat. Des lapins soumis à ces inoculations de dérivation pendant quatre à cinq jours et ayant reçu du bacille tuberculeux aviaire dans la plèvre ont été sacrifiés au bout de trois à cinq mois, alors que l'animal témoin est mort pendant trente jours.

Une injection intraveineuse de bacilles bovins précédée d'une et suivie de 5 inoculations de dérivation tue le lapin en cinquante-six jours; seule, elle le tue en dix-huit jours.

M. Madelaine étudie sur des coupes de poumon, heure par heure, la formation des lésions; avec des injections intraveineuses de bacilles seuls, il constate dans les capillaires du poumon l'afflux précoce des polynucléaires autour des bacilles, les mononucléaires n'apparaissent qu'à la fin du deuxième jour; avec des injections intraveineuses accompagnées d'inoculations de dérivation, dès le premier quart d'heure, pas de polynucléaires, mais des mononucléaires. Donc à une réaction primitive à polynucléaires correspond une mort rapide, à une réaction primitive à mononucléaires une survie notable. C'est du reste le cas naturel de la poule, réceptive pour le bacille aviaire, la réaction locale est constituée par des polynucléaires, particulièrement résistante au bacille humain, elle met primitivement des mononucléaires à son contact.

De ces données expérimentales, histologiques, l'auteur conclut que : les polynucléaires ne sont pas des agents de défense, ils ne détruisent pas le bacille et retardent l'action d'éléments plus résistants, les mononucléaires; supprimer leur action, c'est favoriser la mononucléose et ralentir l'évolution de la tuberculose.

A l'appui de cette opinion, M. Madelaine invoque les faits bien établis par Bezançon, de Jong, de Serbonnes, qui décrivent une polynucléose persistante dans la phtisie galopante : « La persistance de la polynucléose est d'un très mauvais augure, tandis que l'établissement de la mononucléose indiquera, d'une manière générale, une tendance à l'amélioration. » Dans les poussées évolutives « au stade de polynucléose, toute médication active semble contre-indiquée, au contraire, c'est au stade de mononucléose, qu'il faudrait intervenir ».

L'adéno-cutiréaction à la tuberculine. — M. Germain Blechmann a observé que la cutiréaction faite à la tuberculine brute s'accompagnait fréquemment d'un engorgement ganglionnaire plus ou moins accentué du territoire lymphatique correspondant au siège de la scarification. Fait curieux, l'auteur a constaté qu'il se produisait une réaction ganglionnaire analogue chez des enfants apparemment tuberculeux et chez lesquels la cutiréaction avait été négative.

L'auteur a poursuivi ses recherches dans le service du professeur Marfan sur 271 enfants : 51 cutiréactions sur 59 pratiquées à la crèche ont été négatives et ne se sont accompagnées d'aucun gonflement des ganglions. Sur 8 cutiréactions positives, 2 fois l'adéno-cutiréaction a été nette. A la salle Blache, 212 enfants âgés de douze à quinze ans ont été soumis à la réaction de von Pirquet : 87 cutiréactions négatives parmi lesquelles, dans 14 cas, on a pu noter une adéno-cutiréaction marquée (axillaire ou inguinale). Dans les cutiréactions positives, adéno-cutiréation positive 56 fois sur 100. Chez certains malades, l'adéno-cutiréaction positive malgré une cutiréaction négative a été généralisée, en ce sens que tous les ganglions accessibles à l'exploration ont augmenté de volume, cette réaction intense s'accompagnant d'une petite élévation thermique et de l'apparition d'une toux quinteuse comme si les ganglions trachéobronchiques s'étaient subitement gonflés.

La spécificité de l'adéno-cutiréaction a pu être vérifiée chez un enfant de treize mois traité pour une bronchopneumonie traînante chez lequel la cutiréaction avait été par deux fois négative, mais avec une réaction ganglionnaire très marquée. A l'autopsie, on trouva une caverne pulmonaire dont la paroi contenait des follicules tuberculeux et des bacilles de Koch.

On pourrait expliquer la dissociation de la cutiréaction et de l'adéno-cutiréaction par l'existence chez les enfants tuberculeux d'un état allergique des ganglions lymphatiques, indépendant de l'allergie cutanée.

M. André Jousset estime que la communication de M. Blechmann est fort suggestive et elle lui paraît comporter des conclusions d'ordre pratique et d'ordre spéculatif.

Si la réaction ganglionnaire paraît capable de déceler chez le jeune enfant une tuberculose que la cutiréaction est impuissante à découvrir, à ce seul titre elle mériterait donc d'être recherchée. Par contre, M. Jousset ne pense pas que l'adéno-cutiréaction ait une grande valeur pronostique. Quant à interpréter le phénomène en disant qu'il s'agit d'anaphylaxie ou d'allergie, c'est reculer le problème et non le résoudre. Mais on peut se demander si la cutiréaction faite avec la tuberculine concentrée ne dépasse pas le foyer et n'agit pas à la manière d'une injection hypodermique, c'est-à-dire provoquant des réactions de foyer dans les organes déjà bacillisés comme cela se produit au cours de la tuberculinothérapie à doses fortes. M. André Jousset a observé des faits analogues avec la sérothérapie antibacillaire qui provoque souvent des phénomènes réactionnels dans ces organes envahis par le bacille : râles sous-crépitants, toux et expectoration chez les pulmonaires, coliques et diarrhée si l'intestin est en cause. Il en est de même des ganglions tuberculeux qui deviennent gros et douloureux, alors que les ganglions du territoire de la piqûre demeurent silencieux. Ces adénites sériques sont surtout marquées chez des sujets possédant des ganglions déjà volumineux et indurés, par conséquent suspects. Il s'agit donc là probablement de véritables réactions de foyer où le sérum, agent bactériolytique puissant, joue le rôle analogue à celui de la tuberculine.

L'auteur fait de plus remarquer que le phénomène signalé par M. Blechmann paraît spécial à l'enfance, car il n'a pu le rencontrer chez l'adulte. Peut-être le système de l'enfant plus fraîchement tuberculisé que celui de l'adulte réagit plus violemment que ce dernier.

Etude statistique sur l'immunité tuberculeuse conférée par les écrouelles et les lupus (loi de Marfan) et les autres localisations bacillaires antérieures. — MM. Léon Bernard et Masselot. La statistique de ces auteurs porte sur 1046 cas, ils n'ont trouvé dans les antécédents des malades que 2,2 p. 100 d'adénopathies cervicales suppurées guéries ; 0,9 p. 100 de localisations diverses ; par contre, 90,6 p. 100 de tuberculeux pulmonaires adultes ne présentant pas de localisations tuberculeuses anciennes évidentes.

Les faits avancés par Marfan sont donc exacts, mais l'interprétation formulée par cet auteur doit être modifiée. L'immunité conférée par une localisation antérieure n'est pas absolue ; de fait la tuberculose de l'adulte est toujours due à une réinfection ; mais l'infection première laisse à sa suite un état d'allergie variable, que règle et détermine l'évolution des réinfections ultérieures.

Action de l'iode et des composés iodés sur le corps thyroïde du cobaye sain et tuberculeux. — MM. F. Bezançon et S. I. de Jong, au cours de leurs recherches sur l'action de l'iode et de ses dérivés sur la marche de la tuberculose expérimentale du cobaye, ont étudié le corps thyroïde de plus de 40 de leurs animaux, étude ébauchée par Roger et Garnier, Vitry, H. Labbé et Giraud. Chez les animaux sains, ayant reçu soit par ingestion, soit par voie sous-cutanée, de l'iode (eau iodée, huile iodée), ou de l'iodure (KI, liqueur de Gram) on observe une hyperplasie très nette, se traduisant par l'augmentation du poids de l'organe, et des modifications histologiques correspondant aux modifications décrites par Roussy et Clunet, comme caractéristiques de l'hyperplasie ; avec l'huile iodée ils ont même obtenu les aspects histologiques décrits dans la maladie de Basedow. Chez les animaux tuberculeux témoins, les lésions différaient suivant la durée de leur tuberculose. Chez les animaux sacrifiés, dans les six premières semaines de l'infection, on trouve des lésions d'hyperplasie compensatrice prouvant ce fait intéressant de la réaction de l'organe à l'infection tuberculeuse, alors qu'ils n'ont jamais obtenu de tubercule thyroïdien. Chez les animaux ayant succombé tardivement, on trouve des lésions dégénératives rappelant les lésions décrites chez l'homme, sous le nom de dégénérescence toxique aiguë ou chronique. Tout à fait différents sont les aspects des coupes des corps thyroïdes d'animaux tuberculeux, ayant reçu de l'iode ou des dérivés de l'iode. Bien que la mort soit survenue à une époque comparable de celle des témoins tuberculeux, la glande présentait un aspect voisin de la normale, sans aspects dégénératifs, mais aussi sans hyperplasie, comme chez les cobayes sains iodés.

Mort subite chez un tuberculeux pulmonaire par lésion congestive et hémorragique du poumon (superinfection pulmonaire et allergie tuberculeuse). — MM. F. Bezançon, de Serbonnes et Krebs ont eu l'occasion d'observer dernièrement un cas de mort subite, chez un tuberculeux pulmonaire, dont la tuberculose avait évolué jusque-là de la façon la plus banale. Sans qu'à la visite du matin, il ait présenté de modifications de ses signes physiques, et sans que le soir on ait trouvé quoi que ce soit de particulier du côté de son état général, le malade fut trouvé mort dans son lit vers trois heures du matin de la façon la plus imprévue. A l'au-

topsie, en dehors des lésions banales de tuberculose pulmonaire, la seule lésion particulière, qui fut à signaler, était de la congestion intense du poumon droit, violacé, ecchymotique, contrastant par son aspect avec le poumon gauche. Histologiquement il existait des lésions d'alvéolite congestive et par place hémorragique, ainsi qu'une congestion intense des bandes fibreuses périttuberculeuses.

A propos de cette observation, les auteurs rappellent leurs expériences de superinfection tuberculeuse pulmonaire chez les cobayes, et ils montrent l'identité des lésions histologiques expérimentales et de celles observées chez leur malade. Pour expliquer de pareilles lésions on doit faire intervenir la question de modification de terrain chez les tuberculeux au cours de l'infection tuberculeuse, et pour employer le terme de von Pirquet, la notion de l'allergie. Si chez ces malades en état d'allergie, il se produit une embolie de bacilles tuberculeux, l'on notera des lésions hémorragiques, pouvant entraîner la mort du malade, ou bien, ce qui est probablement le cas le plus fréquent, s'il survit, de la sclérose pulmonaire, sans tendance à la caséification. En tenant compte de cette modification de terrain tuberculeux, on arrivera à expliquer le polymorphisme des formes de la tuberculose pulmonaire en clinique humaine.

FORMULAIRE

MÉDICATION BROMURÉE DANS L'ÉPILEPSIE

La dose moyenne de bromure à prescrire varie selon les malades; elle est en moyenne de 3 grammes par jour, mais elle peut aller de 6 à 12 grammes lors de l'hyperexcitabilité. Le borate de soude est un adjuvant du bromure chez les épileptiques d'origine diathésique.

La méthode de Betcherew consiste à associer le bromure à l'adonis vernalis dans le but de soutenir la circulation.

Prescrire l'extrait fluide d'adonis vernalis, c'est-à-dire le diurène, à raison de trois cuillerées à café par jour, en donnant avec chaque cuillerée à café de 0g50 à 1 gramme de bromure.

Les céphalées peuvent être dues à l'épilepsie ou au bromure. Dans le premier cas, on peut l'amender par un peu de strychnine; dans le second cas, il n'y a qu'à suspendre le bromure tout en continuant le diurène.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de médecine. — (T. I, n° 6, 15 juin 1914.) Henri CLAUDE, Louis GÉRY et René PORAK. Sur une formation épithéliomateuse typique du thymus dans un cas de myasthénie. — C. PEZZI et E. BORDET : Un siège peu fréquent du souffle d'insuffisance mitrale (importance de l'examen radioscopique et graphique.) — Et. MAY : La résistance globulaire à la saponine. — L. COTONI : La crise dans la pneumonie (*fin*). — Guy LAROCHE, BRODIN et HUBER : Syndrome pseudopleurétique de la base dans les pleurésies interlobaires. — Aug. BROCA : Abcès latéro-pharyngien. — Marcel LABBÉ et P.-A. CARRIÉ : L'urobilinurie (sa valeur séméiologique).

Anatomischer Anzeiger. — (23 juin 1914.) G. MARINESCO et J. MINEA : Nouvelles recherches sur la culture *in vitro* des ganglions spinaux des mammifères. — L. Wright SMITH : Origine et développement du colimaçon chez Chrysemis marginata. — A. GUILLIERMOND : Nouvelles remarques sur les plastes des végétaux. Évolution des plastes et des mitochondries dans les cellules adultes.

Bibliographie anatomique. — (1er juillet 1914.) P. BELLOCQ : Sur le mode de division et sur la systématisation des branches de l'artère rénale. — A. STRANDBERG : Sur l'innervation du muscle présternal. — A. HOVELACQUE : Note sur les origines de la veine grande azygos et de l'hémiazygos inférieure et sur leurs rapports avec le diaphragme. — G. GÉRARD et D. CORDONNIER : Cas type de triplicité de l'artère hépatique. — R. ANTHONY et H. VALLOIS : Sur la signification des éléments ventraux de la ceinture scapulaire chez les batraciens. — E. LEBLANC : Anatomie comparée de l'appareil fibreux axillaire.

Bulletin médical. — (Nos 44 et 45, 3 et 6 juin 1914.) G. KÜSS : Le rôle des médecins praticiens dans la prophylaxie de la tuberculose humaine.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 21, 8 juin 1914.) G. BARDET : Contribution à l'étude de l'amphotropine.

Journal de l'anatomie. — (Juillet 1914.) P. LE HELLO : Puissances locomotrices essentielles. Leur groupement rationnel. — RETTERER et LELIÈVRE : Structure et évolution de la cellule muqueuse. — J. CHAINE : Le digastrique.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 23, 7 juin 1914.) R. LATASTE : Un cas de rupture du rein gauche, avec broiement partiel et arrachement de la rate saine. — L. JANNIN : Les parasites des langues noires. — (N° 24, 14 juin.) Ch. MURARD et G. COLBERT : De l'évolution de trente-huit pneumothorax artificiels au sanatorium d'Hauteville (Ain).

Paris médical. — (N° 24, 16 mai 1914.) LÉRI : La réaction d'Abderhalden, ses indications et ses résultats en dehors de la grossesse. — JOB : Traitement des urétrites aiguës chez l'homme par le glycéré picrocyanuré. — A. WEIL : Les rayons X et l'hypertrophie du thymus. — (N° 25, 23 mai.) RATHERY : Diabète intermittent. — SIREDEY et LEMAIRE : Traitement des aménorrhées. — DOPTER et PAURON : Cystite blennorragique grave guérie par le vaccin antigonococcique sensibilisé. — GUYE : Les réactions de foyer dans l'héliothérapie des tuberculoses dites chirurgicales. — (N° 26, 30 mai.) LAIGNEL-LAVASTINE : Les réactions antisociales des hystériques. — TERRIEN et PRÉLAT : Essais de pathogénie des lésions oculaires et auditives observées après l'emploi du salvarsan. — CROUZON et FOLLEY : Disparition spontanée des verrues planes sur une main après radiothérapie des verrues de l'autre main. — Anselme SCHWARTZ : L'entérite et le cancer du côlon.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 22, 28 mai 1914.) SEHIFF : Études sur les albuminuries intermittentes chez l'homme. — MAREK : Nouvelles expériences sur le traitement des myomes utérins. — LORENZ : Traitement opératoire de la luxation habituelle de la rotule. — MILURANOVIC : Les léiomyomes de l'œsophage et du cardia. — GROSZ : Une réaction de l'hexaméthyltétramine. — (N° 23, 4 juin 1914.) ARZB et KERL : Sur la syphilis expérimentale du lapin et sa signification pratique. — FASCHNIGBAUER : Diathèse hémorragique dans la tuberculose. — GÖTZL : Sur la tuberculomuéine. — AISCHBERGEN : Frictions thérapeutiques avec la tuberculine. — FRANKFURTER : Sur la question de l'infection mixte dans la tuberculose pulmonaire et son traitement. — CZEPAI : Contribution à l'emploi diagnostique du procédé de la dialyse d'Abderhalden.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 85. — MARDI 28 JUILLET 1914. 87e ANNÉE. MARDI 28 JUILLET 1914. — N° 85.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 10 francs par an.
Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Orléans. — Un concours pour six places d'internes titulaires sera ouvert le mardi 15 décembre 1914, à deux heures et demie (salle de la Bibliothèque).

L'entrée en fonctions aura lieu le 1er janvier 1915.

Les internes titulaires reçoivent, outre la nourriture, le logement, le chauffage et l'éclairage, une somme annuelle de 400 francs et des gratifications quand il y a lieu.

Pour s'inscrire au concours et pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général des hospices d'Orléans.

GUERRE. — Service de santé. — Par décision ministérielle du 23 juillet 1914, sont nommés ou désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins principaux de première classe Boppe, hôpital militaire Sédillot de Nancy (médecin chef), nommé sous-directeur de l'école d'application du service de santé militaire et médecin chef de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce; — Weiss, médecin chef de l'hospice mixte d'Epinal, nommé médecin chef de l'hôpital militaire de Golbey (service).

M. le médecin principal de deuxième classe Delaborde passe à l'hôpital militaire de Golbey (service).

MM. les médecins-majors de première classe Lœuillet passe à l'hôpital militaire de Golbey (service); — Lair affecté au ministère de la guerre, 7e direction; — Delmas affecté au 102e d'infanterie; — Augier, mis hors cadres aux troupes d'occupation du Maroc occidental; — Rouvillois passe à Paris; — Le Bihan passe au 27e d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Leclerc passe au 136e d'infanterie; — Guiot passe au 54e d'infanterie (service); — Coissard affecté au ministère de la guerre, 7e direction; — Colin désigné pour l'Algérie (service); — Pilliot passe au 150e d'infanterie; — Jacquemart passe au 12e de chasseurs à cheval.

MM. les médecins aides-majors de première classe Bret passe au 44e d'infanterie; — Brugeas passe au 119e d'infanterie (service).

M. le médecin aide-major de deuxième classe Proux passe au 3e bataillon de chasseurs à pied.

LA RECONSTRUCTION DE L'HOPITAL BEAUJON. — Conformément aux conclusions d'un rapport de M. Rousselle, le Conseil municipal de Paris a émis l'avis suivant :

« 1° Qu'il y a lieu, pour l'Administration générale de l'Assistance publique, de poursuivre l'acquisition, soit à l'amiable, soit par voie d'expropriation, d'un terrain d'une contenance d'environ 80 000 mètres carrés, dans la limite maxima d'une dépense de 3 500 000 francs;

Cette acquisition est autorisée en vue de l'édification sur ce terrain d'un hôpital de 800 à 1 000 lits en remplacement de l'hôpital Beaujon;

2° D'imputer ladite dépense de 3 500 000 francs sur un capital d'égale somme à provenir d'une aliénation de rentes sans affectation spéciale;

3° Qu'il y a lieu également d'autoriser l'Administration de l'Assistance publique à aliéner à cet effet, jusqu'à concurrence de ladite somme, une partie de ses rentes sans affectation spéciale, à charge par ladite Administration de reconstituer ultérieurement le capital ainsi aliéné au fur et à mesure de la rentrée des ressources à provenir de la revente des terrains de l'hôpital Beaujon désaffecté.

Il est bien entendu que la Ville de Paris n'aura à supporter aucune partie de la dépense résultant, soit de l'acquisition susvisée, soit de la construction de l'hôpital, la dépense totale, évaluée à 13 600 000 francs, devant être gagée sur le produit de la revente des terrains de l'hôpital Beaujon actuel, et, en cas d'insuffisance, sur une subvention à solliciter de la Commission du pari mutuel. »

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — Les baigneurs se rendant à Saint-Nectaire apprendront avec plaisir que la Compagnie P.-L.-M., a organisé un service automobile entre cette station thermale et Clermont-Ferrand, d'une part, et Issoire, d'autre part. Ce service fonctionne jusqu'au 15 septembre; les prix sont fixés ainsi qu'il suit :

Issoire-Saint-Nectaire (ou vice-versa) deux services quotidiens, 5 fr. 50.

Clermont-Ferrand-Saint-Nectaire (ou vice-versa) un service quotidien : 8 fr. 50.

De plus, la gare de Paris-P.-L.-M. (gare de Lyon) délivre des billets directs pour Saint-Nectaire, via Issoire ou Clermont-Ferrand, avec enregistrement direct des bagages.

RENSEIGNEMENTS

LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE DU LARYNX

PAR

L'HÉLIOTHÉRAPIE

Par MM. le docteur Léon PHILIP,
Médecin laryngologiste du sanatorium Mangini à Hauteville (Ain),
et M. ARCHIMBAUD,
Ancien interne provisoire des hôpitaux de Lyon.

On sait combien sont peu encourageants les résultats ordinairement obtenus par le traitement local dans la tuberculose laryngée, au point que certains auteurs le regardent comme négligeable et se contentent de mettre en œuvre le traitement général. Mais voici que depuis quelques années une nouvelle méthode s'est fait jour, qui compte à son actif des succès véritablement curatifs, c'est la méthode héliothérapique.

Historique. — C'est l'Américain Stillmann qui, dès 1902, a eu le premier l'idée d'appliquer l'héliothérapie à la tuberculose du larynx et a, la même année, rapporté le premier cas de guérison (*The Laryngoscope*, sept. 1902).

En 1904, Sorgo et son assistant Künwald ont expérimenté la méthode au sanatorium d'Alland et publié une statistique de quinze cas. En France, l'héliothérapie laryngée a été introduite dès le début de 1905 par le professeur Collet (de Lyon), sans qu'il eût connaissance d'autres travaux que ceux de Stillmann.

Successivement, l'ont mise en pratique et ont observé de bons résultats, Baer en 1906, Kramer en 1908, Tillmann en 1910, Jessen de Davos, Gonthier de la Roche, Sari, Garel, d'autres encore. Alexandre en 1911 adopte, pour mettre en œuvre la méthode au sanatorium d'Hauteville, un nouveau dispositif très remarquable, à la fois simple de construction et d'usage facile. La thèse de l'un de nous (Philip, Lyon 1914) apporte, avec l'exposé de l'état actuel de la question, une statistique nouvelle de 23 cas, dont 15 en collaboration avec Alexandre, les autres personnels. Maintenant, en raison de son efficacité reconnue, la méthode est donc à peu près entrée dans la pratique. Les laryngologistes ont conquis leur place au soleil. Notons cependant les résultats négatifs de Brünings et Albrecht qui ont surtout expérimenté sur des animaux, ainsi que les essais de Blümenthal qui a pratiqué des laryngofissures pour pouvoir faire de l'insolation directe, et d'ailleurs sans succès.

L'héliothérapie peut être employée de plusieurs façons, on peut utiliser :

1° L'*insolation directe*.

2° Les rayons solaires, une fois réfléchis, ce que Collet appelle l'*insolation monocatoptrique*.

3° Les rayons deux fois réfléchis : insolation *dicatoptrique*.

Insolation directe. — Elle n'a été employée que très peu. Dans l'insolation directe, on peut faire pénétrer les rayons solaires à travers la peau, par les voies naturelles, après laryngofissure.

L'*héliothérapie externe*, à travers la peau, n'a pu donner de résultats; les rayons ultra-violets ne sont pas pénétrants, ils sont rapidement arrêtés. D'autres rayons pénétrants par contre sont actifs, et on guérit en effet des arthrites fongueuses ; mais la tuberculose laryngée est une affection endocavitaire, les lésions sont protégées, non seulement par les parties molles, mais encore par une ceinture de cartilages parfois plus ou moins ossifiés. L'héliothérapie directe par les voies naturelles, dite *stomatodiale* (Collet) est d'une application difficile. Le docteur Lavielle s'en est cependant servi et a fait connaître un appareil qui permet d'appliquer l'héliothérapie au larynx par laryngoscopie directe. Mais l'application de l'appareil est difficile à supporter longtemps, et nécessite la cocaïnisation. Et d'ailleurs elle doit être faite par le médecin et exige sa présence constante, quand l'héliothérapie doit arriver à durer des heures. Mais, comme le fait remarquer Collet, c'est la seule ressource à retenir quand, l'épiglotte étant procidente, il n'y a pas d'héliothérapie laryngée indirecte possible.

L'*héliothérapie traumatodiale*, après laryngofissure, a été employée par quelques auteurs allemands, non seulement expérimentalement chez le chien, mais même chez l'homme. Elle ne peut être qu'*exceptionnelle*, comme sont les indications de la laryngofissure elle-même, d'ailleurs discutées. Pour la plupart, cette opération n'est praticable qu'avec un état général satisfaisant, dans les cas de tumeur tuberculeuse ou de périchondrite, spécialement quand on a dû faire la trachéotomie.

Donc, à peu près toujours, l'héliothérapie sera appliquée indirectement au moyen du laryngoscope.

Insolation indirecte. — L'*insolation indirecte monocatoptrique* est le mode le plus simple dont l'emploi a donné à Stillmann, à Collet, leurs cas de guérison. Point d'appareil compliqué, le malade se tourne vers le soleil, la bouche ouverte, projetant sur son larynx, les rayons solaires *directement reçus* sur le miroir laryngoscopique placé dans le fond de la gorge, et contrôlant leur direction au moyen d'une glace. C'est pour le malade un apprentissage assez rapidement fait.

Récemment (*Lyon médical*, mai 1914), Collet décrit à cette technique primitive un perfectionnement qui abrite le malade et le met au repos complet. Il suffit d'employer, comme chaise longue, le modèle pliant des bazars dit « transatlantique », formé de bois et de toile. Sur les montants formant dossier, est adapté un cadre vertical ; renversé sur sa chaise longue, à 35 centimètres environ de son œil, le malade a, la traverse antérieure du cadre, qui porte un écran-abri muni d'une échancrure pour le passage des rayons solaires et garni en dessous d'un miroir mobilisable dans lequel il contrôlera l'insolation laryngée.

Gonthier de la Roche fait aussi pratiquer l'héliothérapie monocatoptrique, mais le miroir laryngoscopique est tenu par un aide.

D'autres auteurs, pour rendre plus facile l'application de l'héliothérapie laryngée, ont employé la lumière solaire après deux réflexions : *insolation dicatoptrique*

Sorgo et son assistant Künwald font placer leur malade le dos au soleil : il faut alors que les rayons lumineux, pour être amenés dans la bouche, soient réfléchis une première fois par un miroir. Voici comment Künwald décrit le dispositif de Sorgo (fig. 1) : « Un miroir de toilette ordinaire est placé sur un simple support en bois un peu plus haut que le malade en position assise. Ce support consiste en une latte verticale d'environ 1m,50 de haut qui repose sur le sol par un croisillon de bois. Des clous fixés dans la planchette permettent de suspendre le miroir à toutes les hauteurs voulues. L'inclinaison est réglée par une cheville de bois glissant dans les

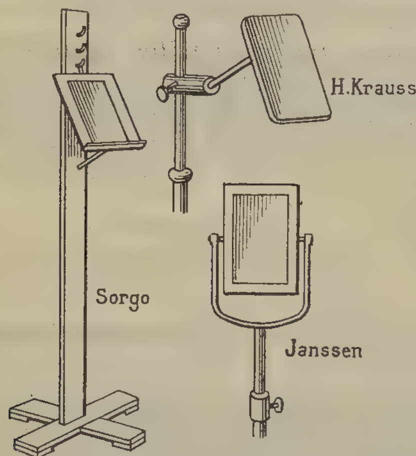


Fig. 1.

trous du montant : en faisant sortir plus ou moins cette cheville hors des trous on pousse plus ou moins vers le patient le bord inférieur du miroir. Le malade s'assied le dos au soleil et renvoie, à l'aide du miroir, les rayons sur son voile du palais. Alors, tenant de la main gauche la langue hors de la bouche, il place, suivant le mode classique, un miroir laryngien dans sa gorge et tâche d'apercevoir l'image de sa glotte dans le premier miroir. Contre l'incommodité de la chaleur solaire, le patient mettra autour de sa tête un linge blanc ou mouillé. »

Les dispositifs de Kraus et de Janssen se rapprochent beaucoup de celui de Sorgo. Alexandre, en 1911, a cherché à perfectionner la technique de l'héliothérapie laryngée et a trouvé un dispositif tel qu'il ne s'en trouve pas de plus commode. C'est le dispositif dont il s'est servi avec Philip dans leur statistique de 23 cas.

Voici comment le décrit son auteur (fig. 2). « C'est un système de trois miroirs mobiles. L'un de ces miroirs est le miroir laryngien, indépendant du reste. Les deux autres sont solidaires entre eux pour certains mouvements de translation verticale, au moyen d'une réglette à laquelle ils sont soudés, à une distance d'ailleurs invariable (la distance focale du réflecteur solaire).

Dans son point d'attache fixe, chacun de ces miroirs possède des mouvements propres : le réflecteur, au moyen d'une rotule; le miroir de vision de la glotte (ou miroir de contrôle) au moyen d'une charnière.

Le réflecteur est concave (foyer 0m,35). Le miroir de contrôle est de construction banale. Il est le plus réduit possible et placé à la distance focale, au-dessous du point focal; ainsi il est au plus près de l'axe lumineux, sans cependant l'intercepter et il réfléchit autant que faire se peut le champ même que baigne le soleil. Un petit coulisseau gradué glisse à l'intérieur de la réglette; plus ou moins tiré, il permet de *graduer* l'intensité de l'insolation suivant la chaleur du soleil.

Ce dispositif permet au malade de pratiquer la cure de soleil tout en restant lui-même parfaitement à l'*ombre*, ce qui est important pour éviter les accidents congestifs du côté du poumon (hémoptysies, élévations thermiques). Un autre avantage est qu'il permet de pratiquer l'héliothérapie quelle que soit la position du soleil; or, l'appareil de Sorgo, par exemple, n'est guère utilisable qu'aux heures extrêmes de la journée, où le soleil a une direction hori-

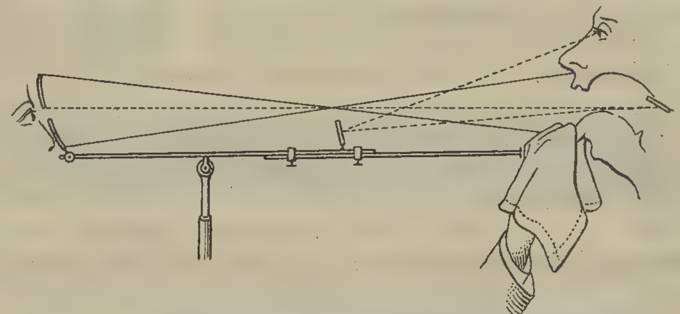


Fig. 2. — *Dispositif d'Alexandre pour l'héliothérapie laryngée.*

zontale, mais où les rayons actiniques ont diminué de valeur. La latitude dans la position que le malade peut prendre vient en effet de ce que, dans cet appareil, le miroir qui réfléchit le soleil ne sert pas en même temps à l'observation de la glotte. Et ensuite, l'emploi comme réflecteur d'une surface concave permet, en se plaçant au delà du foyer, d'avoir toutes les intensités solaires que l'on veut, supérieures ou inférieures à l'intensité directe, avec un faisceau divergent, ce qui accroît en outre le champ d'insolation.

Quels sont les miroirs à employer. — Mais pour tous ces appareils qui comprennent deux surfaces réfléchissantes, une question importante se pose : ces surfaces n'absorbent-elles point une partie des rayons actifs, et quelle est celle qui est le moins absorbante ? C'est pour réduire les pertes au minimum que Collet préfère l'insolation monocatoptrique. On a employé des miroirs de verre, d'argent et de quartz argenté. Dans l'appareil d'Alexandre, les surfaces réfléchissantes sont d'argent. Nepveu a critiqué cet emploi du verre, qui même sous une faible épaisseur, dit-il, est un obstacle considérable contre les rayons actiniques. « Les laryngologistes ont agi comme s'ils n'avaient pas eu la moindre connaissance des travaux de Finsen, ni des techniques des dermatologistes ». Nepveu, pour les milieux transparents et réfléchissants, rejette absolument le verre et recommande de n'user que du miroir de quartz.

Les critiques de Nepveu semblent exagérées, et cela tient à ce qu'il a considéré les rayons ultra-vio-

lets comme formant un groupe homogène et qu'il n'a pas distingué parmi eux. Il est impossible, si l'on veut parler des propriétés physiques ou biologiques des ultra-violets, de rester dans le vague; ce qui est vrai pour certains de ces rayons peut être faux pour d'autres, et pour préciser il est nécessaissaire de distinguer d'après les longueurs d'onde.

On a divisé commodément les ultra-violets en trois groupes : ultra-violets extrêmes 1000 A (1) à 2225 A., — ultra-violets moyens 2225 A à 3000 A., — ultra-violets ordinaires, 3000 A à 4000 A. Ce que dit Nepveu au sujet de l'absorption par le verre est juste en ce qui concerne les rayons des deux premiers groupes, mais est inexact pour les ultra-violets ordinaires; or, c'est dans ce seul groupe que rentrent presque tous les ultra-violets solaires. Les recherches de Cornu et de Simony ont montré que les ultra-violets ordinaires ou ultra-violets solaires traversent le verre : en lames de 1 millimètre d'épaisseur, il est transparent jusqu'aux rayons de 2850 A. de longueur d'onde; en lames de 6 millimètres, jusqu'aux rayons de 3020 A. Ainsi donc, après la traversée de 6 millimètres de verre la lumière solaire possède des radiations de tout l'ultra-violet ordinaire; la diminution quantitative de ces rayons n'en reste pas moins importante. Mais les rayons ultraviolets les plus absorbés sont les moins doués de pouvoir curatif.

Quant à l'argent, il présente en héliothérapie de grands désavantages si l'on tient à conserver le maximum d'ultra-violets : l'argent en couche très mince est transparent pour l'ultra-violet. La zone de transparence va de 3000 A à 4200 A, avec un maximum à 3200 A, ce qui comprend précisément la plus grande partie des ultra-violets solaires et une partie même du spectre visible.

Corrélativement, l'argent présente dans ces régions un pouvoir réflecteur médiocre. *L'emploi des miroirs d'argent ou argentés est donc complètement à rejeter pour l'étude et pour les applications de l'ultra-violet.*

Les miroirs en verre argenté sont plus mauvais encore, car il faut tenir compte de l'absorption quantitative exercée par le verre.

Nogier a fait une série d'études spectrographiques destinées à rechercher comment se comportent pour les ultra-violets diverses substances réfléchissantes; il a expérimenté des miroirs de nickel poli, d'argent poli, de quartz argenté et de verre argenté (laryngoscope ordinaire). Ces recherches, publiées dans la thèse de Philip, ont montré que si l'argent, le quartz et le verre argenté réfléchissent assez mal les ultra-violets, le *nickel poli* constitue par contre pour ces rayons une surface réfléchissante excellente et il devra être employé si l'on veut, en héliothérapie, conserver le maximum des rayons ultra-violets.

Quels sont les rayons actifs? — D'ailleurs est-ce bien, comme on le croit en général, par les ultra-violets que s'exerce le plus l'action curative du soleil? Il est probable que non, car l'expérience prouve que ces rayons sont peu pénétrants. Plusieurs auteurs ont étudié la question.

(1) Unité Angström.

Janssen a montré que les ultra-violets de longueur d'onde inférieure à 3220 A sont absorbés par les couches les plus superficielles de la peau et que les rayons les plus thérapeutiques sont les rayons bleus et ultra-violets ordinaires (4060 à 3220 A).

Wincker, après de nombreuses expériences, pense que les ultra-violets ne peuvent même pas traverser la peau, et que les rayons bleus ont seuls de l'effet.

D'autres encore, Gunni, Busk, Nogier et Vignard, concluent à la non-pénétration des ultra-violets.

L'action curative du soleil s'exerce donc autrement que par les ultra-violets, sans doute par les rayons de plus grande longueur d'onde, violets, bleus ou verts, qui peuvent pénétrer beaucoup plus profondément dans les tissus.

Les résultats obtenus en héliothérapie laryngée à l'aide des miroirs d'argent prouvent bien que l'insuffisance de perfection des systèmes optiques employés ne semble pas être un gros obstacle à l'efficacité du traitement.

Ce n'est pas à dire qu'il faille négliger l'utilisation des ultra-violets solaires; ils ont certainement une grande valeur thérapeutique dans les lésions superficielles, les ulcérations. Mais on sait maintenant que le nickel poli les réfléchit au maximum. Et comme il est bien prouvé par les expériences de Nogier que la réflexion sur du nickel poli ne fait perdre à la lumière solaire aucune de ses qualités, il est inutile de chercher à faire de l'insolation aussi directe que possible, mais il faut rechercher avant tout la commodité de l'application. On doit donc adopter les appareils dicatoptriques, et de préférence « l'auto-laryngoscope d'Alexandre, qui paraît constituer un véritable progrès et doit être utilisé dans l'avenir » (Castaigne).

Sans doute la lumière solaire, par une double réflexion est diminuée quantitativement, si elle ne l'est pas qualitativement. Mais c'est avec la plus grande facilité que le miroir concave de l'appareil d'Alexandre permet de remédier à cet inconvénient.

Nepveu exige que la lumière solaire, trop faible eu égard au temps d'emploi limité en ce qui concerne le larynx, soit concentrée, et aussi, puisque concentrée, refroidie par une circulation d'eau à parois de quartz. Mais l'eau n'a nullement la propriété d'arrêter les rayons calorifiques. Il faudrait pour cela une solution saturée d'alun, mais alors les rayons actiniques seraient aussi absorbés. On ne peut donc pratiquer le refroidissement; aussi la possibilité de concentrer les rayons solaires est limitée par la présence des rayons calorifiques.

Certains ont exigé encore que l'héliothérapie laryngée ne devrait être employée qu'à haute altitude et hors des villes, disant que l'atmosphère brumeuse ou les poussières absorberaient les rayons efficaces. Mais ce ne sont que les rayons ultra-violets de longueur d'onde relativement courte, les moins pénétrants et les moins curatifs, qui sont absorbés par une atmosphère poussiéreuse. Aussi Nogier pense-t-il que l'héliothérapie peut être employée dans les villes, et même parfois avec avantage, le soleil se trouvant débarrassé de la partie de ses rayons d'action superficielle irritante; on en est

quitte pour prolonger un peu le temps d'insolation.

Nous en avons maintenant fini avec les discussions théoriques ; voyons comment, dans l'application du traitement, se comporteront malade et médecin.

(*A suivre.*)

ACTUALITÉS

LA COCAINOMANIE

Depuis 1884, les propriétés anesthésiques de la cocaïne sont très souvent utilisées en thérapeutique ; ce furent d'abord les oto-rhino laryngologistes et les oculistes qui se servirent des solutions de chlorhydrate de cocaïne ; bientôt après la chirurgie générale eut recours à cet alcaloïde pour l'anesthésie locale et les très remarquables travaux du professeur Reclus montrèrent bien tout le parti qu'on en pouvait tirer, sans craintes d'accidents, à la condition de suivre une technique minutieuse. Récemment encore, Catz (1) insistait sur les avantages de l'anesthésie locale dans la pratique des opérations de grande chirurgie. Mais en même temps que l'emploi médico-chirurgical de la cocaïne s'étendait de plus en plus et rendait de très grands services dans beaucoup de cas, certains sujets, toujours à la recherche de sensations nouvelles, les trouvèrent dans l'usage de la cocaïne, si bien que le cocaïnisme chronique, la cocaïnomanie, est venu faire une sérieuse concurrence à la morphinomanie, quand il ne s'associe pas à elle, ce qui est encore assez fréquent. Aussi, en ces dernières années, a-t-il été souvent question de la cocaïnomanie, et tout particulièrement de la cocaïnomanie montmartroise; les pouvoirs publics ont dû à plusieurs reprises sévir contre les trafiquants de la cocaïne; quelques-uns de ceux-ci ont été poursuivis mais, malgré les lois et les règlements, les vendeurs de cocaïne continuent toujours leur commerce lucratif.

La cocaïnomanie a été naturellement étudiée dans ses causes, ses symptômes, sa prophylaxie et son traitement par un grand nombre d'auteurs; nous signalerons seulement la thèse de Chevallier (2) et surtout un article très documenté de Guillain (3) où l'on trouve une excellente mise au point du sujet qui nous occupe.

Les premiers cas de cocaïnomanie ont été observés chez des morphinomanes à une époque où l'on essaya, dans la cure de démorphinisation, de remplacer les injections de morphine par des injections de cocaïne; cette méthode fut d'ailleurs rapidement abandonnée, car la cocaïne ne faisait pas perdre aux malades le goût de la morphine, et une seconde intoxication venait simplement s'ajouter à la première; c'était, dit Erlenmeyer, « tomber de Satan en Beelzébuth ». La cocaïnomanie par injections sous-cutanées est aujourd'hui très exceptionnelle. La muqueuse nasale constitue la grande voie d'absorption utilisée par les cocaïnomanes ; quelques-uns de ceux-ci ont commencé par absorber de la cocaïne dans un but thérapeutique, à la suite d'une prescription médicale; à l'occasion d'un coryza, d'une hydrorrhée nasale, on leur a conseillé soit des badigeonnages avec une solution plus ou moins concentrée de cocaïne, soit des prises d'une poudre contenant du chlorhydrate de cocaïne. Très rapidement ces sujets prennent goût à la cocaïne et ne peuvent bientôt plus s'en passer. Il y a là une étiologie dans laquelle le médecin a une part de responsabilité, tout comme pour les cas de morphinomanie à la suite d'injections de morphine faites à l'occasion de crises douloureuses quelconques; par conséquent nous devons, sauf nécessité absolue, éviter de prescrire ces badigeonnages ou ces prises de cocaïne, de même que nous veillons à ne pas prodiguer les injections de morphine aux malades atteints de crises douloureuses à répétition ou de crises d'asthme. Mais, le plus souvent, les cocaïnomanes ont commencé à priser de la cocaïne par imitation ; ils ont entendu faire l'apologie de cette drogue par des amis ou des amies déjà intoxiqués et c'est ainsi qu'ils contractent l'habitude de la cocaïne. Aussi le cocaïnisme nasal est-il particulièrement fréquent dans certains milieux, dans les endroits où l'on fait la fête, dans les brasseries fréquentées par les femmes galantes. « C'est là qu'au milieu de la musique des orchestres, des rires joyeux et des danses folles, la cocaïnomanie étend ses ravages. » (Chevallier.) Dans l'article que nous avons cité, Guillain trace un tableau pittoresque de la cocaïnomanie à Montmartre. La « coco » est vendue dans les établissements de nuit par les chasseurs, par certains jeunes gens qui sont à la fois professeurs de tango, acheteurs et vendeurs de bijoux. Ces individus se procurent la cocaïne à l'étranger et la revendent très cher, car la cocaïne que les pharmaciens vendent 1 fr. 50 le gramme peut, la nuit, atteindre le prix de 5, 6, 8 et 10 francs. Souvent d'ailleurs les pourvoyeurs falsifient la coco en la mélangeant avec du sucre ou de l'acide borique et ils augmentent encore leur gain, dans de notables proportions.

Parmi les priseurs de cocaïne, les uns se cachent et vont priser, quand le besoin se fait sentir, dans les lavabos, derrière les portes; d'autres ne se dissimulent pas et on peut les voir prendre avec une petite spatule ou une lime à ongles la cocaïne contenue dans une boîte en carton, déposer la poudre au niveau de la narine et aspirer fortement.

Les premiers effets de la cocaïne se traduisent par une sensation de bien-être général, une intense joie de vivre, une vivacité inaccoutumée de l'esprit ; on sait que l'absorption de 0g10 de cocaïne par voie buccale détermine une augmentation de l'énergie musculaire que l'on constate avec l'ergographe de Mosso. Mais il ne s'agit que d'une excitation passagère, la dépression et l'abattement suivant de près cette phase d'euphorie ; c'est pourquoi le cocaïnomane arrive à renouveler de plus en plus les prises de cocaïne, pour faire revenir la sensation de bien-être. Le besoin du toxique se crée très vite, dans certains cas dès le second jour; il est peut-être moins impérieux au début pour la cocaïne que pour la morphine, mais il survient plus tôt et plus vite. L'accoutumance à la cocaïne paraît plus rapide que pour la morphine; quelques cocaïnomanes absorbent déjà, au bout de quelques jours, 60 à 70 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne.

Lorsqu'ils sont arrivés à l'intoxication cocaïnique chronique, les malades présentent un certain nombre de symptômes, parmi lesquels les symptômes mentaux se trouvent presque toujours au premier plan. Ces troubles mentaux ont été bien étudiés par Vallon et Bessière (1). Après l'ivresse des premières doses de cocaïne, les sensations d'euphorie ne persistent pas et il se produit au contraire un affaiblissement des fonctions psychiques : la mémoire est diminuée, spécialement la mémoire des dates ; la volonté est atteinte, le cocaïnomane devenant apathique, incapable d'efforts, aboulique; son caractère change, il est triste, irritable, indifférent. Pour se procurer de la cocaïne, les malades en arrivent, après avoir épuisé toutes leurs ressources, à vendre leur mobilier, leurs bijoux et ils ne reculeront même pas devant le vol, le faux, parfois la tentative de meurtre.

Les cocaïnomanes ont de l'insomnie et des cauchemars ; ces cauchemars ressemblent à ceux des alcooliques chro-

(1) Catz. L'emploi de l'anesthésie locale (méthode de Reclus) dans les opérations de grande chirurgie, *Soc. méd. du XVIIe arrondissement* et *Journ. de méd. de Paris*, 13 juin 1914.

(2) André Chevallier. *Essai sur le cocaïnisme nasal et la perforation de la cloison*, Th. de Paris, 1912-1913.

(3) G. Guillain. L'intoxication par la cocaïne, *Le Journ. méd. français*, 15 juin 1914.

(1) Vallon et Bessière. Les troubles mentaux d'origine cocaïnique, *L'Encéphale*, février et mars 1914.

niques. Ils sont mobiles, professionnels, zoopsiques, mais ils en diffèrent en ce qu'ils sont moins terrifiants, parfois même artistiques ou voluptueux; ils sont faits de douleur et de plaisir en proportions sensiblement égales (Vallon et Bessière).

Les hallucinations de la vue sont fréquentes; elles sont mobiles, polymorphes, parfois terribles, parfois agréables. Leroy a insisté sur les hallucinations lilliputiennes, petites, fugaces, souvent colorées et que l'on constate aussi chez les fumeurs de haschisch. Les hallucinations auditives s'observent assez souvent; les malades entendent des bruits, des cloches, des voix qui leur parlent de la cocaïne. Les hallucinations du goût et de l'odorat sont plus rares. Toutes ces hallucinations sont souvent exaltées quand arrive l'heure du sommeil.

Comme troubles de la sensibilité générale, les malades ont la sensation de vers, de punaises, d'insectes qui seraient sous leur peau; ils se croient pincés, ils ont la sensation d'être arrosés par de l'eau chaude ou de l'eau froide. D'après Vallon et Bessière, la sensation de corps étranger sous la peau est un symptôme très rare, qui ne se produit probablement que dans certains cas d'intoxication profonde chez les individus prenant la cocaïne en injections sous-cutanées; pour ces auteurs, il s'agit d'une fausse interprétation de sensations réelles (démangeaisons) qui, elles, sont assez fréquentes.

A mesure que l'intoxication s'accentue, le malade en arrive à délirer; la nature du délire est variable, tantôt les idées de persécution sont au premier plan, dans d'autres cas ce sont des idées hypocondriaques. Puis, sous l'influence d'excès de cocaïne, de fatigues, ou d'une intoxication alcoolique surajoutée, le cocaïnomane peut présenter un délire cocaïnique aigu, avec confusion mentale hallucinatoire; il devient alors dangereux pour lui-même et pour les autres; il faut donc le soigner dans une maison de santé ou un asile d'aliénés. Ces accès délirants durent de quelques heures à quelques jours, mais la convalescence en est souvent très longue.

En même temps que ces troubles mentaux, on constate, chez les cocaïnomanes, une atteinte profonde de l'état général; ils sont amaigris, leur teint est blafard, les yeux excavés. Le tremblement des lèvres et des extrémités est fréquent; le pouls est rapide, irrégulier, il y a parfois une tendance à la syncope; la sudation est exagérée. L'impuissance génitale est habituelle. Pouchet a signalé, chez certains cocaïnomanes, des troubles nerveux graves, démarche spasmodique, exagération des réflexes, ténesme rectal et vésical; d'après Guillain, ces signes, qui semblent traduire une sclérose médullaire, sont très exceptionnels.

Il n'est pas rare d'observer, chez les priseurs de cocaïne, des accidents locaux consistant en une destruction de la cloison nasale et en une perforation du cartilage quadrangulaire. Hautant en a signalé le premier cas en 1908 et, depuis, plusieurs observations ont été relatées, que l'on trouvera dans la thèse de Chevallier. La perforation nasale se produit généralement après des prises abondantes, nombreuses et répétées, de cocaïne, elle survient au bout d'un temps qui peut varier, suivant les sujets, de six à douze mois. Certains cocaïnomanes ont remarqué qu'ils avaient du prurit dans les fosses nasales, que le grattage du nez ramenait des débris épithéliaux; la plupart n'ont aucun symptôme fonctionnel du côté des narines et sont tout surpris lorsqu'on leur apprend qu'il existe une perforation de la cloison. Cette perforation siège toujours sur la partie cartilagineuse de la cloison; la lame perpendiculaire de l'ethmoïde et le vomer ne sont jamais atteints; elle est arrondie ou ovalaire, avec des dimensions variant de quelques millimètres à plus d'un centimètre; les bords de l'orifice sont amincis, réguliers, lisses, la muqueuse voisine presque toujours pâle et anémiée. Comme pathogénie de cette perforation, la cocaïne, vaso-constricteur énergique, provoque une anémie intense et des troubles trophiques allant jusqu'à la mortification des tissus; cette action peut être aidée par le grattage, habituel en pareil cas. Chez les priseurs incorrigibles, la perforation n'a aucune tendance à guérir; elle ne fait que s'étendre et peut arriver à occuper toute la surface du septum cartilagineux. Que si, au contraire, le malade cesse de priser la cocaïne, la perforation diminue peu à peu, et il est probable que l'obturation complète peut se faire, mais Chevallier n'a pas trouvé d'observations de malades suivis assez longtemps pour qu'on ait pu voir une occlusion entière de la perforation.

L'intoxication chronique par la cocaïne est d'un pronostic grave. Beaucoup de malades doivent être conduits dans les asiles d'aliénés; d'autres sont dans un état lamentable de déchéance physique, intellectuelle et sociale; vienne une infection intercurrente, le cocaïnomane affaibli et déprimé y succombera très facilement. Il faut encore insister sur l'action pernicieuse de la cocaïne en ce qui concerne la descendance. Guillain cite un fait des plus typiques, publié par le professeur Marfan ; il s'agit d'un ménage ayant quatre enfants : une fille de treize ans, intelligente et bien portante; une fille de huit ans, conçue à l'époque où le père commençait à devenir cocaïnomane, elle est intelligente, mais pâle et chétive; un fils de six ans, idiot complet ; un enfant de dix mois, idiot, microcéphale. Ces deux derniers enfants ont été conçus alors que le père était un grand cocaïnomane absorbant chaque jour jusqu'à 3 grammes de cocaïne.

La physiologie pathologique de l'intoxication par la cocaïne est encore assez mal connue ; les données fournies par l'anatomie pathologique sont peu importantes, car on ne trouve que des lésions nerveuses très banales et de la dégénérescence du foie.

L'expérimentation a montré que la cocaïne suspend l'activité de tous les éléments vivants avec lesquels on la met en contact ; c'est un poison des centres nerveux, des éléments musculaires, des cellules glandulaires, des leucocytes; c'est donc, suivant l'expression de Pouchet, un poison de tout ce qu'il y a de vivant, mais avec une électivité spéciale pour le tissu nerveux, ce qui explique l'importance et la gravité des troubles mentaux dans le cocaïnisme.

Le traitement de la cocaïnomanie se résume en la suppression du poison. La cure de désintoxication est plus facile pour la cocaïne que pour la morphine et l'on s'accorde à conseiller le sevrage brusque qui ne donne lieu à aucun accident sérieux ; la suppression ne sera lente et progressive que chez les cachectiques, les cardiaques et les malades atteints de lésions rénales graves. Après la suppression de la cocaïne, les troubles mentaux s'améliorent rapidement, mais le cocaïnomane, même guéri, conserve souvent un certain déficit fonctionnel du névraxe ou d'autres organes; il peut présenter des troubles vésicaux, cardiaques, digestifs, dont la disparition sera très lente et même rester toujours dans un état de faiblesse générale physique et psychique (Guillain). Ce qu'il faudrait donc surtout, c'est faire la prophylaxie du cocaïnisme chronique, en règlementant le commerce de la cocaïne, en poursuivant très sévèrement les trafiquants de cette drogue. Des mesures énergiques doivent être prises, malgré qu'on puisse douter de leur efficacité, car l'adage ancien restera toujours vrai : *Quid leges sine moribus*.

M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 24 JUILLET 1914)

Parasyphilis et néosalvarsan. — MM. L. LORTAT JACOB et Jean PARAF ont pratiqué, chez trois malades atteints de paralysie générale et de tabes, des injections intrarachidiennes de 3 à 5 milligrammes de néosalvarsan. Dans aucun cas, ils n'ont observé d'amélioration bien nette ou d'arrêt dans l'évolution. Par contre, une malade atteinte de paralysie générale présenta, à la suite de l'injection, des troubles moteurs passagers (douleurs, contractures) et un tabétique eut consécutivement une violente crise gastrique durable avec rétention prolongée d'urines.

Maladie de Raynaud. Néphrite chronique et tuberculose. — MM. ACHARD et ROUILLARD rapportent un cas de syndrome de Raynaud observé chez une femme de trente-deux ans au cours de néphrite chronique. Il n'y avait aucun signe de syphilis et la réaction de Wassermann était négative. Il s'agissait de tuberculose généralisée à laquelle le malade succomba avec un pneumothorax partiel et une péritonite circonscrite par perforation de l'intestin. Le rein était le siège de lésions diffuses avec peu de sclérose. La malade avait présenté des œdèmes et de la rétention d'urée ainsi que de l'albuminurie. La gangrène symétrique était plus étendue que d'ordinaire. La pointe du nez était le siège d'une escarre. Aux doigts les phalangettes et les phalangines étaient mortifiées. Aux pieds, outre les orteils, la gangrène atteignait la région plantaire et avait une tendance envahissante que favorisait l'œdème. Des pansements ont été faits au baume du Pérou, topique antiseptique et désodorisant, dans le but de rendre les parties sphacélées imperméables à l'eau et imputrescibles tout en conservant leur souplesse. Des applications d'air chaud ont procuré au malade du soulagement de ses douleurs et contribué à la désinfection locale. Enfin le régime déchloruré a permis de supprimer l'œdème et de transformer, aux pieds, la gangrène humide en gangrène sèche. Le sphacèle était en bonne voie de réparation quand la mort survint par accidents viscéraux de tuberculose.

Modifications du réflexe oculo-cardiaque sous l'influence de la gestation. Le syndrome sympathicotonique de la grossesse. — MM. Marcel GARNIER et Georges LÉVI-FRANCKEL ont examiné le réflexe oculo-cardiaque chez 81 femmes enceintes non malades. Chez 4 d'entre elles, la compression oculaire a été trop douloureuse pour permettre un examen sérieux.

Parmi les 77 femmes examinées, 37 seulement, soit 48 p. 100, ont présenté le ralentissement du pouls par compression oculaire; 20, soit 26 p. 100, n'ont pas présenté de modifications ; 20, soit 26 p. 100, ont présenté une augmentation de la rapidité du pouls.

Ces troubles qui se voient donc dans plus de la moitié des cas présentent des rapports avec la tachycardie qui est également fréquente chez les femmes enceintes en dehors de toute maladie fébrile et de toute fatigue.

Sur 12 femmes dont le pouls atteignait 108 à 132 pulsations aucune n'avait un réflexe oculo-cardiaque normal ; chez 4, il était aboli, chez 8, il était inversé.

Sur 25 femmes dont le pouls atteignait 92 à 104 pulsations, 8 seulement avaient un réflexe normal, 8 un réflexe aboli, 9 un réflexe inversé.

Sur 40 femmes dont le pouls atteignait 68 à 90 pulsations, 29 avaient un réflexe normal, 8 un réflexe aboli, 3 seulement un réflexe inversé.

En outre de la tachycardie et des modifications du réflexe oculo-cardiaque, les auteurs ont constaté dans un certain nombre de cas des modifications du réflexe pupillaire à la lumière. Ces modifications ont été retrouvées dans 5 cas sur 20 cas examinés. Elles consistent en mydriase, paresse du réflexe accommodateur à la lumière qui se fait lentement incomplètement, et ne dure pas malgré la continuation de l'excitation lumineuse.

Ces modifications coexistent avec les troubles du réflexe oculo-cardiaque et 4 fois sur 5 avec la tachycardie.

Ces troubles sont dus pour les auteurs à une excitation du système sympathique, et ils donnent à ce syndrome, en somme assez fréquent au cours de la gestation, le nom de syndrome sympathicotonique de la grossesse.

Ce syndrome est bien dû à la grossesse, car ces troubles disparaissent après l'accouchement, ainsi qu'ils l'ont constaté chez 20 femmes qu'ils ont pu examiner après leur accouchement. Sur 19 qui présentaient avant l'accouchement une modification du réflexe oculo-cardiaque, 18 avaient, quatre à douze jours après, un réflexe normal. La tachycardie avait disparu chez 14 sur 15 femmes tachycardiques. Les troubles du réflexe pupillaire à la lumière ont disparu seulement trois semaines après l'accouchement chez les trois femmes revues.

Syndrome de Claude Bernard-Homer et paralysie récurrentielle dans un cas de tumeur thyroïdienne. — MM. P. CARNOT et Stephen CHAUVET présentent un homme atteint d'une volumineuse tumeur du corps thyroïde, occupant tout le côté droit de la base du cou et plongeant dans le thorax.

Cette tumeur a déterminé de la dysphagie, de la dysphonie, et un syndrome oculo-sympathique de paralysie.

La dysphagie est due à la compression mécanique de l'œsophage ainsi que le montre la radiographie.

La dysphonie est expliquée par la présence d'une paralysie récurrentielle droite, décelée par l'examen laryngoscopique.

Le syndrome oculo-sympathique de paralysie comporte, chez ce malade, du rétrécissement de la fente palpébrale, de l'exopthalmie, du myosis avec conservation des réflexes pupillaires, de l'hypotonicité du globe oculaire et de l'anidrose de l'hémiface du côté droit.

Les cas de syndrome de Claude Bernard-Homer causés par une tumeur thyroïdienne sont très rares. La coïncidence ou une paralysie récurrentielle n'a pas encore été signalée.

Recherches sur les maladies alimentaires par « carence ». — MM. WEILL et G. MOURIQUAUD (de Lyon) ont poursuivi depuis juillet 1913, des recherches cliniques et expérimentales sur les dangers de l'alimentation exclusive par les céréales décortiquées. Etendant les notions acquises par l'étude du « béribéri » ces auteurs ont montré que chez l'enfant survient souvent à l'époque du sevrage, des troubles de la nutrition que semble expliquer l'alimentation trop prolongée par le lait stérilisé ou trop exclusive par les céréales décortiquées.

Les auteurs ont montré qu'expérimentalement non seulement le riz, mais encore l'orge décortiqués sont capables de produire chez les pigeons des accidents paralytiques et cérébello-labyrinthiques suivis de mort. La variété alimentaire elle-même, comme ils l'avaient cru d'abord ne suffit pas à écarter ces troubles et les auteurs ont également vu le « béribéri » expérimental apparaître chez des pigeons nourris simultanément par le riz, l'orge et le blé décortiqués. Certains de leurs animaux remis, dès l'apparition des troubles, à une nourriture à base de céréales « complètes » non décortiquées, ont pu guérir tout en présentant une tendance aux rechutes.

Ces expériences démontrent l'importance considérable de la « cuticule » des céréales qui semble contenir des substances (vitamines ?) qui, à doses infinitésimales sont nécessaires à la nutrition. Ces notions paraissent devoir s'étendre aux légumineuses elles-mêmes.

L'absence de cuticule provoque donc des troubles dans lesquels ni l'intoxication proprement dite, ni l'infection ne sont les facteurs primitifs, troubles par manque d'une substance chimique nécessaire, troubles par « carence ».

Les auteurs concluent que lorsque les farines de céréales ou de légumineuses seront indiquées, il faudra parer aux inconvénients de la décortication en complétant leur valeur nutritive par des jus frais de légumes ou de fruits, ou par le bouillon de son dans lequel semble passer les éléments de la cuticule nécessaires à la nutrition.

Hémiplégie alterne chez un syphilitique porteur d'un anévrisme bacillaire. — MM. Siredey, H. Lemaire et Mlle Denis. Un sujet, âgé de quarante-deux ans, jusqu'ici bien portant, présente brusquement une paralysie faciale totale gauche, une paralysie de la sixième paire du même côté, une diminution de la force musculaire des membres du côté droit, avec signe de Babinski ; en outre, des phénomènes de dysphagie non douloureuse, sans véritable syndrome d'Avellis. Le malade ne présente aucun trouble sensoriel, ni sensitif.

La ponction lombaire donna un liquide en hypertension, presque puriforme, légèrement xanthochromique, contenant de très nombreux leucocytes polynucléaires, avec des hématies.

La mort survient subitement cinq jours après le début des phénomènes paralytiques, après une crise convulsive.

L'autopsie montre un anévrisme du tronc basillaire, occupant le sillon bulbo-protubérabtiel, et une dilatation cylindrique de l'artère vertébrale droite, appliquée sur le sillon des nerfs mixtes. Ces lésions artérielles sont accompagnées d'épaississement méningé dans la région de la base. Il n'existe aucune lésion cérébrale, au niveau du bulbe et de la protubérance.

La mort est survenue par rupture de l'anévrisme et hémorragie méningée. On peut se demander si les symptômes paralytiques n'étaient pas dus à une rupture hémorragique, qui était le prélude de la rupture.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(Séance du 9 juillet 1914)

Deux cas de neurofibromatose familiale dont un avec pseudo-cheiromégalie unilatérale. — MM. Roubinovitch et Régnauld de la Soudière. La mère présente l'aspect classique de la maladie de Recklinghausen : tumeurs sous-cutanées multiples, pigmentation diffuse, taches brunes, quelques nævi, un névrome plexiforme est développé dans la grande lèvre droite lui donnant un aspect pseudo-scrotal. Il s'agit de dystrophie bénigne sans troubles fonctionnels importants.

Chez le fils, âgé de quinze ans, la maladie est encore fruste, une ou deux tumeurs cutanées, pigmentation, abolition des réflexes aux membres supérieurs. Pas de troubles mentaux. Mais de plus, il présente une bosse frontale gauche, une légère augmentation de volume du pied gauche et surtout une cheiromégalie gauche, caractérisée par l'hypertrophie des parties molles de la main et des trois doigts médians avec main succulente. Hypotonie et laxité ligamentaire, les os sont intacts à la radio. En l'absence de signes hypophysaires, en particulier d'élargissement de la selle turcique il semble que l'on doive rattacher cette cheiromégalie, à la neurofibromatose. Les deux ordres de troubles sont sous la dépendance d'une dystrophie primitive de l'ectoderme.

M. Roussy, qui a observé deux cas semblables chez la mère et le fils, MM. Meige, Sicard et Souques viennent affirmer qu'il ne s'agit pas de cheiromégalie vraie mais d'hypertrophie d'ailleurs pas absolument généralisée des parties molles, due à un névrome plexiforme diffus de l'extrémité supérieure.

M. Lhermitte indique que cependant la neurofibromatose peut, en cas de gliose médullaire, déterminer des cavités médullaires et une véritable cheiromégalie comme dans la syringomyélie.

Troubles cérébelleux dans deux cas de compression de la fosse cérébrale postérieure. — M. Thomas, sur deux malades atteints de tumeur de l'angle ponto-cérébelleux dont l'un vient d'être soumis à la trépanation décompressive, ne trouve pas d'adiadococynésie, ni hopotonicité, ni diminution de la force musculaire, mais l'étude fine montre des troubles de la vitesse et de l'amplitude des mouvements que l'auteur rattache à la compression cérébelleuse.

Tabes sénile. — MM. G. Roussy et A. Rapin présentent trois vieillards âgés respectivement de soixante-trois, soixante-dix et soixante-dix-huit ans chez lesquels seul l'examen complet du système nerveux a permis de déceler la présence d'un tabes fruste totalement ignoré des malades et caractérisé simplement par les signes objectifs suivants : abolition des réflexes rotuliens, achilléens ; Romberg léger ; signe d'Argyll. Aucun phénomène fonctionnel, ni ataxie, ni douleurs fulgurantes. Chez ces trois malades la syphilis paraît très vraisemblable (chez l'un syphilis testiculaire, chez le deuxième ostéite syphilitique de la voûte cranienne, chez le troisième chancre syphilitique à l'âge de dix-huit ans).

Ces cas sont intéressants à signaler parce qu'ils diffèrent des cas de tabes dits à début tardif en ce qu'on ne peut en fixer la date d'apparition, en ce qu'ils sont frustes, caractérisés uniquement par quelques signes objectifs découverts seulement par un examen systématique et qu'ils semblent ne pas évoluer.

— Une discussion s'engage sur ces faits dont MM. de Massary, Babinski, Déjerine, Claude, Souques, Sicard, connaissent de nombreux exemples. Parfois, on observe le début tardif et on voit le tabes s'arrêter : d'autres fois, on trouve celui-ci par hasard, sans pouvoir dire depuis quand il existe.

Réflexe rythmique contro-latéral. — MM. Pierre Marie et Foix. Nouveau réflexe rythmique à ajouter à la liste des réflexes d'automatisme.

On provoque du côté droit le phénomène des raccourcisseurs par flexion forcée des orteils. Au bout d'un instant la jambe gauche exécute des mouvements alternatifs de flexion et d'extension dont la cadence est celle d'un pas un peu lent (71 à la minute).

Ce réflexe observé dans un cas de maladie de Little paraît fort rare. Son intérêt est donc avant tout théorique en ce qu'il met en lumière le caractère automatique des réflexes de cette série.

Phénomène de Magniez et de Kleyn chez l'homme et mouvements conjugués d'automatisme. — MM. Pierre Marie et Foix présentent deux cas de maladie de Little et un cas d'hémiplégie dans lesquels on constate les mouvements conjugués de la tête et des membres déterminés par Magniez et de Kleyn.

Ces mouvements consistent en ce que la rotation de la tête d'un côté provoque l'extension du membre vers lequel la face est tournée (membre facial) et la flexion du membre vers lequel l'occiput est tourné (membre cranien). Des mouvements asymétriques analogues sont produits par l'inclinaison latérale ; la flexion et l'extension de la tête provoquent au contraire des mouvements symétriques. Tout ceci est surtout net au niveau des membres supérieurs.

Chez l'hémiplégique, les phénomènes sont limités au côté hémiplégié. A la longue, au niveau des membres inférieurs on peut observer chez lui un mouvement rythmique alternatif de flexion et d'extension.

L'intérêt de ces faits réside avant tout en ce qu'ils démontrent la complexité des fonctions d'automatisme, latentes à

l'état normal, et mises en lumière par la libération des centres inférieurs, vis-à-vis de l'influence cérébrale.

Hémiplégie droite pédonculaire avec signe d'Argyll unilatéral et syndrome de Horner. — MM. Déjerine et Pélissier. L'hémiplégie droite est légère sans Babinski net mais orteil en éventail : énophtalmie, myosis et paralysie du pathétique gauche avec, du même côté seulement, signe d'Argyll. Grosse lymphocytose céphalo-rachidienne.

Chorée chronique intermittente sans troubles mentaux d'origine postpuerpérale. — MM. Lhermitte et Cornil insistent sur l'influence de la grossesse sur l'atténuation des troubles choréiques, sur les signes pyramidaux du côté droit alors que les mouvements choréiques sont bilatéraux, sur la longue rémission de la chorée et sa reprise consécutivement à une émotion.

Il ne s'agit pas ici d'une chorée chronique d'Huntington, mais d'une chorée particulière : chorée chronique intermittente dont l'étiologie, les signes cliniques et peut-être les lésions anatomiques sont différentes de ce qu'elles sont dans la chorée progressive héréditaire d'Huntington.

Craniectomie sous anesthésie locale. — MM. Sicard et Haguenau ont pu, dans tous les cas où la craniectomie exploratrice ou décompressive était indiquée, faire substituer par le chirurgien l'anesthésie locale à l'anesthésie générale. Les craniectomies même latérales et très étendues des régions temporales se font facilement à la pince coupante et sans douleur. Les méninges de la latéralité aussi bien que celles de la concavité sont dépourvues de sensibilité au pincement ou à la section.

Anomalies des apophyses transversaires lombo-vertébrales. — MM. Sicard et Haguenau présentent des radiographies montrant des anomalies des apophyses transverses de la quatrième vertèbre lombaire (hypertrophie uni ou bilatérale, courbure, pontosseux). Ces anomalies peuvent s'accompagner d'algies plus ou moins vives lombo-sacrées, et sont à rapprocher des autres apophysomégalies localisées, par ailleurs, d'une façon élective, également au niveau de la septième vertèbre cervicale.

Hémiplégie spinale, troubles homolatéraux de la sensibilité. — MM. Déjerine et Borrel. Ce syndrome rare, dû vraisemblablement à une hématomyélie, en raison du début brusque, que l'on peut situer à la partie postérieure droite de la moelle, avec atteinte de la corne postérieure, se compose d'une hémiplégie spinale remontant jusqu'à la quatrième cervicale, avec troubles homolatéraux de la sensibilité dissociés : troubles des sensibilités profondes contrastant avec l'intégrité des cercles de Weber et la conservation du sens des attitudes.

Vertige phobique par compression du tympan. — MM. Borrel et Munch. Un peintre, de trente-neuf ans, présentait depuis cinq ans du vertige très augmenté depuis six mois et accompagné de la phobie de l'échelle professionnelle et d'hypoacousie. L'examen montra que la cause était la compression du tympan par un peu d'ouate recouverte de cérumen, et dont l'ablation fit disparaître immédiatement tous les troubles.

Autopsie d'un cas d'infantilisme hypophysaire. — MM. A. Souques et Stephen Chauvet rapportent les résultats de l'autopsie du sujet atteint d'infantilisme hypophysaire qu'ils avaient présenté à la Société le 7 décembre 1911.

La selle turcique était considérablement agrandie en tous sens et supportait un kyste qui s'était développé aux dépens du lobe antérieur de l'hypophyse.

Ce kyste, de la taille d'une grosse mandarine a refoulé, en haut, la face inférieure des lobes orbitaires, et en arrière les pédoncules cérébraux.

Les nerfs optiques et le chiasma sont complètement écrasés.

Le kyste a un contenu gélatineux, de couleur verdâtre, formé d'albumine et de cholestérine.

Toutes les glandes à sécrétion interne (thyroïde, surrénales, testicules, etc.), paraissent analogues, comme volume et comme aspect macroscopique, à celles d'un enfant de la taille qu'avait cet infantile.

Mydriase par paralysie de la troisième paire faisant place à du myosis, consécutivement à une hémorragie cérébro-méningée mortelle. — MM. Stephen Chauvet et E. Velter présentent les pièces d'une hémorragie cérébro-méningée ayant déterminé des phénomènes pupillaires particulièrement intéressants. Il s'agissait d'une malade syphilitique devenue hémiplégique droite à la suite d'un petit ictus et qui avait présenté, en outre, à l'œil gauche une paralysie complète du moteur oculaire commun avec paralysie de la pupille et mydriase, la pupille droite étant de dimensions normales. Sept jours après le début de cette paralysie de la troisième paire survient un nouvel ictus qui emporta la malade. Cinq minutes après la mort on nota, du côté de l'œil droit, jusque-là normal, une mydriase considérable et du côté gauche, côté où la pupille était antérieurement paralysée et dilatée, un myosis intense qui persista plusieurs heures après la mort.

L'autopsie montra que l'ictus avait été causé par une hémorragie cérébrale énorme au lieu d'élection (capsule interne) ayant fusé dans les ventricules et les espaces arachnoïdiens de la base et de la convexité. La mydriase absente à droite était facilement explicable par l'irritation corticale intense produite par les caillots sanguins. Le myosis à gauche, sur une pupille antérieurement en mydriase paralytique, était dû vraisemblablement à l'irritation mécanique de la troisième paire gauche par un gros caillot, placé dans la région pédonculaire, caillot qui englobait en totalité le tronc nerveux dans son trajet sous-arachnoïdien.

Adipose douloureuse, régression spontanée. — MM. Chatelin et Thinh montrent une femme chez qui une adipose sous-cutanée, douloureuse seulement à la pression, accompagnée d'asthénie, s'est développée progressivement à partir de l'âge de vingt-huit ans. A soixante-seize ans, la malade qui pesait 104 kilos, a commencé à maigrir sans aucun traitement : elle pèse actuellement 83 kilos et a quatre-vingt-quatre ans.

Tumeur de la partie postérieure du corps calleux. — MM. Léri et Vurpas. Evolution sans aphasie ni apraxie. Gros troubles démentiels au milieu desquels on n'a pu démêler le syndrome de Raymond.

FORMULAIRE

URÉMIE DE LA SCLÉROSE CARDIO-RÉNALE

Huchard a établi, comme base de traitement, la *méthode des trois lavages : a.* lavages de l'estomac; *b.* lavages de l'intestin; *c.* lavages du sang (injections sous-cutanées de 200 à 300 grammes de sérum).

Comme médication pathogénique et préventive, on prescrira la Théosalvose caféinée ou spartéinée (2 cachets de 0g50 par jour) et on alternera le régime lacté exclusif et le régime lacté mitigé.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.



N° 86. — JEUDI 30 JUILLET 1914. 87e ANNÉE. JEUDI 30 JUILLET 1914. — N° 86

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 10 francs par an. Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

LES SERVICES SANITAIRES ET MÉDICAUX EN INDO-CHINE. — Un décret en date du 27 juin décide que les services sanitaires et médicaux de l'Indo-Chine comprennent, en dehors des établissements hospitaliers du service général, qui continuent à être régis par le décret du 4 novembre 1903 : 1° l'assistance médicale, tant à domicile que dans les dispensaires, maternités et hôpitaux autres que ceux du service général; 2° la police sanitaire maritime et la protection de la santé publique, la vaccine mobile et la prophylaxie des maladies transmissibles; 3° les laboratoires autres que ceux qui relèvent de l'Institut Pasteur de Paris; 4° les établissements divers d'instruction médicale : écoles de médecine indigène, de sages-femmes et d'infirmiers; 5° les postes médicaux consulaires de la frontière de Chine et du Siam, entretenus par le gouvernement général de l'Indo-Chine; 6° le contrôle technique des établissements hospitaliers, asiles, dispensaires, léproseries, établissements sanitaires entretenus ou subventionnés par le budget général, les budgets locaux, provinciaux et municipaux; le contrôle technique des établissements sanitaires non subventionnés, le contrôle et l'inspection des pharmacies européennes et sino-annamites, la surveillance médicale des écoles, des prisons et casernes, des chantiers de mine et de travaux publics, d'exploitations industrielles ou agricoles.

Il est institué, près du gouverneur général de l'Indo-Chine et sous son autorité immédiate, *une inspection générale* des services sanitaires et médicaux de l'Indo-Chine. Cette fonction est exercée par le directeur du service de santé des troupes du groupe, qui prend le titre d'inspecteur général des services sanitaires et médicaux.

Dans chacun des pays de l'Union indo-chinoise, la direction et le contrôle des services sanitaires et médicaux sont assurés, sous l'autorité du chef de l'administration locale par un *directeur local* (Tonkin, Annam, Cochinchine et Cambodge) ou par un chef du service de l'assistance (Laos), qui en remplit les fonctions.

Les services d'assistance comprennent : 1° l'assistance médicale gratuite; 2° le service des établissements hospitaliers (hôpitaux, dispensaires, maternités, asiles d'aliénés, léproseries, etc.); 3° les soins médicaux aux fonctionnaires et à leur famille, ainsi qu'à la population européenne; 4° le service de la police sanitaire, des épidémies, de l'hygiène, de la santé publique; 5° l'assistance médicale aux Européens indigents et aux indigènes est gratuite.

Toutefois, il pourra être institué, partout où besoin sera, un service d'hospitalisation et de consultations payantes facultatives pour les indigènes.

En dehors des cas d'urgence, les soins gratuits ne sont pas dus à domicile aux Européens indigents et aux indigènes.

Des arrêts du gouverneur général détermineront les conditions dans lesquelles les soins gratuits sont dus aux fonctionnaires et à leur famille, à la population européenne indigente et fixeront le taux des honoraires que les médecins de l'assistance pourront réclamer; dans les autres cas, aux Européens et aux indigènes.

Les *services des laboratoires* autres que ceux de l'Institut Pasteur de Paris relèvent, au point de vue de l'administration, de la gestation et de l'exécution du service, soit directement du gouvernement général, soit des gouvernements locaux.

Ces services sont assurés soit par des médecins ou pharmaciens civils (médecins de l'assistance médicale, médecins civils libres et pharmaciens), soit par des médecins et pharmaciens militaires détachés des troupes coloniales.

Les intéressés sont nommés par le gouverneur général après avis de l'inspecteur général des services sanitaires et médicaux pour les laboratoires entretenus par le budget général. Ils sont nommés dans les mêmes conditions pour les laboratoires entretenus par les budgets locaux, mais après avis également du chef d'administration locale intéressé.

Les conditions du fonctionnement de l'*école de médecine de l'Indo-Chine* sont réglées par arrêtés du gouverneur général de cette possession. Les directeurs, professeurs et chargés de cours des autres écoles ressortissant à l'assistance : écoles d'infirmiers, de sages-femmes, etc., entretenues par les budgets locaux, sont nommés, sur la proposition du directeur local de la santé, par le chef de l'administration locale (gouverneur de la Cochinchine ou résident supérieur au Tonkin, en Annam, au Cambodge et au Laos).

Les *postes médicaux consulaires* à la charge du budget général de l'Indo-Chine sont confiés soit à des médecins du corps de l'assistance médicale, soit à des médecins des troupes coloniales mis hors cadres à la disposition du gouverneur général.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Emile Binet (de Vence) et A. Notta (de Lisieux).

RENSEIGNEMENTS

LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE DU LARYNX

PAR

L'HÉLIOTHÉRAPIE [1]

Par MM. le docteur Léon PHILIP,
Médecin laryngologiste du sanatorium Mangini
à Hauteville (Ain),

et M. ARCHIMBAUD,
Ancien interne provisoire des hôpitaux de Lyon.

Mode d'application et posologie de l'héliothérapie laryngée. — Le malade (2), muni d'un des dispositifs précédemment décrits (avec la correction de l'emploi de miroirs en nickel) et *de préférence de l'appareil d'Alexandre*, s'installe n'importe où, dans sa chambre, près de la fenêtre, ou sur une galerie de cure, pourvu qu'il soit garanti des ardeurs du soleil. Il s'asseoit dans l'attitude la plus favorable, celle qui sera le plus longtemps sans fatigue. Il peut d'ailleurs varier sa position, si bien qu'une cure même longue arrive à n'être même pas réellement fatigante.

L'appareil est placé devant lui, sur une table, à la hauteur qui lui plaît et qu'il règle à volonté. Suivant l'intensité solaire du lieu et de la saison, il détermine avec le coulisseau gradué la distance de sa glotte au miroir réflecteur. Il dispose ensuite le miroir de contrôle de manière à bien apercevoir le fond de sa gorge. C'est alors que, au moyen du réflecteur, il dirige dans sa bouche le faisceau lumineux. Il n'a plus qu'à maintenir la langue tirée et à fixer en bonne place le miroir buccal. A portée de la main, sont disposés un verre d'eau et une lampe à alcool. Un meilleur moyen pour éviter la buée est de frotter le miroir laryngien au savon de potasse (Collet).

Un petit apprentissage est donc nécessaire au malade. Le seul point un peu délicat est la tenue du miroir laryngien; le médecin guidera sa main encore inexpérimentée, et après quelques tâtonnements, le patient a tôt fait de trouver la bonne place et de s'y maintenir. Il est bon de montrer aux malades des planches laryngoscopiques, de leur apprendre dans ses grandes lignes l'anatomie du larynx et de leur faire connaître sur eux-mêmes quelques points de repère faciles (épiglotte, puis aryténoïdes et cordes vocales).

Au bout de très peu de temps, les malades acquièrent une grande habileté; la plupart distinguent leur larynx en détail et ce qu'il comporte de pathologique. Ils peuvent de la sorte localiser parfaitement l'envoi des rayons solaires. Tant de précision n'est pas indispensable, mais dans certains cas, elle peut être utile; si, par exemple, on a affaire à des ulcérations limitées à une moitié du larynx, un léger mouvement d'inclinaison au miroir peut donner aux rayons une direction plus normale par rapport à la surface malade, et augmenter ainsi l'intensité de l'insolation.

On rencontre en somme peu *de difficultés*. Il faut que le médecin s'arme de patience et le malade de persévérance; d'ordinaire, le sujet averti de la gravité de son état et plein du désir de la guérison, se plie sans difficulté aux longues séances, fréquentes et assujettissantes, d'autant plus qu'il constate lui-même les progrès!

Nous ne pensons pas que la maladresse ou le manque d'intelligence soient un obstacle de la part du malade. Les malades de Dorno au sanatorium d'Alland, ceux d'Alexandre et Philip à Hauteville, pour la plupart peu cultivés, n'ont eu besoin que d'un peu plus de patience.

L'*exagération des réflexes pharyngiens*, si fréquente et parfois si accusée, que le simple examen par le médecin est rendu très difficile, est un obstacle qu'il est rare de ne pouvoir vaincre rapidement. Il faut alors conseiller aux malades de faire pendant la journée des essais fréquents, mais courts, afin d'éviter des nausées trop désagréables. Il suffit de se mettre devant une glace et de placer en position le miroir laryngien, ou à son défaut une cuiller. Au bout de quelques jours, le pharynx le plus indocile s'assagit et supporte ce qu'on lui demande sans la moindre gêne. D'ailleurs il est remarquable que d'une manière générale les malades tolèrent mieux le miroir laryngien quand il est tenu par eux-même plutôt que par le médecin.

La *forme enroulée de l'épiglotte* constitue un inconvénient variant avec le degré de la malformation, mais qui peut forcer à renoncer à l'héliothérapie. En tout cas, si l'on est obligé pour l'examen de se servir d'un releveur de l'épiglotte, — cas fort rare, — il vaut mieux s'abstenir, car un traumatisme bijournalier de cet organe ne serait pas sans danger.

D'une manière générale, quand la conformation du larynx est telle que le patient ne peut en insoler convenablement toutes les parties malades, et cela arrive le plus souvent quand les lésions principales siègent au niveau de la commissure antérieure des cordes ou dans la région sous-glottique, il est préférable de recourir à d'autres moyens que l'héliothérapie, car la contrainte du traitement n'est pas compensée par le bénéfice acquis.

La *durée des séances d'insolation* doit être très soigneusement réglée, surtout au début; il est nécessaire d'observer une progression rigoureuse et lente.

Il convient de commencer par des séances très courtes, de deux minutes seulement et d'augmenter ensuite la durée de deux minutes par séance, celles-ci au nombre de deux par jour.

Lorsque les malades ont supporté sans inconvénient une demi-heure d'insolation continue, on suit alors une progression un peu plus rapide, de trois minutes chaque fois, et on arrive ainsi assez rapidement — de quinze à dix-huit jours environ —, à *une heure matin et soir*, ce qu'on ne dépasse guère.

Si on tient compte du temps perdu, temps pen-

(1) *Fin.* — Voir *Gaz. des hôpit.*, 28 juillet 1914, n° 85, p. 1387.

(2) Récemment (janvier 1914) Sari (de Nice), publiant les heureux résultats qu'il a obtenus, préconise l'application de l'héliothérapie par le médecin lui-même. Mais ce ne peut être que rarement possible, et d'ailleurs inutile, puisque le malade peut être rapidement éduqué à pratiquer une insolation correcte.

dant lequel le malade prend un peu de repos, ou change la position du miroir réflecteur, ou essuie et chauffe son miroir laryngien, deux séances d'insolation d'une heure exigent environ trois heures de présence à l'appareil ; et, sauf indication spéciale, c'est le maximum qu'on puisse demander. Mais il y a des malades plus habiles qui utilisent mieux les séances.

Cette *progression* est toute schématique et sujette à varier suivant les malades. Il est *deux principaux moyens de contrôle* pour permettre d'apprécier s'il y a lieu de l'accélérer ou de la ralentir : l'étude de la température et l'examen du larynx.

La *température après l'insolation* sera surveillée, surtout les premiers temps : une ascension de quelques dixièmes de degré est habituelle et traduit simplement le léger effort accompli; c'est une température de « surmenage » que quelques minutes de repos ramènent à la normale, et on n'en tient pas autrement compte.

Une réaction thermique plus accusée et plus longue à se résoudre sera au contraire prise en considération et est une indication formelle, non seulement de ne pas augmenter la durée des séances d'insolation, mais de la diminuer jusqu'à ce qu'elle soit parfaitement tolérée. On devra par la suite observer dans ces cas-là la plus grande prudence dans la reprise de la progression.

De même aussi de *fréquents examens* sont nécessaires, surtout au début du traitement; car on a parfois affaire à des larynx se congestionnant facilement sous l'influence du soleil et il les faut surveiller de très près.

D'autres fois, c'est l'*état général* un peu précaire du malade qui oblige à ménager ses forces et à ne prescrire que de courtes séances; elles peuvent être alors *répétées* plus souvent dans la journée.

Accidents. — En suivant rigoureusement cette technique, on est à peu près assuré de ne pas voir se produire d'*accidents*. Il pourrait en être autrement si les malades étaient abandonnés à eux-mêmes, car souvent ils sont animés d'un zèle excessif; pour guérir plus vite ils augmentent les séances ou l'intensité de l'insolation. De telles fautes peuvent être suivies d'*accidents congestifs* parfois très marqués pouvant même aller jusqu'à l'*œdème du larynx*, ainsi que cela s'est produit dans un de nos cas. On sera particulièrement prudent pour la reprise, quand le traitement pour une cause ou pour une autre, aura été interrompu; on reviendra en arrière en pratiquant des séances abrégées. Il faut toujours penser aussi, en instituant la cure de soleil du larynx, que des *accidents congestifs peuvent survenir du côté des poumons*. Car presque tous les tuberculeux du larynx le sont aussi du poumon, et les lésions pulmonaires sont très sensibles aux excitations solaires même périphériques. Une hémoptysie peut se produire à la suite de l'insolation du larynx, d'où nécessité de l'employer très prudemment chez les malades congestifs.

La sensation de sécheresse de la bouche après les séances est un simple inconvénient, il suffit de conseiller aux malades, pendant la saison chaude, de choisir pour pratiquer l'héliothérapie les heures extrêmes de la journée, où simplement de « diluer » les rayons en se tenant plus éloignés du réflecteur solaire. Inconvénient sans importance aussi la légère pigmentation brune de la peau qui apparaît sur le pourtour des lèvres, et qui peut être évitée par l'application de corps gras avant chaque séance. Elle disparaît d'ailleurs bientôt après la cessation du traitement.

Résultats et indications. — Les résultats obtenus dans la pratique de l'héliothérapie laryngée ont été tels pour tous ceux qui l'ont déjà employée, que l'on peut compter sinon toujours sur une guérison totale, du moins sur une notable amélioration dans presque tous les cas.

C'est du côté des *phénomènes subjectifs* que se produisent le plus souvent les premiers progrès; tous les auteurs l'ont noté, il suffit dans de nombreux cas des cinq à six premières et, par conséquent fort courtes, séances d'exposition aux rayons solaires pour que le malade commence à s'apercevoir d'une heureuse modification de la *voix*, devenue plus claire et plus facile, et cela sans que le laryngoscope n'ait encore donné de renseignement bien précis sur les changements de l'état local.

De même aussi la dysphagie est assez rapidement influencée, ainsi que les picotements laryngés, les douleurs, la dyspnée, ainsi que cela est noté dans à peu près toutes les observations.

L'action du soleil sur l'*aspect des lésions* tuberculeuses est d'ordinaire un peu plus longue à apparaître nettement, mais elle est à peu près constante : les ulcérations se détergent puis disparaissent, remplacées parfois par une cicatrice blanchâtre déprimée, parfois par une surface granuleuse, cicatrice de bonne nature, ferme et ne saignant pas aux attouchements même énergiques à la cocaïne. Les infiltrations s'affaissent graduellement. Les cordes prennent un aspect moins dépoli; leurs lésions disparues, on voit l'affrontement redevenir possible. Parfois, une fongosité tuberculeuse s'élimine spontanément sans laisser de trace. Trois mois environ de traitement régulier sont nécessaires pour obtenir ces résultats.

D'une manière générale, comme le fait remarquer Nepveu, « par une simple conséquence de la direction des rayons lumineux, les lésions horizontales sont beaucoup moins influencées que les lésions verticales ». Les parties du larynx le plus rapidement modifiées sont évidemment celles qui se trouvent le plus facilement baignées par le soleil : d'abord l'épiglotte, puis la partie supérieure des aryténoïdes, les bandes ventriculaires, les cordes vocales. Les *cas les plus récalcitrants* sont les granulations fongueuses situées sur les ulcérations de la paroi postérieure. La difficulté qu'ont les rayons solaires à atteindre cette portion du larynx autrement qu'avec une direction tout à fait tangentielle explique bien cette particularité (Künwald, Nepveu, Philip).

Certaines infiltrations diffuses très rouges sont également très rebelles au traitement (Künwald). Peut-être dans ces cas-là, comme l'a proposé

Sorgo, pourrait-on obtenir un meilleur résultat en badigeonnant le larynx, avant l'insolation, avec de l'*adrénaline* : l'ischémie ainsi produite serait favorable à la pénétration des rayons solaires dans la profondeur.

Les infiltrations localisées en forme de *tumeurs* sont considérées comme les plus heureusement influencées par l'héliothérapie (Sorgo, Garel, Gonthier de la Roche, Alexandre).

Notons également le résultat excellent obtenu par Collet dans un cas de *lupus du larynx*.

Et il est à remarquer que le malade, constatant lui-même de visu à l'auto-insolateur les heureuses modifications de son larynx, est dans un état de satisfaction euphorique qui n'est pas sans tonifier l'état général (Sorgo).

Contre-indications. — La plupart des auteurs sont d'accord sur le fait qu'il faut s'abstenir de mettre l'héliothérapie en pratique dans le cas d'*œdème du larynx*. On a vu alors la dysphagie s'accroître et l'œdème augmenter, probablement sous l'influence des rayons calorifiques (Sorgo, Künwald, Baër). — C'est là *la seule contre-indication absolue*.

Nous avons insisté déjà sur les difficultés qu'on pouvait rencontrer dans la forme particulière de l'épiglotte, et encore pourrait-on alors user du procédé d'insolation directe de Lavielle; sur les accidents qui pouvaient survenir soit du côté du larynx lui-même, soit du côté des poumons; ce sont autant de causes qui viennent restreindre l'emploi de l'héliothérapie. Ajoutons-y l'*état fébrile* ou le *mauvais état général* du malade qui, pour presque tous les auteurs, imposent également l'abstention.

A part ces quelques exceptions, toutes les formes de la tuberculose laryngée, y compris le lupus, sont justiciables de l'héliothérapie qui se montre toujours « analgésiante, décongestionnante, bactéricide et sclérogène » (Sari) pourvu qu'on l'applique avec persévérance.

Traitements adjuvants. — Il serait parfois très utile d'adjoindre d'autres traitements à la cure de soleil : la curette ou le galvano-cautère, en mettant à jour les lésions profondes, permettraient sans doute dans bien des cas aux rayons solaires d'exercer leur action plus vite et plus efficacement.

Pendant les périodes de mauvais temps où l'héliothérapie est impraticable, il est bon d'instituer une autre thérapeutique, n'aurait-elle pour but que de faire prendre patience aux malades. D'ailleurs la cure de soleil du larynx ne constitue de contre-indication à aucun autre traitement concomitant.

En somme, l'héliothérapie laryngée possède vis-à-vis de la laryngite tuberculeuse une action thérapeutique certaine et relativement très active. De plus, maniée prudemment, elle ne peut jamais être nuisible.

Efficacité, innocuité, sont deux titres qui méritent à cette méthode un emploi aussi large que possible, surtout puisqu'il s'agit de combattre une affection contre laquelle nous sommes aussi mal armés que la tuberculose du larynx.

BIBLIOGRAPHIE

Albrecht et Brünings. Voir Brünings.
Alexandre. Contribution à la pratique de l'héliothérapie laryngée, *Arch. nation. de laryng. d'otol. et de rhinol.*, 1912.
Aymes. *L'Héliothérapie*, Th. de Montpellier, 1913.
Baer (A.). Zur Sonnenlichtbehandlung der Kehlkopftuberkulose, *Wien. klin. Woch.*, 1906, n° 10.
Blumenthal. Direkte Sonnen und Röntgen Bertrahlung des tuberkulosen Kehlkopfes, *Arch. f. laryng.*, 1913, Band XXVII, Heft 2.
Brühl. Note sur Janssen, *Intern. Centrabl. f. d. ges. Tuberk. Lit.*, 1910, IV, 101.
Brünings et Albrecht. Application de la lumière solaire, etc., sur la tuberculose laryngée du cobaye, *Ztschr. f. Ohren*, etc., Wiesb. 1910, LX, 350-396.
Chiaïs. La cure solaire directe, *Congrès de climatologie de Nice*, 1907.
Castaigne. *Journ. méd. français*, 15 nov. 1913.
Collet. Héliothérapie dans une lésion tuberculeuse du larynx, *Soc. des sc. méd. de Lyon*, 27 déc. 1905 et *Lyon méd.* 7 janv. 1906; — Héliothérapie dans la tuberculose du larynx, *Lyon méd.*, 10 mars 1912; — *La Tuberculose du larynx, du pharynx et du nez*, 1913, p. 437 à 448, O. Doin; — Technique de l'héliothérapie laryngée, *Lyon méd.*, 10 mai 1914.
Dorno (C.). *Studie über Licht und Luft des Hochgebirges*, 1911.
Friedrich. Was können wir von der Behandlung der Kehlkopftuberkulose erwarten, *Med. klin.*, 1908, n° 16.
Gonthier de la Roche. L'héliothérapie dans la tuberculose laryngée, *Soc. de méd. du Var*, juin 1910.
Imhofer. Die therapie der Kehlkopftuberkulose, *Centralbl. f. d. Grenzzeb. d. Med. u. Chir.*, 1906, 6-11.
Janssen. Zur Therapie der Kehlkopftuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Sonnenbehandlung. Ein neuer praktischer Sonnenspiegel, *Deut. med. Woch.*, 1909, n° 19.
Jessen. Ueber die Behandlung der Kehlkopftuberkulose mit Sonnenlicht, XII, *Versamm. süddent. Laryng.*, Heidelberg.
Kramer. Ueber die Behandlung der Kehlkopftuberkulose durch Sonnenlicht, *Arch. f. Laryng.*, XXI, 1908, p. 519.
Kraüs. *Münch. med. Woch.*, 1909, n° 13.
Koppert. Die Behandlung der Kehlkopftuberkulose mit Sonnenlicht, *Versamm. der tuberk. Aertze*, Berlin, 1906.
Koch. Ueber Sonnenlicht und Stammgsbehandlung bei Kehlkopftuberkulose, *Ztschr. f. Balneologie*, 1909, n° 5.
Künwald. *Münch. med. Woch.*, 1905.
Nepveu. Photothérapie dans la tuberculose du larynx, *Acad. de méd.*, 19 oct. 1909.
Nogier. *La Lumière et la Vie*, Th. de Lyon, 1904.
Orticoni. *De l'Héliothérapie*, Th. de Lyon, 1902.
Petit. Sur l'héliothérapie laryngée avec l'auto-insolateur, *Congrès de thalassothérapie et d'héliothérapie marine*, avril 1914.
Philip (L.). *Le Traitement de la tuberculose du larynx par l'héliothérapie*, Th. de Lyon, 1914.
Pottenger (F. W.). Prognosis and Treatment of tuberculous laryngitis : an analysis of 61 cases, *Calif. State J. M.*, 1908.
Rivier. *La Cure héliomarine de la tuberculose*, Th. de Lyon, 1911.
Sari (E.). A propos du traitement de la laryngite tuberculeuse par l'héliothérapie, *Méd. orient.*, Paris, 1910, XIV, 227; — Sur la valeur de l'héliothérapie locale dans la tuberculose du larynx, *Congrès de thalassothérapie et d'héliothérapie marine*, Cannes, avril 1914; — Quelques essais d'application de l'héliothérapie locale au traitement de la tuberculose laryngée, *Revue hebdom. de laryng.* etc., 10 janv. 1914.
Schrötter. Bemerk. zum Studier der Lichtwirkung und der Sonnenküren, *Das österr. Sonitäts.*, 1911, n° 37.
Sorgo. Ueber die Behandlung der Kehlkopftuberkulose mit reflektiertem Sonnenlicht, *Wien. klin. Woch.*, 1904, n° 1; — Ueber die Behandlung der Kehlkopftuberculose mit Sonnenlicht nebst Vorschlag zur Behandlung desselben mit künstlichem Licht, *Wien. klin. Woch.*, n° 4, 1905.
Stillmann (F. L.). A novel feature in the treatment of tuber-

cular laryngitis with recital of presumably cured case, *The laryngoscope*, sept. 1902.
TILLMANN. Om solljusbehandlingen och ofrigo fototerapeutiska metoder vid struptuberkulos, *Hygiea*, 1909.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 28 JUILLET 1914)

Les échanges organiques chez les cancéreux. — M. ROBIN donne les résultats de nouvelles recherches sur ce sujet. Qu'il s'agisse de l'acidité urinaire, des pigments des matières tertiaires, leurs variations n'ont rien à voir avec le cancer et ne peuvent éclairer son diagnostic, ni son métabolisme. Mais on peut en tirer des conclusions relatives à la marche et à des modalités de la maladie.

L'albuminurie, moins fréquente qu'on ne l'a dit, tient à des complications du cancer. Elle est rare et elle a manqué dans trois cancers osseux. L'acétonurie ne relève que de la fièvre et de la dénutrition. Le taux de l'alimentation est le facteur principal des variations dans les matières inorganiques. Il y a plutôt tendance à la surminéralisation organique qu'à la déminéralisation.

Les variations de la chaux, de la magnésie, de la potasse et de la soude échappent à toute systématisation, sauf en ce qui concerne les cancers osseux où l'élimination de la chaux est importante.

Le rôle de la cohabitation dans la contagion de la tuberculose pulmonaire. — M. LETULLE lit un rapport sur un travail de M. Chaussé.

La tuberculose pulmonaire se propage par les poussières de crachats desséchés, la contagion par les particules liquides étant exceptionnelle. L'entourage d'un malade tuberculeux doit donc se protéger en usant d'abord de tous les soins de l'hygiène. On devra interdire au malade l'emploi du mouchoir, qui devient un repère de bacilles desséchés et par conséquent dangereux.

Des indications et des résultats de l'opération césarienne. — M. G. LEPAGE, dans le but d'apporter une contribution à la solution de cette importante question de clinique obstétricale, résume devant l'Académie les opérations césariennes pratiquées dans son service de la maternité de Boucicaut, du 1er janvier 1908 au 1er juillet 1914.

Ces opérations sont au nombre de 29, dont 3 ont été faites par M. le docteur Rudaux, assistant du service; les autres ont été pratiquées par M. Lepage.

Ces observations doivent être divisées en deux catégories :

A. 28 ont été faites pour des cas de dystocie.

Sur ces 28 cas, 26 fois l'opération césarienne a été conservatrice et presque toutes ces femmes (22) avaient un bassin rachitique. Chez 3 d'entre elles, il y avait en outre excès de volume du fœtus, et chez 2 autres, insertion vicieuse du placenta.

Une femme avait le bassin vicié par une coxalgie.

Enfin, dans un autre cas, la présentation de la face était la cause de la dystocie.

Dans 2 cas le bassin étant à peu près normal, on est intervenu pour excès de volume et souffrance du fœtus.

Dans 2 cas, l'extraction du fœtus par la voie abdominale a été suivie de l'ablation de l'utérus. Il s'agissait, la première fois, d'une femme ayant un bassin oblique ovalaire et chez laquelle une opération césarienne conservatrice avait laissé comme séquelle une fistule abdominale.

Dans l'autre cas, la femme, enceinte pour la sixième fois, avait eu lors des accouchements antérieurs des interventions multiples qui avaient amené des altérations du col. De plus, cette femme chez laquelle une application de forceps avait été faite en ville, présentait des signes d'infection utérine.

Ces 28 femmes ont guéri. Les suites opératoires n'ont pas toujours été apyrétiques. On a noté diverses complications : phlegmatia alba dolens, pyélo-néphrite, abcès de la paroi abdominale. Dans 2 cas, la vie de la femme a été sérieusement en danger.

Il est à noter que chez deux de ces femmes, l'opération césarienne a été pratiquée 2 fois, de telle sorte que les opérations ont porté sur 26 femmes.

Quant aux enfants, 26 ont quitté la Maternité en bon état, 2 sont morts; l'un le deuxième jour après l'accouchement, l'autre vingt-neuf jours après sa naissance, la mère n'ayant pu allaiter son enfant à cause d'abcès des deux seins.

B. A ces observations, il faut ajouter un cas dans lequel l'opération césarienne a été pratiquée chez une primipare atteinte d'éclampsie très grave. L'enfant a été extrait vivant et a vécu, mais la femme a succombé le troisième jour après l'intervention à des accidents simulant l'occlusion intestinale.

Ces résultats opératoires, sauf le dernier, qui s'applique à une variété spéciale de complications de la parturition, sont d'autant plus encourageants que dans quelques cas l'opération césarienne n'a été pratiquée qu'à une époque un peu tardive du travail, et même après d'autres interventions.

Cependant il faut ne recourir que d'une manière exceptionnelle à l'opération césarienne « tardive » et ne pas oublier que le pronostic de l'opération césarienne est d'autant plus favorable, qu'elle est faite à une époque plus rapprochée du début du travail. De plus, il faut être très sobre de l'opération césarienne chez les primipares et ne la pratiquer chez elle que lorsque l'indication est absolument nette.

Chez les multipares, l'histoire des accouchements antérieurs fournit souvent des données utiles pour la conduite à tenir.

Sur le « titrage physiologique » de quelques médicaments du groupe des tonicardiaques. — M. RICHAUD a repris l'étude de toutes les techniques qui ont été proposées en vue de l'opération dite de « titrage physiologique » des médicaments à action cardio-tonique.

Aucune de ces techniques ne permet le titrage proprement dit des principes actifs contenus dans ces préparations, ni même une comparaison rigoureuse, c'est-à-dire pouvant être exprimée numériquement entre deux préparations galéniques de cet ordre, cela tient à ce que même dans la même espèce animale, le cœur ne saurait être considéré comme un réactif toujours identique à lui-même, puisque dans des expériences où tous les facteurs physico-chimiques demeurent constants, les résultats physiologiques que l'on parvient à objectiver ne sont pas toujours comparables.

L'essai physiologique de certains produits naturels n'en apparaît pas moins comme un élément d'appréciation toujours utile. Un essai physiologique négatif suffit, en effet, pour conclure à l'inactivité de ces produits; mais un essai physiologique positif ne constitue pas, à lui seul, un élément d'appréciation suffisant, il ne dispense pas d'avoir recours aux autres moyens d'investigation que les pharmacologistes ont à leur disposition, car il est possible de constituer frauduleusement de toutes pièces des produits artificiels capables de provoquer des réactions physiologiques analogues ou identiques à celles que l'on obtiendrait avec les meilleurs produits naturels.

De l'envahissement des voies lymphatiques par les parasites des leishmanioses cutanées. — MM. JEANSELME et LANGERON. « La leishmaniose cutanée, qu'elle soit d'origine africaine ou asiatique, comme le bouton d'Orient qu'elle

soit d'origine américaine, comme le pian-bois, s'accompagne fort souvent de poussées lymphangitiques.

Cette participation des vaisseaux blancs n'est pas toujours évidente à un examen superficiel, mais si on la recherche avec soin, on arrive à se convaincre qu'elle est non pas une complication fortuite et accidentelle, mais un des élements constituants et presque nécessaire de toute infection leishmanienne de la peau.

Par l'ensemble de leurs caractères cliniques, en particulier par la multiplicité des nodules gommeux, à évolution froide et sublatente, les lymphangites des leishmanioses cutanées se distinguent aisément des lymphangites banales d'origine streptococcique ; mais elles offrent de grandes analogies avec les lymphangites bacillaires et avec celles qui accompagnent la sporotrichose.

L'idée la plus plausible, c'est que les nodules gommeux sont des segments de vaisseaux lymphatiques dans lesquels les leishmania ont colonisé. Les recherches de laboratoire que nous avons entreprises sur un cas de pian-bois, contracté dans les forêts vierges de la Guyane française, ont confirmé cette hypothèse. Nous avons prélevé sur le bras du malade deux nodules non ouverts, en prenant toutes les précautions d'usage pour éviter l'ensemencement du champ opératoire. Avec le contenu de ces nodules nous avons fait des cultures et des inoculations.

Les cultures ont été faites sur milieu gélose-sang Novy-Neal-Nicolle. Sur treize tubes ensemencés, sept ont été fertiles.

Il semble que dans ce cas de leishmaniose américaine, l'apparition des formes culturales a été plus tardive qu'elle ne l'est d'ordinaire pour le parasite du bouton d'Orient.

Nos essais d'inoculations ont porté sur deux jeunes chiens, deux macaques (macacus cynomolgus), un cercopithèque (cercopithecus callitrichus) et un cynocéphale (papio sphinx).

Tous ces animaux ont été inoculés dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région dorso-lombaire avec une émulsion préparée en triturant de gros fragments des deux nodules dans de l'eau physiologique. Toutes ces inoculations sont demeurées stériles.

Pourtant le matériel inoculé était très abondant et très riche en parasites, comme le montre la réussite des cultures. Au surplus, on pouvait penser que ces animaux seraient réceptifs pour le virus du pian-bois, autant qu'on en pouvait juger par les inoculations positives obtenues par Kopke avec le virus de la leishmaniose forestière brésilienne. D'où il nous semble légitime de conclure qu'il est difficile de réaliser le passage direct du virus du pian-bois de l'homme à l'animal.

Quoi qu'il en soit, les cultures que nous avons obtenues en partant de nodules hypodermiques démontrent que les parasites du pian-bois ne restent pas exclusivement cantonnés dans la peau, mais qu'ils envahissent les voies lymphatiques. Il est donc permis de supposer que, dans certaines formes de la leishmaniose cutanée, les parasites peuvent se disséminer dans l'organisme.

Si cette hypothèse vient à être justifiée, on peut concevoir que des parasites puissent gagner les viscères et y coloniser. Ces lymphangites à leishmania établiraient alors le trait d'union entre les leishmanioses strictement cutanées et les leishmanioses viscérales. »

Intoxication grave par pansement à la poudre d'acide borique. — M. Savariaud. Si les pansements faits avec des compresses imbibées d'eau boriquée sont complètement inoffensifs, et même si on peut ingérer en toute sécurité une dose relativement élevée d'acide borique en nature, il est très dangereux d'appliquer ce dernier sous forme de poudre ou de cristaux à la surface d'une plaie. De nombreux cas de mort ont été la conséquence d'une pareille façon de faire et la simple application d'une pommade boriquée à 10 p. 100 sur une brûlure peu étendue a pu dans un cas provoquer la mort d'un petit enfant.

Dans le cas rapporté par M. Savariaud, le malade a survécu à son intoxication, mais pendant plusieurs jours il a été entre la vie et la mort. On avait simplement saupoudré à deux jours d'intervalle une plaie résultant de brûlures très étendues. L'analyse chimique a montré que sept jours après la suppression du pansement l'urine contenait encore des quantités très appréciables d'acide borique.

Traitement des affections tuberculeuses. — MM. Pouchet et Gendron font une communication sur le traitement des affections tuberculeuses et particulièrement des tumeurs blanches par une méthode d'hyperémie active.

Élection. — M. Magnan est élu, à l'unanimité, vice-président de l'Académie, en remplacement de Duguet.

— Communication faite à la séance du 21 juillet :

Amibiase hépatique tardive à forme nodulaire. — MM. Achard et Foix rapportent les observations de deux malades qui, au cours d'un séjour prolongé, de treize et huit ans, aux colonies, avaient eu le paludisme et un peu de diarrhée, dont la nature dysentérique ne paraît pas avoir été reconnue.

L'un d'eux, sept ans après son retour en France, avait évacué par l'intestin une collection purulente diagnostiquée abcès du foie ; puis, quatre ans après cette guérison spontanée, il fut pris d'accidents de gangrène pulmonaire auxquels il succomba.

Le second malade était rentré depuis dix-huit ans en France lorsque se développèrent de l'ictère et des symptômes de cirrhose hypertrophique. Il mourut d'hématurie.

Chez tous deux, le foie était hypertrophié, cirrhotique et bourré de nodules qui ressemblaient à des gourmes syphilitiques. Au microscope on voyait à la périphérie de ces nodules une zone d'hyperémie ; au centre, des leucocytes altérés et une substance finement granuleuse ; enfin dans une zone intermédiaire du tissu conjonctif jeune, bourré de leucocytes. La présence d'amibes a pu être constatée dans chacune de ces trois zones.

Ces lésions amibiennes du foie assez analogues aux abcès fibreux de Kelsch et Kiener, mais sans pus véritable, se sont accompagnées d'une cirrhose dont l'origine relève peut-être plus du paludisme que de la dysenterie. Quant aux lésions intestinales, elles étaient cicatrisées et ne se laissaient plus reconnaître à l'autopsie.

Le diagnostic de lésions viscérales aussi tardives est des plus difficiles. Le foie ne présentait cliniquement que des signes hypertrophiques peut-être palustres. La gangrène pulmonaire dont fut atteint l'un des malades résultait très probablement d'un foyer amibien développé dans le parenchyme du poumon, mais ce diagnostic étiologique n'eût pu être fait que si l'on avait, au début de la vomique, procédé à la recherche systématique, souvent malaisée d'ailleurs, des amibes dans le pus expectoré.

Le développement tardif de ces foyers viscéraux, susceptibles de s'ouvrir au dehors, fait de tels malades des porteurs de germes qui peuvent donner autour d'eux l'amibiase autochtone.

Leur diagnostic a donc un intérêt pratique, d'abord pour la prophylaxie, ensuite pour le traitement curateur, car il est fort probable que les lésions du foie et du poumon trouvées chez ces malades eussent été très accessibles à la thérapeutique par l'émétine, qui n'était pas encore connue à cette époque.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 25 JUILLET 1914)

Altération de la sécrétion rénale après l'ablation des glandes surrénales. — MM. R. Porak et H. Chabanier ont constaté après surrénalectomie bilatérale un accroissement rapide de l'azotémie en même temps qu'une diminution de l'élimination aqueuse, mais, à l'inverse de ce qui a lieu normalement quand diminue la diurèse (fièvre, œdème), la concentration de l'urée dans l'urine après cette opération n'augmente pas ou même diminue, indice d'une altération de la fonction rénale. Ainsi donc, après l'ablation des deux surrénales, on observe une véritable insuffisance rénale aiguë.

Action des toxines du pneumobacille de Friedländer sur le poumon, par piqûre directe, chez le lapin. — MM. A. Rochaix et P. Durand montrent que l'inoculation, par piqûre directe dans le poumon, de toxines totales, intra et extraprotoplasmiques du pneumobacille de Friedländer produit, d'une façon presque constante, des lésions pulmonaires, non lobaires, dont les caractéristiques sont : *a.* l'épaississement des travées alvéolaires, une vasodilatation intense avec souvent des suffusions sanguines; *b.* la présence dans les alvéoles de quelques polynucléaires et de nombreuses cellules plus volumineuses, mononucléées, qui paraissent provenir de la desquamation des parois endothéliales. La fibrine est ordinairement absente ou réduite à un réseau très fin. Rarement, elle remplit en masse quelques alvéoles voisins; et l'endotoxine, la plus active, peut pousser le processus jusqu'au stade de la nécrose.

Action des toxines du pneumobacille de Friedländer, sur le poumon, par inoculation intratrachéale, chez le lapin. — MM. A. Rochaix et P. Durand ont observé par l'inoculation intratrachéale des toxines du pneumobacille de Friedländer des lésions analogues à celles qu'ils ont obtenues par inoculation directe, mais qui s'en distinguent par deux points principaux : *a.* la participation bronchique, constante et toujours considérable; *b.* la dissémination des lésions en îlots, qui sont plus fréquemment que par piqûre directe, véritablement pneumonique, c'est-à-dire dont les alvéoles sont bourrées de fibrine et de globules rouges.

Diagnostic de la syphilis. — MM. Maurice Villaret et Robert Pierret ont étudié, comparativement à la réaction de Wassermann, les réactions de Noguchi et de Laudan pour le diagnostic de la syphilis.

La luétine-réaction n'a coïncidé avec la réaction de Wasserman que 21 fois sur 41 et avec le diagnostic clinique dans 24 cas sur 43.

La nouvelle réaction de Laudan s'est montrée plus encourageante quoique d'une interprétation délicate. Elle a coïncidé avec la réaction de Wassermann 32 fois sur 39, avec la luétine-réaction 18 fois sur 26 et avec le diagnostic clinique dans 27 cas sur 33.

De l'influence de la présence dans l'urine d'acide acétyl-acétique sur le dosage de la créatinine et de la créatine urinaire. — MM. L. Binet, Deffins et Rathery, dans un précédent travail, ont étudié les diverses causes d'erreur résultant dans le dosage de la créatinine par la méthode de Folin de la présence de certains corps : acétone, sucre, acide β-oxybutirique, etc. Ils montrent dans cette note que la présence d'acide acétyl-acétique dans les urines constitue une cause d'erreur parfois importante dans l'appréciation isolée de la créatine et de la créatinine; par contre elle est sans effet sur le chiffre de la créatinine totale. Les auteurs étudient la grandeur de cette cause d'erreur et indiquent une méthode pour se mettre à l'abri de cette dernière.

Essais de détermination de la chronaxie à travers la peau chez l'homme. Variation de la résistance du sujet en fonction du voltage. — MM. G. Bourguignon et A. Barré montrent que le procédé qu'ils ont expérimenté, et qu'a employé, indépendamment d'eux, Cluzet, ne permet pas, malgré les apparences, de déterminer la chronaxie, ni de mesurer la résistance.

En appelant R la résistance du sujet, r la résistance intercalaire, C_1 et C_2 les capacités chronaxiques, on a l'égalité :

$$RC_1 = (R + r)\ C_2$$

d'où il semble qu'on puisse tirer R et connaître la chronaxie, puisque $\tau = RC \times 0{,}37$.

Mais, si l'on refait l'expérience à l'aide d'une résistance intercalaire r_1 différente, on vérifie la nouvelle égalité :

$$RC_1 = (R + r_1)\ C_3.$$

Mais R calculé se trouve différent de ce qu'on l'avait trouvé la première fois. On ne peut donc considérer la résistance du sujet comme constante avec des voltages différents, dans l'excitation par décharge de condensateurs ; cette hypothèse, que l'expérience ne vérifie pas est à la base du procédé dont il s'agit.

N'ayant pu ainsi déterminer la chronaxie à travers la peau, les auteurs ont cherché à rendre négligeable les variations de résistance dues à la peau.

Avec des résistances en série, ils ont vu que 4000 à 5000 ω suffisent pour rendre négligeables les variations pendant la durée de passage du courant.

Mais, même avec 15000 ω on n'arrive pas toujours à avoir des intensités proportionnelles au voltage.

Les courbes de variation de résistance sont régulières et font penser qu'on pourra trouver une loi de cette variation et faire les corrections nécessaires pour permettre la mesure de la chronaxie à travers la peau, c'est-à-dire en éliminant les causes d'erreurs dues aux variations de résistance.

Appareil pour l'électrophysiologie humaine. — M. G. Bourguignon décrit différents perfectionnements qu'il a apportés à la technique de l'électrophysiologie humaine.

I. Il décrit d'abord le moyen d'employer le réducteur de potentiel de Lapicque avec des voltages élevés. Ce réducteur joint à l'avantage de n'avoir pas de self celui d'être un potentiomètre et de permettre la mesure du voltage sans voltmètre, ce qui supprime la cause d'erreur qu'apporte toujours l'introduction d'un voltmètre dans un circuit.

Avec un collecteur double, l'auteur peut mettre sur le réducteur de 20 à 200 volts par fraction de 20 volts : la batterie est constituée par 100 accumulateurs.

Neuf résistances, dont chacune est égale à la résistance du réducteur, peuvent être introduites successivement entre les deux portions du réducteur de Lapicque, ce qui permet de conserver une intensité constante et de disposer toujours de 20 volts, divisibles en dixièmes de volt : on peut ainsi graduer par 1/18 de volt le voltage de 0 à 200 volts, l'auteur recommandant de ne pas aller au-delà.

II. L'auteur présente ensuite une clef qui permet de ne faire passer qu'une des deux ondes du courant faradique.

Cette clef ferme ou ouvre successivement deux circuits superposés et isolés l'un de l'autre, avec un retard de 1/10 de seconde environ, ce qui assure le passage d'ondes du même ordre de durée que celles du chariot de du Bois-Reymond.

III. Enfin l'auteur expose la technique qu'il emploie pour fixer l'électrode différentiée sur l'homme.

PRATIQUE MÉDICALE

SUR L'EMPLOI DE L'ARGILE IMPRÉGNÉE DE PHOSPHATE D'ARGENT

On connaît de longue date l'action nettement favorable du bolus blanc ou argile dans le pansement des blessures pour prévenir la pullulation des germes dans les plaies et sur les

muqueuses. Néanmoins le bolus blanc n'a pas d'action germinicide directe, en sorte qu'il doit être stérilisé avant son emploi.

On a préparé dernièrement une combinaison d'argile bolaire avec du phosphate d'argent, préparation qui possède à un très haut degré l'action absorbante et dessiccative de l'argile en même temps qu'un pouvoir bactéricide très marqué. Cette préparation qui renferme environ 2 p. 100 de phosphate d'argent, fixé par un procédé spécial à la surface de chaque particule de bolus, est employé avec succès, dans le traitement des plaies et, en pulvérisation, dans les pertes blanches, la gonorrhée chez la femme et dans le catarrhe du col.

COURS ET CONFÉRENCES

HOPITAUX DE PARIS. — SERVICES DES VACANCES (1er août au 1er octobre). — *Hôpital Beaujon.* — Services de MM. les docteurs Bazy et Michaux. Remplaçant, M. le docteur Marcille. Jours de visite, lundi, mardi ; jours d'opérations, mercredi, jeudi.

Service de M. le docteur Tuffier. Remplaçant, M. le docteur Roux-Berger. Jours de visite, mardi, jeudi ; opérations, samedi à neuf heures trente.

Hôpital Bichat. — Service de M. le docteur Paul Launay. Remplaçant, M. le docteur Gernez. Jours de visite, lundi, mercredi, vendredi; opérations abdominales à neuf heures.

Hôpital de la Charité. — Service de M. le docteur Souligoux. Remplaçant, M. le docteur P. Alglave. Opérations, mercredi à neuf heures.

Hôpital des Enfants Assistés. — Service de M. le docteur Jalaguier. Remplaçant, M. le docteur Victor Veau. Tous les jours à dix heures.

Hôtel-Dieu. — Service de la clinique chirurgicale. Remplaçant, M. le docteur Anselme Schwartz. Opérations, mardi, jeudi, samedi, à neuf heures; opérations à l'anesthésie locale, jeudi. Les autres jours, examen clinique des malades.

Service de M. le docteur Potherat. Remplaçant, M. le docteur Pierre Descomps. Examen des malades, lundi, jeudi; consultation de gynécologie (salle Sainte-Marthe), mardi, vendredi; opérations, mercredi, vendredi, samedi.

Hôpital Lariboisière. — Service de M. le docteur Chaput. Remplaçant, M. le docteur Grégoire. Opérations, mardi, jeudi, samedi à neuf heures.

Hôpital Necker. — Service de M. le professeur Legueu. Remplaçant, M. le docteur Maurice Chevassu. Opérations, lundi, mercredi et vendredi à dix heures.

Service de M. le docteur Routier. Remplaçant, M. le docteur Hallopeau. Opérations, mardi, jeudi et samedi à dix heures.

Maison municipale de Santé. — Service de M. le docteur Pierre Duval. Remplaçant, M. le docteur Hallopeau. Opérations, lundi, mercredi, vendredi à dix heures.

Hôpital de la Pitié. — Service de M. le docteur Walther. Remplaçant, M. le docteur Baumgartner. Consultation et visite dans les salles, lundi à neuf heures; opérations, mercredi, samedi à neuf heures.

Service de M. le docteur Arrou. Remplaçant, M. le docteur Pierre Fredet. Grandes opérations, mardi, jeudi, samedi à neuf heures et demie; consultation, samedi à dix heures.

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. le docteur Rieffel. Remplaçant, M. le docteur Gernez. Opérations abdominales, mardi, samedi ; examen des malades, jeudi.

Service de M. le docteur Rochard. Remplaçant, M. le docteur Albert Mouchet. Opérations, lundi, mercredi, vendredi. Tous les jours, et spécialement le mardi et le jeudi : Examen des malades.

Hôpital Tenon. — Services de MM. les docteurs Riche et Robineau. Remplaçant, M. le docteur Paul Mathieu. Examen des malades et opérations abdominales, mardi, jeudi.

NOTES POUR L'INTERNAT

PNEUMONIE CASÉEUSE (1)

Telles sont les lésions histologiques constatées sur une coupe de pneumonie caséeuse; il s'agit donc, en résumé, ainsi qu'on vient de le voir, d'un processus d'inflammation aiguë, de véritables foyers de pneumonie ; cette description, qui est celle de Tripier et de Letulle, est très différente de la description de Charcot, Grancher et Thaon, Hanot; pour ces auteurs, la pneumonie caséeuse était le résultat de l'agglomération de lésions folliculaires, d'où le nom de tubercule géant donné à cette affection. Les techniques histologiques modernes ont montré l'origine pneumonique, inflammatoire, de presque toutes les lésions nodulaires de la tuberculose pulmonaire, ces lésions nodulaires empruntant simplement leur apparence spéciale, soit à leur minime étendue, soit à leur disposition en foyer, soit à leur évolution variable vers la sclérose ou la caséification. Cette conception de l'évolution de la tuberculose pulmonaire par poussées pneumoniques, nous permet de comprendre l'existence de foyers pneumoniques tuberculeux simulant en clinique la pneumonie caséeuse et susceptibles, cependant, de rétrocéder, de guérir même, ainsi que Bezançon et Braun en ont décrit de nombreux exemples, sur lesquels nous insisterons plus loin.

Nous allons étudier maintenant comment agit le bacille de Koch pour réaliser la pneumonie caséeuse.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. EXPÉRIMENTATION. — La cause de la pneumonie caséeuse est le bacille de Koch; on a longtemps discuté sur le mécanisme par lequel se réalise la dégénérescence caséeuse et l'on s'est demandé si le bacille de Koch en était seul responsable; certains auteurs ont pensé que la dégénérescence caséeuse était la conséquence de l'oblitération vasculaire; en réalité il n'y a nullement parallélisme entre les lésions vasculaires et les lésions caséeuses. Biedert et Siegel, Ziegler, Koch, et certains auteurs français, ayant constaté la présence de nombreux microbes associés aux bacilles de Koch dans les crachats de ces malades se demandaient s'il ne fallait pas incriminer l'association microbienne tuberculo-septique pour expliquer la pathogénie de la dégénérescence caséeuse (Mosny, Aviragnet, Marfan); cette théorie comporte en réalité un retour à la doctrine dualiste que l'on pouvait croire définitivement abandonnée; Cornil, Grancher, Thaon démontrèrent que d'une part le bacille de Koch était capable de créer à lui seul une alvéolite fibrino-catarrhale rappelant les réactions alvéolaires du pneumocoque et que, d'autre part, les pneumocoques étaient moins fréquents qu'on ne l'avait dit dans les régions tuberculeuses hépatisées.

Enfin Auclair parvint à expliquer le mécanisme intime de la pneumonie caséeuse en mettant en évidence l'action des *poisons endocellulaires du bacille de Koch.* Injectant de l'éthéro-bacilline dans la trachée de cobayes, il reproduisait, suivant la dose injectée, tous les stades de la pneumonie tuberculeuse : l'hépatisation fibrineuse, catarrhale, la dégénérescence caséeuse; l'hépatisation ainsi obtenue était dépourvue de microbes; si la mort était rapide on constatait une exsudation fibrineuse avec cellules épithéliales desquamées; si la survie atteignait vingt jours, on observait de l'hépatisation jaune; après plusieurs injections on retrouvait

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 83, p. 1366.

l'aspect classique de la dégénérescence caséeuse ; nous verrons plus loin que l'histochimie des crachats au cours de la pneumonie caséeuse traduit parfaitement cette succession des processus réactionnels et nécrosants; on observe tout d'abord en effet la même formule histochimique que dans la pneumonie franche, puis un stade de caséification. Braun ayant injecté des matières caséeuses dans la trachée d'un lapin est parvenu à réaliser également une alvéolite massive à type catarrhal et fibrino-leucocytique, entraînant l'hépatisation d'une portion importante du poumon et aboutissant à des lésions identiques à celles observées chez les individus qui ont succombé tardivement à la pneumonie caséeuse.

Les résultats obtenus par l'expérimentation démontrent donc d'une manière définitive que le bacille de Koch est capable à lui seul de provoquer dans le parenchyme pulmonaire une alvéolite aiguë suivie à brève échéance de dégénérescence caséeuse. Il reste à expliquer pourquoi il se produit une dégénérescence massive. Il est probable que c'est dans une virulence spéciale du microbe qu'il faut chercher les causes de la dégénérescence étendue du parenchyme pulmonaire. Auclair a montré que les poisons caséifiants étaient plus particulièrement sécrétés par des bacilles à développement lent ; quant au mode d'infection du poumon, il se fait presque toujours par inhalation massive de bacilles; c'est par ce mécanisme d'ailleurs que Thaon obtenait une pneumonie caséeuse chez le cobaye en douze ou quatorze jours, en pulvérisant une demi-heure par jour et pendant une semaine, dans la cage des animaux en expérience, des crachats tuberculeux émulsionnés dans l'eau; la voie sanguine est rarement la voie suivie dans cette variété de tuberculose par les bacilles, et récemment, Léon Bernard, Debré et Baron ont encore insisté sur la présence exceptionnelle de bacilles de Koch dans le sang des malades atteints de pneumonie caséeuse.

ÉTIOLOGIE. — La pneumonie caséeuse s'observe de préférence chez les individus faibles ou surmenés; fréquemment on la rencontre aussi chez des sujets transplantés brusquement de la campagne dans une grande ville; elle n'est pas rare chez les jeunes gens qui fournissent soit un gros effort intellectuel (préparation à un concours par exemple), soit un violent effort physique (soldats). Elle succède souvent à la grippe, la rougeole, la fièvre typhoïde, les grossesses répétées, l'alcoolisme; elle est assez rare chez les jeunes enfants chez lesquels on observe plus souvent la granulie ou la broncho-pneumonie. Elle s'observe parfois chez les vieillards. L'action du froid chez les tuberculeux latents peut être également invoquée.

SYMPTOMATOLOGIE. — La pneumonie caséeuse se caractérise cliniquement par des signes physiques et fonctionnels plus ou moins analogues à ceux de la pneumonie vulgaire auxquels s'ajoutent des symptômes précoces d'imprégnation tuberculeuse.

Début. — Le début est analogue à celui de la pneumonie franche ; néanmoins il existe souvent déjà certains éléments qui inviteront dès ce moment le clinicien à faire des réserves sur la nature exacte de la pneumopathie. Dans les antécédents héréditaires ou personnels du malade on retrouve parfois des manifestations de la tuberculose; on apprend que depuis quelque temps le malade se portait moins bien; il avait maigri, perdu l'appétit; d'autre part, si parfois le début de l'affection rappelle assez bien celui de la pneumonie franche, bien plus souvent il est moins solennel, moins brusque; l'ascension de la température est moins rapide, le point de côté moins intense, le frisson initial moins franc. Ce qui caractérise en résumé le début de la pneumonie caséeuse, c'est essentiellement la constatation fréquente d'une phase prodromique témoignant l'imprégnation tuberculeuse, c'est ensuite l'allure moins aiguë, moins brutale, des signes par lesquels se révèle habituellement la pneumonie franche (point de côté, frisson, fièvre). Etudions séparément maintenant les signes physiques, fonctionnels et généraux de cette affection parvenue à sa phase d'état.

Période d'état. — *Signes fonctionnels.* — La dyspnée prend dès le début une grande intensité; elle présente souvent des paroxysmes cliniquement inexplicables et qui sont dus en général à des compressions nerveuses exercées par les ganglions médiastinaux. La *toux* est quinteuse, incessante, courte; elle ne provoque au début qu'une expectoration insignifiante, formée de salive et de mucus mousseux ; parfois les *crachats* ont dès le début de la maladie les mêmes caractères histochimiques que ceux de la pneumonie franche; examinés suivant la technique de Bezançon et I. de Jong, ils apparaissent formés de gouttelettes d'exsudat albumineux sur un fond de mucus hyalin emprisonnant de nombreuses cellules endothéliales intactes ; parfois ils sont rouillés ou même franchement sanglants. L'*hémoptysie* n'est en effet pas exceptionnelle au début de la pneumonie caséeuse, non pas toujours une hémoptysie abondante mais bien plus souvent de petites hémoptysies répétées, formant des stries sanglantes sur le crachat. Plus tard les crachats deviennent purulents, épais, ils contiennent alors en abondance du bacille de Koch qui fait souvent défaut dans l'expectoration du début; si cette recherche est faite suivant la méthode d'homogénéisation de Bezançon et Philibert, on pourra déceler bien souvent des bacilles tout à fait au début de l'affection.

Signes physiques. — Tout d'abord les signes physiques sont ceux d'une hépatisation pulmonaire ; ils sont souvent limités au côté droit, au niveau de l'omoplate ou à la base ; la paroi thoracique est parfois amaigrie. La percussion donne de la matité et de la résistance au doigt à ce niveau; sous la clavicule au contraire, on peut noter du skodisme. Les vibrations sont augmentées ; elles peuvent être parfois diminuées ou abolies par suite soit d'un épanchement pleural concomittant, soit de la disposition spéciale du bloc caséeux. A l'auscultation, l'on note une diminution du murmure vésiculaire allant parfois jusqu'à l'abolition complète. On perçoit à la place du murmure vésiculaire des râles sous-crépitants plutôt que crépitants, accompagnés de râles sonores, souvent une respiration rude, sans qu'il existe de souffle vrai, ni de bronchophonie nette. Il existe souvent de la bronchite diffuse du côté opposé, de la pleurésie sèche avec bouffées de râles. A mesure que la lésion progresse, le silence respiratoire peut devenir complet. Parfois, au bout de douze à quinze jours seulement, on entend un souffle bronchique rude qui prend rarement le timbre du souffle tubaire et donne parfois avant tout ramollissement, l'impression d'un souffle cavitaire, sans râles humides, par propagation des bruits trachéaux ou bronchiques. Si parfois, plus tard, la masse se ramollit, on entend alors les signes cavitaires habituels. L'examen radiographique montre à l'écran une ombre très opaque correspondant au foyer caséeux ; cet examen montre encore la présence de volumineux ganglions dans le médiastin.

Signes généraux. — Ce sont les signes généraux qui, par leur gravité précoce, orienteront le plus souvent assez rapidement, le clinicien vers la nature tuberculeuse de la pneumopathie diagnostiquée. La fièvre peut débuter brusquement et s'élever d'emblée à 39°, 40, mais même dans ces cas on note vers le deuxième ou le troisième jour, une détente et un abaissement thermique à 38°5 ; puis l'irrégularité thermique s'accuse. Parfois la fièvre est subcontinue avec des rémissions, souvent vespérales d'ailleurs ; elle peut parfois faire défaut. Le pouls est rapide, mais il n'est jamais ample, ni tendu. La tension artérielle est abaissée. L'hémoculture révèlerait assez souvent la bacillémie (Jousset), très rarement au contraire pour Léon Bernard. La formule sanguine est celle que l'on observe lors des poussées évolutives de la tuberculose (Bezançon) et nullement celle de la pneumonie. Les urines sont parfois en quantité normale, elles sont assez souvent albumineuses.

L'anorexie est plus ou moins précoce, allant de pair avec un amaigrissement très rapide ; l'asthénie est très accusée ; le facies est pâle et non vultueux comme dans la pneumonie ; souvent il est terreux, cyanotique. Les troubles vaso-moteurs sont toujours très accusés et le malade est presque toujours couvert d'abondantes sueurs. L'état général est rapidement très inquiétant en raison de l'affaiblissement, de la prostration typhoïdique, du délire, des troubles diarrhéiques qui accompagnent presque toujours la pneumonie caséeuse.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 87 — SAMEDI 1er AOUT 1914. 87e ANNÉE SAMEDI 1er AOUT 1914. — N° 87

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 10 francs par an.
Étudiants étrangers, 15 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 5 fr. 50. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Toulouse. — Un concours pour une place d'aide d'anatomie sera ouvert à la Faculté de médecine de Toulouse le mercredi 21 octobre 1914, à deux heures du soir.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté, du 1er au 15 octobre 1914.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Alger. — Un concours pour une place de chef de clinique obstétricale s'ouvrira le mardi 27 octobre 1914.

Un concours pour une place de chef de clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées s'ouvrira le jeudi 5 novembre 1914.

MÉDAILLES DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Les récompenses suivantes ont été attribuées pour services exceptionnels rendus à l'assistance publique :

Médaille d'or. — M. le docteur Sandras (d'Oran).

Médaille d'argent. — M. le docteur Creutz, médecin de colonisation à Aïn-Temouchent (Oran).

Médaille de bronze. — M. le docteur Dartigues, médecin de colonisation à Barika (Constantine).

COURS D'ORTHOPÉDIE DU DOCTEUR CALOT, du 3 au 9 août 1914, à l'Institut orthopédique de Berck (8e année). — En sept jours, de huit heures du matin à sept heures du soir, enseignement de l'*orthopédie* indispensable aux médecins et du traitement des *tuberculoses externes*, adénites, coxalgie, mal de Pott, tumeurs blanches, luxation congénitale de la hanche, déviations, maladies des os et des articulations, traitement de la scoliose par la méthode d'Abbott, etc.

Chaque jour, cinq heures de démonstrations cliniques et techniques faites par M. Calot, et cinq heures d'exercices pratiques *individuels*, sous la direction et avec l'aide de M. Calot ou de ses assistants.

Sont admis les médecins et étudiants français et étrangers.

Pour l'inscription, le programme détaillé et le mode d'installation à Berck, s'adresser dès maintenant au docteur Fouchet, chirurgien assistant de l'Institut orthopédique, à Berck-Plage (Pas-de-Calais).

SANATORIUM DE ZUYDCOOTE (NORD). — Cours de vacances, du 13 au 30 aout 1914. — M. le docteur Rottenstein. chirurgien en chef, assisté de MM. les docteurs Bachmann et Weber, commencera, le lundi 13 août, un cours de perfectionnement sur les maladies soignées au Sanatorium.

Programme du cours. — 17 août, M. Rottenstein : Généralités sur les tuberculoses chirurgicales. (Etiologie. Pathogénie. Evolution.)

18 août, M. Rottenstein : Traitement des tuberculoses chirurgicales.

19 août, M. Bachmann : Technique des appareils plâtrés et des ponctions d'abcès froids.

20 août, M. Rottenstein : Coxalgie. Anatomie pathologique. Radiographie. Evolution. Diagnostic.

21 août, M. Weber : Coxalgie. Traitement.

22 août, M. Rottenstein : Tumeur blanche du genou et du coude.

24 août, M. Rottenstein : Mal de Pott. Anatomie pathologique. Radiographie. Evolution. Diagnostic.

25 août, M. Bachmann : Mal de Pott. Traitement.

26 août, M. Weber : Spina ventosa. Tuberculoses du tarse et du carpe.

27 août, M. Weber : Adénites tuberculeuses et tuberculoses cutanées.

28 août, M. Bachmann : Déformations rachitiques.

29 août, M. Rottenstein : Scolioses. La méthode d'Abbott.

Le cours aura lieu au Sanatorium, de neuf heures à cinq heures.

Neuf heures à dix heures et demie : Leçon théorique.

Dix heures et demie à douze heures : Examen dans les salles de malades correspondant à la leçon.

Deux heures et demie à cinq heures : Opérations et appareils.

(Les médecins seront exercés à la confection des appareils plâtrés.)

Ce cours sera ouvert aux étudiants en médecine et aux docteurs français et étrangers.

Droit d'inscription : 50 francs. (Gratuit pour les internes des hôpitaux des villes universitaires.)

S'adresser à M. le docteur Weber, Sanatorium maritime de Zuydcoote, près Dunkerque (Nord).

RENSEIGNEMENTS

REVUE GÉNÉRALE

LES HÉMORRAGIES GÉNITALES D'ORIGINE OVARIENNE

DISCUSSIONS PATHOGÉNIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

[*BILAN ACTUEL*] (1)

Par M. M. ARRIVAT,
Interne des hôpitaux de Montpellier.

B. **Variétés cliniques.** — 1° LES HÉMORRAGIES D'ORIGINE OVARIENNE A LA PUBERTÉ (MÉTRORRAGIES VIRGINALES). — Le type général de l'hémorragie que nous avons décrit plus haut, visait cette catégorie. Elle est caractérisée essentiellement par des hémorragies de plus en plus importantes, ménorragiques d'abord, puis intermenstruelles ou métrorragiques avec syndrome très net d'hyperovarie. De plus dans cette forme, le syndrome intermenstruel qu'il soit hémorragique ou leucorrhéique ou douloureux est très fréquent.

Les douleurs y sont à peu près constantes ; elles précèdent et accompagnent les règles. Elles peuvent reparaître dans leurs intervalles. Parfois ce sont des douleurs peu intenses mais continuelles : sensation de pesanteur, de tiraillement. D'autres fois, c'est la crise intermenstruelle (Mittelschmerzen des Allemands).

Elles sont localisées aux régions du bas-ventre ; elles peuvent s'irradier dans les cuisses et les lombes. Elles ne s'accompagnent pas de défense du côté des muscles de la paroi abdominale ; l'état nerveux entre pour une grande part dans leur intensité et leur persistance.

L'état général reste bon et n'est pas influencé par ces pertes de sang ; l'anémie ne survient que tardivement. En tout cas, ces malades ne sont pas des chlorotiques ; il ne faut pas les confondre, c'est d'ailleurs facile.

Comme évolution, plusieurs éventualités sont possibles. Tantôt c'est la guérison complète qui survient lorsque le cycle menstruel est définitivement et régulièrement établi. Mais souvent après guérison partielle, la femme garde des règles abondantes et les accidents hémorragiques reparaissent au moment où la ménopause vient jeter ses perturbations sur un appareil génital hypersensible aux influences hémorragipares.

D'autres fois, enfin, l'évolution est progressive et se fait suivant le type déjà signalé ; aux ménorragies succèdent les métrorragies, puis les pertes deviennent continuelles : beaucoup de ces malades sont considérées à tort comme des fibromateuses.

2° LES HÉMORRAGIES D'ORIGINE OVARIENNE A LA MÉNOPAUSE (MÉTRORRAGIES DE LA MÉNOPAUSE). — La « métrite crépusculaire » d'Auvard emprunte à sa tardivité des caractères spéciaux.

Le plus important, c'est l'irrégularité.

La période préménopausique dure de plusieurs mois à plusieurs années et pendant tout ce temps, il semble que la menstruation n'obéisse plus à aucune règle. Certains mois, la menstruation manque complètement ; d'autres fois, elle est remplacée par des ménorragies ; il n'est pas rare d'observer des métrorragies à allure tout à fait capricieuse. La perte sanguine faible, mais à peu près continuelle est plus rare, mais s'observe néanmoins.

Dans l'intervalle des hémorragies, on observe souvent une leucorrhée qui s'explique par les multiples causes d'infection auxquelles l'appareil génital est en butte pendant sa période d'activité et par les phénomènes de congestion utérine.

Ce qui donne son cachet au tableau clinique, c'est que les manifestations d'hypoovarie viennent se mêler aux troubles d'hyperovarie. Ces derniers sont l'ultime manifestation d'un organe qui disparaît ; ils sont, comme la crise qui termine certaines maladies infectieuses et qui annonce leur fin.

En dehors de l'hémorragie, on constate :

a. Des *troubles nerveux* plus ou moins intenses : irritabilité insolite dans les cas bénins ; mais ils peuvent aller jusqu'aux grands accidents hystériformes et jusqu'à la confusion mentale.

b. Des *troubles circulatoires* qui sont très importants et dominent la scène après les hémorragies : congestion, sensation de chaleur, bouffées de chaleur montant à la face, accompagnées de malaises, de vertiges, de céphalée avec perte de connaissance dans quelques cas.

On observe parfois aussi des crises de tachycardie paroxystique très pénibles pour les malades.

c. A ces accidents principaux s'ajoutent parfois des troubles digestifs (Barrié, Robin, Dalché) et des troubles de la nutrition (obésité).

d. Enfin, quelques accidents plus rares observés à cette période sont attribués aussi au syndrome ovarien : troubles rénaux (Legendre), rhumatisme chronique (Dalché, Lévi), manifestations analogues à la chlorose (Hayem, Charrin), maladie de Dercum (Sicard et Berkovitch, Rénon), éruptions eczémateuses et prurigineuses, etc.

Il est donc très apparent que ces diverses manifestations de la dystrophie ovarienne relèvent, les unes de l'hyrerovarie (hémorragies, accidents nerveux, etc.), les autres de l'insuffisance ovarienne (troubles de la nutrition et cardiovasculaires, etc.). Si l'on voulait adopter ici la dénomination ingénieuse appliquée par Levi et Rothschild à certains troubles thyroïdiens, on pourrait dire qu'il s'agit d'*instabilité ovarienne* : c'est aussi bien l'*ataxie ovarienne de Jayle.*

3° HÉMORRAGIES D'ORIGINE OVARIENNE AU COURS DE LA VIE GÉNITALE (HÉMORRAGIES DES MÉTRITES ET SALPINGO-OVARITES). — Nous avons eu soin de dire assez nettement ce que les discussions actuelles ont laissé de la sclérose utérine, et surtout de la métrite hémorragique. En sorte que nous pouvons bien affirmer que ce paragraphe est destiné aux hémorragies dans les affections de l'ovaire. Deux ordres de lésions peuvent en effet envahir cet organe :

a. Les unes destructives ou atrophiantes : kystes et tumeurs, formes scléreuses de l'ovarite scléro-kys-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 84, p. 1371.

tique; cliniquement, ces maladies ne font pas d'hémorragies;

b. Les formes à prédominance kystique de l'ovarite scléro-kystique, véritable hypertrophie de la glande ovarienne : cette lésion essentiellement hémorragique est le vrai sujet de ce chapitre.

Tout ceci résulte de travaux très nombreux : articles de Bouilly (1890 et 1900), thèses de Fraekin, Koch, Barraud, Delespine, Hours; mémoires de Dalché, A. Pölze, Adachi, Forgue et Massabuau, thèse de Nicolau, etc., etc.

Le type de l'hémorragie n'a pas la régularité de la formule de Bouilly; mais en général, il s'agit de femmes tôt et fortement réglées chez lesquelles l'évolution du syndrome, ménorragique d'abord, métrorragique ensuite est à peu près constante.

Les autres éléments symptomatiques très importants sont : la douleur, les troubles de l'état général, les signes physiques.

a. Les douleurs dans l'ovarite scléro-kystique sont à peu près constantes et se présentent avec un polymorphisme remarquable. Ce ne sont pas des douleurs accompagnées de réaction péritonéale comme dans les annexites vraies; c'est plutôt une névralgie pelvienne dans laquelle l'élément névropathique joue un rôle considérable.

Forgue et Massabuau les ont bien précisées.

Elles peuvent affecter plusieurs types principaux : dysménorrhéique, intermenstruel, continu avec exacerbation menstruelle.

Elles présentent des localisations variables, latérales ou bilatérales; et des irradiations parfois inexplicables. Leur intensité varie; mais dans quelques cas elles font de la malade une véritable infirme vouée à la chaise longue pour des mois ou des années. La palpation, les secousses, les faux pas, les voyages en voiture ou en automobile, le coït les réveillent et les exagèrent.

Cette douleur est-elle bien ovarienne? Dupont, élève de Delbet, l'attribue à la rétrodéviation utérine si fréquente en pareil cas; — Richelot à la congestion utérine; — Hermann à des actions d'ordre réflexe. Pour d'autres elle est due au varicocèle pelvien. Enfin, la guérison possible par des procédés divers, section du sympathique sacré (Jaboulay) — dilatation anale (Poncet) — simple laparotomie (Pozzi) font pencher vers l'origine névropathique.

On trouve du côté de l'ovaire des lésions bien propres à produire des phénomènes douloureux et qu'on ne peut pas dédaigner: les adhérences de l'ovaire aux organes voisins et aux parois pelviennes, la congestion de l'ovaire, la sclérose qui comprime et envahit les filets nerveux du stroma. La lésion ovarienne semble bien être l'épine qui ébranle et irrite le système nerveux centripète, la névropathie se charge de dramatiser le tableau en lui prêtant un aspect et une intensité qu'il ne comporte pas; ainsi s'explique la disproportion entre lésions et symptômes et la persistance des douleurs de l'ovariotomie.

b. *L'état général* est sous la dépendance de trois facteurs : l'anémie posthémorragique, la névropathie, la douleur. Celle-ci a une influence prédominante parce qu'elle cause l'anorexie et l'insomnie et qu'elle retentit par une sorte de « cercle vicieux de renforcement », suivant l'expression du professeur Grasset sur l'état nerveux.

« Les désordres de la santé ne restent pas longtemps limités à la sphère génitale; épuisées par les crises dysménorréiques, affaiblies par les hémorragies, énervées par les élancements continuels qu'elles ressentent dans les reins et dans le bas-ventre, les malades sont à peu près condamnés à l'inactivité. Elles passent leurs tristes jours étendues sur le lit ou sur une chaise longue, vouées à la stérilité, digérant mal, perdant l'appétit, les forces, le courage. A leurs souffrances physiques s'ajoutent des préoccupations morales faciles à comprendre qui achèvent de préparer le terrain pour l'apparition des névroses. Aussi, loin de s'améliorer avec les années, leur situation tend presque toujours à s'aggraver, car, même au moment de la ménopause, quand l'arrêt des fonctions menstruelles amène l'apaisement dans l'appareil génital, les troubles digestifs, les accidents nerveux persistent. Quelques-unes sont devenues morphinomanes à la suite des injections de morphine nécessitées par leurs souffrances. » (J. L. Faure et Siredey.)

c. *Signes physiques.* — Le toucher vaginal donne des renseignements qui ne sont pas négligeables. Outre les lésions du col et du corps utérin, outre les déviations ou déformations de cet organe, on peut avoir des notions précises sur l'état des ovaires. Les culs-de-sac vaginaux ne présentent en général rien de particulier.

Le toucher combiné au palper abdominal permet dans presque tous les cas de percevoir nettement les ovaires malades.

On sent entre les doigts vaginaux et abdominaux, une masse mobile, peu volumineuse qui roule; saisie entre les deux mains, elle donne la sensation du noyau de cerise qui est chassé par la pression de deux doigts; sensation comparable à celle du rein qui fuit entre le pouce et les autres doigts dans la palpation de cet organe à la Glénar. Cette manœuvre est douloureuse; la douleur apparaît lorsque l'on presse l'ovaire; du reste l'examen est rendu assez difficile par l'état nerveux de la patiente. Si l'exploration est bien supportée, on apprécie que l'ovaire est augmenté de volume, gros comme un œuf de pigeon et qu'il est parfois bosselé à sa surface par de petits kystes. Enfin la position de l'organe est variable, tantôt prolabé dans le Douglas, il est facile à explorer; d'autres fois, il faut le chercher plus haut, collé contre la corne utérine par des adhérences; dans quelques cas plus rares, il a été fixé par le processus plastique contre la paroi pelvienne et il est alors très difficile de l'atteindre par le vagin.

Cette exploration doit être abandonnée chez les vierges au profit du toucher rectal combiné qui est moins commode, mais qui sauvegarde certains préjugés.

Il est facile d'acquérir l'habitude de cette exploration bimanuelle des ovaires augmentés de volume; nous avons pu nous en rendre compte dans le ser-

vice de notre maître M. de Rouville ; leur recherche systématique dans toutes les explorations génitales permettait très souvent de déceler l'ovaire à petits kystes cliniquement et mettait sur la voie d'un diagnostic ardu ou hésitant.

4° Hémorragies génitales d'origine ovarienne au cours de la dégénérescence fibromateuse de l'utérus. — Les caractères cliniques des métrorragies des fibromes sont encore un argument en faveur de leur origine ovarienne. Il faut distinguer ici l'élément ovarien prépondérant de l'élément utérin indiscutable. Dans les fibromes sphacélés, les polypes fibreux, les gros fibromes sous-muqueux, des actions mécaniques sur les vaisseaux utérins ne sont pas étonnantes et elles suffisent pour expliquer les hémorragies à peu près continuelles qui anémient et tuent les malades. Ce sont là des cas particuliers ; telle n'est pas ordinairement l'évolution des hémorragies dans la dégénérescence fibromateuse de l'utérus, dans les fibromes habituellement observés.

Ménorragiques d'abord, métrorragiques ensuite, telles sont les hémorragies utérines des fibromes.

Pendant une longue partie de l'évolution de ces tumeurs, la symptomatologie fonctionnelle ne montre que des règles de durée et d'abondance croissantes. Cela dure très longtemps et certains fibromes ne font jamais de métrorragies ; la période menstruelle dure huit jours, puis dix, quinze et plus ; quelques jours de répit occupés par des pertes blanches très abondantes et le sang reparaît. Ces femmes « sont toujours dans le sang ». Dans d'autres cas, après une phase ménorragique, les malades sont atteintes de métrorragies irrégulières et capricieuses, inquiétantes par leur durée et leur abondance. Quoi qu'il en soit, il faut noter que dans les tumeurs fibreuses, en général, les hémorragies sont plus dangereuses par leur continuité que par leur intensité.

Actuellement, on voit moins les types extrêmes des hémorragies des fibromes ; lorsque les règles deviennent très abondantes ou irrégulières, lorsque apparaît une métrorragie, lors même que sans hémorragies une tumeur volumineuse est apparue, dans tous ces cas, on a recours aux cures chirurgicales.

Compagne habituelle des fibromes très hémorragiques, l'anémie progressive est un symptôme qui dans nulle autre affection gynécologique ne se montre aussi intense. Tous les symptômes de l'anémie profonde l'accompagnent : diminution parfois considérable du nombre des hématies, dyspnée, souffles cardiaques, faiblesse générale, pâleur cireuse plus ou moins accentuée. Chez quelques patientes, l'hémorragie continue, mais peu abondante, peut passer inaperçue et provoquer le tableau de l'anémie pernicieuse progressive à type de Biermer ; cette notion étiologique est fort importante dans le diagnostic des anémies graves.

La *douleur* est un symptôme moins habituel des fibromes ; il est classique d'admettre que ceux-ci ne deviennent douloureux qu'en se compliquant d'annexite ou en faisant de l'inclusion pelvienne. Il faut bien dire que l'élément douleur est plus fréquemment observé qu'on ne croit et le type d'ovarialgie ci-dessus décrit n'est pas exceptionnel dans les tumeurs fibreuses de l'utérus.

La *leucorrhée* est à peu près constante ; elle occupe la scène dans les intervalles de répit laissés par les métrorragies.

Enfin les *signes physiques* très particuliers de la tumeur utérine complètent le tableau et ne permettent généralement pas de laisser égarer le diagnostic : sensation de la tumeur faisant partie de l'utérus, allongement de la cavité utérine, etc.

Depuis que l'on connaît les fibromes on discute sur leur évolution et en particulier sur les influences qu'ils subissent à la ménopause. Actuellement, on admet que cette période accidentée de la vie génitale retentit sur ces tumeurs. Puisque, à la ménopause des utérus normaux saignent anormalement, pourquoi l'utérus fibromateux ne pourrait-il pas présenter à cette époque une recrudescence des phénomènes hémorragiques ? Ceci dit, il est certain, que, cette période critique une fois passée, le fibrome régresse à moins qu'il ne subisse une transformation sarcomateuse ou cancéreuse. L'ovaire préside à ces actions ; l'hyperovarie préménopausique aggrave souvent les hémorragies ; mais après la ménopause le fibrome termine son évolution comme après castration.

Comme il a présidé au développement du fibrome, l'ovaire a fait les frais de ses manifestations les plus importantes et lorsque, atrophié, il aura cessé de sécréter son hormone, le fibrome aura terminé le cycle de ses manifestations.

Nous ne croyons pas utile de faire le tableau spécial des hémorragies des placentomes et de celles qui peuvent marquer l'évolution de certaines ovarites infectieuses, attribuées habituellement aux syndromes hémorragiques tardifs des infections (Marfan). Ces faits n'ont pas encore été assez étudiés.

Il nous a suffi de montrer les principales affections qui offrent dans leurs traits les plus caractéristiques le syndrome des hémorragies génitales d'origine ovarienne.

III

THÉRAPEUTIQUE DES HÉMORRAGIES GÉNITALES D'ORIGINE OVARIENNE

LA CASTRATION HÉMOSTATIQUE

A. Méthodes thérapeutiques. — Dans tout chapitre de thérapeutique à côté des médications héroïques, il est de petits moyens que l'on ne doit pas négliger parce qu'ils réussissent quelquefois Nous ne voulons pas oublier ces derniers et c'est dans ce but que nous allons faire tout d'abord une énumération brève des principales médications utilisées.

1° MOYENS HYGIÉNIQUES. — Ils paraissent peu intéressants mais leur importance est capitale dans certains cas et, bien observés, ils permettent d'obtenir de bons résultats. Ils répondent à l'indication d'empêcher les congestions pelviennes, facteur important. Voici les principaux d'après Faure et Siredey.

Hygiène digestive : surveiller l'alimentation, éviter les mets excitants, les épices, le vin pur, le café, le thé. Pas de repas trop copieux. Eviter surtout la constipation par l'habitude de se présenter à la selle à des heures régulières, par l'usage des lavements et des laxatifs légers, souvent variés.

Hygiène du vêtement : pas de corsets trop serrés ni de ceintures qui entravent la circulation.

Mettre en garde les malades contre le repos exagéré de même que contre les excès de sports : interdire les marches prolongées, les longues courses en voiture et en automobile, le tennis, l'équitation, la bicyclette, etc., les exercices violents. Permettre et préconiser au contraire les promenades à pied quotidiennes, la gymnastique modérée.

Favoriser l'action des émonctoires surtout au moment de la ménopause : les eaux de Vittel, Evian, Contrexéville sont très utiles, de même que l'emploi des sels lithinés. Les fonctions cutanées seront régularisées et stimulées par des bains froids, des lotions alcooliques, des frictions sèches et aromatiques; pas de bains chauds qui congestionnent. Ne pas conseiller les cures marines ni les stations chlorurées sodiques fortes; au contraire les eaux chlorurées sodiques faibles comme Luxeuil, Néris, Bourbonne, Salies de Béarn, sont très utiles, mais leurs effets seront surveillés de très près. Pour ces cures, c'est l'état général qui fait indication.

1° Moyens médicamenteux. — Il serait trop long d'énumérer les nombreux agents de la médication antihémorragique. On les trouve d'ailleurs indiqués tout au long dans les traités de thérapeutique. En gynécologie, on emploie :

L'*ergot de seigle* et ses dérivés : ergotine en potion (2 grammes par jour) ou en injection hypodermique (1 ou 2 centimètres cubes d'extrait fluide) — ergotinine (un quart de milligramme à 1 milligramme en injection hypodermique).

Le *chlorure de calcium* (2 à 4 grammes par jour) en potion.

Les *médicaments à action vasculaire* comme l'hydrastis canadensis, l'hamamelis virginica, le viburnum prunifolium. J. L. Faure préconise :

Teinture d'hamamelis. }
— d'hydrastis.. } *àâ* 10 grammes.
— de viburnum. }

XV à XVIII gouttes trois fois par jour.

La gélatine, l'adrénaline, les sérums et peptones, les acides, etc., sont moins employés; il en est de même des applications locales de perchlorure de fer d'eau oxygénée, etc.

Médication infidèle à résultats capricieux paraissant n'obéir à aucune règle.

3° Moyens physiques. — Les injections très chaudes à 45 degrés et 50 degrés, le froid (vessie de glace), l'électricité (méthode d'Apostoli dans les fibromes) sont des adjuvants qui peuvent être utiles; la méthode d'Apostoli a donné de bons résultats (70 à 90 p. 100 d'après Dupré, chiffre qui paraît exagéré). Par contre des accidents ont été signalés et cette méthode n'est guère plus employée aujourd'hui.

La radiothérapie et la radiumthérapie méritent bien plus d'attirer l'attention. Oudin et Zimmer, Bordier considèrent la radiothérapie comme très efficace. Dans les fibromes, elle a, dit le professeur Grasset, « une action stérilisante, c'est-à-dire une action causale sur le fibrome ».

La radiumthérapie a été aussi appliquée.

Ces procédés auraient pour effet la suppression non sanglante de l'ovaire; mais leurs résultats sont inconstants et ont besoin d'être encore étudiés.

Le *massage abdominal* agit aussi sur la circulation pelvienne : c'est un agent qu'il faut surveiller et qui doit être pratiqué très prudemment.

4° Médication opothérapique. — Aux manifestations d'hyperovarie on ne doit pas opposer l'opothérapie ovarienne : en effet on n'emploie plus les extraits ovariens dans les hémorragies génitales sauf quelquefois dans les hémorragies préménopausiques.

Par contre, dans ces dernières années, on a essayé les extraits thyroïdiens et mammaires.

Employés par Bouin, Lévy et Rotshchild, les *extraits thyroïdiens* n'auraient amené un résultat que dans quelques rares cas où une insuffisance thyroïdienne manifeste accompagnait la lésion génitale.

L'*opothérapie mammaire* qui utilise l'antagonisme fonctionnel entre la mamelle et l'ovaire paraît devoir donner de meilleurs résultats. Bell, Crouze, Batuaud, Pochon ont obtenu les guérisons des hémorragies génitales. Grasset conclut : « En somme, ce serait là un médicament des troubles hyper de la menstruation. » Comme posologie, « trois à quatre doses par jour de 0g50 d'extrait sec pendant les hémorragies ; deux doses pendant les périodes intercalaires » (Grasset). Elle a été surtout employée dans les fibromes ; « elle a arrêté quelques hémorragies rebelles mais son action sur les fibro-myomes n'est pas encore démontrée » (J.-L. Faure et Siredey). C'est une tentative pleine d'intérêt et qui n'a pas dit son dernier mot.

5° Moyens chirurgicaux. — Les pansements vaginaux décongestionnants à l'ichtyol ou au thygenol, les tamponnements hémostatiques, les injections chaudes, les injections intra-utérines à l'eau oxygénée sont de petits moyens qui réussissent quelquefois.

Les *ligatures atrophiantes*, autrefois employées dans les fibromes sont délaissées. Les *énucléations* tendent à être abandonnées ; elles n'ont pas donné les résultats qu'elles promettaient.

Le *curettage* est souvent, trop souvent employé. Très utile pour évacuer l'utérus en état de rétention, d'utilité douteuse dans les métrites, il n'a absolument aucune action sur les métrorragies d'origine ovarienne ; cela est facile à comprendre. Et tout le monde est d'accord sur l'inefficacité du curettage.

Il reste comme dernier moyen la castration, castration ovarienne ou castration utéro-ovarienne : c'est le traitement radical.

B. **Indications thérapeutiques.** — 1° Les prescriptions hygiéniques que nous avons indiquées suffisent au traitement des hémorragies de la puberté ; parfois on est obligé d'employer des injections chaudes ou des médicaments hémostatiques (ergot ou teintures d'hamamelis, d'hydrastis). Les cas où ces agents ne suffisent pas sont exceptionnels ; Trousseau cite dans ses cliniques le cas d'une jeune fille dont les parents ne permirent pas au médecin de pratiquer le tamponnement et qui mourut d'hémorragie. De telles observations sont heureusement très rares.

Ces mêmes moyens hygiéniques sont employés dans les autres hémorragies d'origine ovarienne ; on y joindra les injections très chaudes et les tamponnements. Parfois ces pratiques arrêtent l'hémorragie ; lorsqu'elles restent sans résultat, lorsque les hémorragies se répètent ou deviennent inquiétantes, une intervention plus radicale s'impose. Telles sont les hémorragies rebelles de la ménopause, les métrorragies de l'ovarite scléro-kystique, les hémorragies des fibromes, etc. La castration hémostatique est le seul traitement infaillible des hémorragies.

C. **La castration hémostatique** — Elle a été souvent pratiquée depuis Hegar et Battey. Mais, les progrès de la technique opératoire et le perfectionnement de la méthode aseptique ont fait prévaloir l'opération plus complète, la castration utéro-annexielle, l'hystérectomie. Il semble superflu de traiter aujourd'hui cette question définitivement réglée en apparence. Après ovariotomie, l'utérus organe inutile ne peut servir qu'à localiser d'autres affections : déplacements, métrites, cancer. Aussi vaut-il mieux l'enlever quand on pratique la castration.

Dans un seul cas, la discussion est encore ouverte : c'est lorsqu'il s'agit des fibromes ; c'est le procès de l'opération de Battey qu'il nous faut reviser. Au début, l'opération a une vogue colossale ; puis l'hystérectomie se substitue à la castration simple. Actuellement, quelques chirurgiens ont essayé de reprendre cette méthode et de lui rendre sa place dans la thérapeutique chirurgicale.

a. *C'est une opération facile* (en apparence du moins) rapide, qui peut être pratiquée en quelques minutes sous anesthésie locale au besoin. C'est dire qu'elle comporte un shock et une perte sanguine réduits au strict minimum. L'hystérectomie toujours plus longue est souvent très difficile dans les fibromes ; elle est donc bien plus grave. A ce point de vue l'opération de Battey a des avantages.

b. *Quels sont ses résultats* ? — Contre les hémorragies : Pichevin, en 1890, donne les statistiques suivantes :

Vautrin a obtenu la ménopause rapide dans 73,4 p. 100 ; la ménopause lente dans 14,6 p. 100 ; insuccès dans 9 p. 100.

Pascal a obtenu la ménopause dans 72,56 p. 100.

Dans 22 cas opérés par Roux, les résultats ont été excellents (Raskazow, thèse de Lausanne, 1900).

Les statistiques de Segond, Terrillon, Bouilly, Schwarzenbach, Schülein, Sippel, Prochownick, Fehling et Kaltenbach, sont conformes à ces conclusions (thèse de Wartazaroff).

Parfois même on a observé la régression du fibrome78, 2 p. 100 des cas d'après Vautrin, 80 p. 100 d'après Pascal (cités par Pichevin).

Les résultats sont donc excellents.

Il faut cependant signaler quelques insuccès qui sont dus d'après les auteurs :

1. A ce fait que l'utérus a pris l'habitude de saigner (Forgue et Massabuau);
2. A la castration incomplète;
3. A la présence d'ovaires surnuméraires.

Ces quelques insuccès, l'inconvénient de laisser dans le bassin un organe inutile et dangereux, l'utérus, font préférer aujourd'hui presque toujours l'hystérectomie. Mais l'opération de Battey a ses indications.

c. Presque tous les chirurgiens français sont d'accord sur ce point. Notre maître, M. le professeur de Rouville a bien indiqué les indications actuelles de la castration hémostatique pour fibromes dans la récente thèse de son élève Wartazaroff :

1. *Chez les femmes anémiées par de graves hémorragies* : le salut est dans une opération extrêmement rapide et peu choquante.
2. *Dans les cas de fibrome adhérent ou enclavé* chez une femme à état général mauvais.
3. Chez des malades atteignant la ménopause (indication douteuse).

Dans tous ces cas l'opération de Battey est idéale et il est certain qu'elle permet de sauver des malades qui n'auraient jamais supporté une hystérectomie. Plus tard on peut songer, si l'on veut, à l'hystérectomie secondaire destinée à extirper une tumeur gênante par son volume ou par les compressions qu'elle produit. La malade s'est remontée après castration et elle se présentera au chirurgien dans d'excellentes conditions pour supporter l'hystérectomie secondaire.

CONCLUSIONS

1° L'ovaire, glande à sécrétion interne par son corps jaune et par les cellules interstitielles qui en dérivent, tient sous sa dépendance les phénomènes menstruels et en particulier l'hémorragie menstruelle.

2° La plupart des hémorragies génitales et en particulier les hémorragies essentielles de la puberté et de la ménopause, celles des métrites, des salpingo-ovarites et des fibromes reconnaissent comme primum movens un trouble par excès de la sécrétion interne de l'ovaire.

3° Ceci est prouvé :

a. Par la présence dans tous ces cas d'une lésion spécifique, véritable hypertrophie de la glande ovarienne : l'ovarite scléro-kystique ;

b. Par une symptomatologie spéciale où se montre avec netteté le syndrome de l'hyperovarie.

c. Par les résultats fournis par l'opothérapie et la castration opposés à la nullité thérapeutique des autres moyens médicaux et chirurgicaux (curettage surtout).

4° La thérapeutique radicale des hémorragies d'origine ovarienne rebelles est représentée par la castration. L'hystérectomie a remplacé aujourd'hui l'opération de Battey, mais celle-ci ne mérite pas le discrédit absolu où on a essayé de la reléguer et, employée dans les cas où elle est indiquée, elle donne de merveilleux résultats.

BIBLIOGRAPHIE

Nota. — Nous n'avons pas eu l'intention de faire la bibliographie complète de l'ovarite sclérokystique, des hémorragies des fibromes, de l'opération de Battey, etc.; nous avons simplement cité les indications qui nous ont été utiles dans le cours de ce travail.

LAWSON TAIT. *Brit. med. Journ.*, 1880.
TISSIER. *De la Castration de la femme en chirurgie*, Th. de Paris, 1885.
DUPLAY. *Arch. gén. de méd.*, 1885.
DALCHÉ. *De l'Ovarite*, Th. de Paris, 1886.
BATTEY. *Amer. Journ. of med. sc.*, 1886.
SEGOND. *Ann. de gyn.*, 1888.
SIREDEY Métrorragies essentielles des jeunes filles, *Arch. gén. de clin. et de thérap.*, 1889.
PICHEVIN. Castration et fibromes utérins, *Gaz. des hôpit.*, 1890.
POPOFF. L'ovaire des fibromateuses, article résumé in *Centralbl. f. Gyn.*, 1890.
CONZETTE. *L Ovaire à petits kystes*, Th. de Paris, 1890.
LAWSON TAIT. *Traité clinique des maladies des femmes*, 1891.
SOBOTTA. *Arch. f. mik. Anat.*, 1891.
BULIUS. L'ovaire des fibromateuses, *Zeit. f. Geb. und Gyn*, 1891.
BOUILLY. Traitement des fibromes par la castration ovarienne, *Congrès de chir.*, 1893.
LAWSON TAIT. The corpus luteum, *The Lancet*, 1892.
DUBAR. Fibrome de l'ovaire, *Bull. méd. du Nord*, 1893.
FEHLING et KALTENBACH. *Arch. f. Gyn.*, 1893.
AUVARD *Menstruation et fécondation*, 1894.
GRECO. *Lésions des annexes dans les fibromes*, Th. de Palerme, 1895.
BACHELIER. *Essai sur les métrorragies virginales essentielles*, Th. de Paris, 1895.
BOUILLY. Les poussées congestives intermenstruelles, *Revue de gyn.*, 1897.
DUBOUCHET. Th. de Paris, 1897.
LAMY. *Métrorragies chez les jeunes filles à l'époque de la puberté*, Th. de Nancy, 1897.
PRENANT. De la valeur morphologique du corps jaune, *Revue gén. des sc.*, 1898.
CASTAN. *Métrorragies des jeunes filles*, Th. de Paris, 1898.
FRAIKIN. *Ovarite sclérokystique*, Th. de Bordeaux, 1899.
RICHELOT. Pseudo-métrite des arthritiques nerveuses, *Bull. méd.*, 1899.
POZZI et LATTEUX. Sur une forme rare de métrite hémorragique. Angiosclérose envahissante, *Revue de gyn.*, 1899.
BOUILLY. Les métrorragies d'origine ovarienne, *La Gynécologie*, 1899.
SCHAUTA. Communication au *Congrès de gyn. d'Amsterdam*, 1899.
GROSS. Sur les hémorragies utérines et la dégénérescence sclérokystique des ovaires, *Revue méd. de l'Est*, 1900.
CLAISSE. *L'Ovaire des fibromateuses*, Th. de Paris, 1900.
RASKAZOW. *Castration pour fibromes utérins*, Th. de Lausanne, 1900, analysée in *Revue de gyn.*, 1903.
BOUILLY. L'ovarite sclérokystique, *La Gynécologie*, 1900.
SIPPEL *Centralbl. f. Gyn.*, 1900.
MAUCLAIRE. Greffes ovariennes, *Revue de chir.*, 1900; — Communication au *Congrès de méd.*, 1900.
JENTZER et BENTTNER. Etude expérimentale de l'atrophie de castration, *Zeit. f. Geb. und Gyn*, 1901.
THEILHABER. Les causes des hémorragies préménopausiques, *Arch. f. Gyn.*, 1901.
GUELLER. *Les Métrorragies chez les jeunes filles*, Th. de Paris, 1901.
PANTHEZ. *Contribution à l'étude de la métrite hémorragique dite essentielle*, Th. de Paris, 1901.
KOCH. Traitement des hémorragies liées aux affections inflammatoires des annexes, *Deut. med. Woch.*, 1902.
BARRAUD. *Métrorragies dans l'ovarite sclérokystique*, Th. de Bordeaux, 1902.
SIREDEY. La congestion utérine, *Bull. méd.*, 1902; — Métrite hémorragique, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1902.
THEILHABER. Les variations de la structure du mésomètre et leur influence dans la genèse des hémorragies et des pertes, *Arch. f. Gyn.*, 1902.
LIMON. *Arch. d'anat. mic.*, 1902.
BOUIN. Les deux glandes à sécrétion interne de l'ovaire, *Revue méd. de l'Est*, 1902.
PILLET. Le corps jaune des fibromateuses, *Bull. de la Soc. anat.*, 1903.
FRAENKEL. Fonctions du corps jaune, *Arch. f. Gyn.*, résumé in *Revue de gyn.*, 1903.
PILLET. Lésions annexielles et fibromes, *Semaine gyn.*, 1903.
LINDENTHAL. Menstruation et corps jaune, *Wiener klin. Woch.*, résumé in *Revue de gyn.*, 1903.
SCHWARZENBACH. Interventions pour fibromes à la clinique de Zürich, *Beit. f. klin. Chir.*, résumé in *Rev. de gyn.*, 1903.
Constantin DANIEL. Influence des affections annexielles sur l'utérus, *Revue de gyn.*, 1903.
GOLLET, WELLS. Discussions sur le traitement palliatif de l'utérus fibromateux à l'Académie de médecine de New-York, analysé in *Revue de gyn.*, 1903.
DEVAUT. *Lésions des annexes durant l'évolution des fibromes utérins*, Th. de Paris, 1903.
GHAZAROSNIEN. *Contribution à l'étude de la pathogénie de l ovarite sclérokystique*, Th. de Paris, 1903.
DALCHÉ. Dysménorrhée des jeunes femmes, *Gaz. des hôpit.*, 1904.
ROCHE. *L'Ovaire des fibromateuses*, Th. de Bordeaux, 1904.
MOREAU. *Traitement de l'insuffisance ovarienne par la greffe des ovaires*, Th. de Paris, 1905.
DELESPINE. *Pathogénie des hémorragies dans les affections annexielles*, Th. de Lille, 1905.
LOCKYER. Physiologie et pathologie du corps jaune, *Med. chron. Manchester*, 1905.
LOISEL. Les phénomènes de sécrétion dans les glandes génitales, *Journ. de l'anat.*, 1905.
HOURS. *Métrorragies de la puberté*, Th. de Paris, 1906.
DE BOVIS. Le corps jaune, *Semaine méd.*, 1906.
DALCHÉ. Hyperovarie. Métrorragies virginales, *Gaz. des hôpit.*, 1906.
SAINTOT. *Endométrite et lésions annexielles dans la fibromatose utérine*, Th. de Paris, 1906.
HIRTZSCHMANN et ADLER. Modifications menstruelles de la muqueuse utérine, résumé in *Semaine méd.*, 1907.
FERRY. *Conséquences physiologiques de l'ablation des ovaires chez la femme*, Th. de Lyon, 1907.
MONTEUX. Hémorragies de la sclérose utérine, *Concours méd.*, 1907.
WALLART. La glande interstitielle de l'ovaire chez la femme, *Arch. f. Gyn*, 1907.
JARDY. *Synergie thyro-ovarienne*, Th. de Paris, 1907.
VILLEMIN. Le corps jaune, *La Gynécologie*, 1908; — *Corps jaune considéré comme glande à sécrétion interne*, Th. de Lyon, 1908.
ANCEL et VILLEMIN. Causes de la menstruation, *Soc. de biol.*, 1907.
PARHON et GOLDSTEIN (de Bucarest). *Les Sécrétions internes.*
SICARD. *Artériosclérose métrorragique de l'utérus*, Th. de Paris, 1909.
PANKOFF. Les causes des hémorragies utérines, *Münch. med. Woch.*, 1909.
PANKOFF et KRONIG. La métropathie hémorragique, *Arch. f. Gyn.*, 1909.
DALCHÉ. Opothérapie ovarienne, *La Gynécologie*, 1909.
ANCEL. A propos d'objections faites à la théorie de Fraenkel, *Lyon méd.*, 1909.
DELPORTE. Recherches sur la menstruation tubaire, *L'Obstétrique*, 1909.
TUFFIER. Greffes ovariennes et menstruation, *Soc. de chir.*, 1910.

Forgue et Massabuau. L'ovaire à petits kystes, *Revue de gyn.*, 1910.
Blanc. *Lésions annexielles dans les fibromes*, Th. de Montpellier, 1910.
Fabre. *Lésions des ovaires dans les fibromyomes*, Th. de Montpellier, 1910.
Palm. Traitement des fibromes utérins au moment de la ménopause, *Presse méd.*, 1910.
Theilhaber. Insuffisance, atonie et hémorragies utérines, *Monat. f. Geb. und Gyn.*, 1910.
Siredey et Lemaire. Métrorragies virginales, *Revue de gyn.*, 1911.
Soc. de chir. Discussion sur les greffes ovariennes, 1911.
Peraire, Mouchet et L. Lévi. Discussion sur les hémorragies graves dans les petits fibromes, *Soc. des méd. de Paris*, 1911.
Eisenberg-Paperin. *Les Ovaires surnuméraires*, Th. de Paris, 1911.
Finot. *Menstruation et fécondation*, Th. de Paris, 1911.
Hirtzschmann et Adler. Sur les modifications menstruelles de la muqueuse utérine, résumé in *Semaine méd.*, 1911.
Tissier (Madeleine). *Etablissement de la ménopause*, Th. de Paris, 1911.
De Rouville et Aimes. *Montpellier méd.*, 1911.
Schickle et Keller. *Arch. f. Gyn.* Trois articles résumés in *Semaine méd.*, 1912.
Pölze (A.). Dégénérescence kystique des ovaires comme cause probable des hémorragies génitales rebelles, *Wiener klin. Woch.*, 1912.
Forgue et Massabuau. Métrorragies de la ménopause, *Presse méd.*, 1912.
Adachi. Recherches sur les ovaires dans les hémorragies dites métritiques, *Monat. f. Geb. und Gyn.*, 1912.
Tuffier et Mauté. Accidents de la ménopause artificielle, *Presse méd.*, 1912.
Nicolau. *Métrorragies de la ménopause*, Th. de Montpellier, 1912.
Witas. Rapports de l'ovulation et de la menstruation, *Bull. méd. de l'Algérie*, 1912.
Guillaume. *Les Fibromes utérins à la ménopause*, Th. de Lyon, 1912.
Mériel. La question des ovaires surnuméraires, *Paris méd.*, 1912.
Thomas. *De la Métrite hémorragique chez les vierges à l'époque de la puberté*, Th. de Paris, 1912.
Colliat (Mlle). *Métrite virginale et neuro-arthritisme*, Th. de Montpellier, 1912.
Weill. Ménorragies de la puberté, *Soc. méd. des hôpit.*, 1912.
Lévi (L.). Traitement thyroïdien et fibromes, *Soc. des méd. de Paris*, 1912.
Wallace (A.). Evolution des fibromes utérins, *Revue de gyn.*, 1912.
Wallart. Fibres musculaires lisses de l'utérus. Leurs modifications au cours de la grossesse et dans les fibromes utérins, *Revue de gyn.*, 1912.
Stefano Rebaudi. Ovaire, corps jaune et îlots de Langherans, *Zeit. f. Gyn.*, 1913.
Tuffier. Greffes ovariennes humaines, *Journ. de chir.*, 1913.
Zaher. *Les Greffes ovariennes*, Th. de Montpellier, 1913.
Wartazaroff. *L'Opération de Battey dans les fibromes utérins*, Th. de Montpellier, 1913.
Grasset. *Traité de thérapeutique générale*, 1914.
Bourigault. Les métrorragies essentielles crépusculaires de la ménopause, *Gaz. méd. de Paris*, 1914.

NOTE DE PRATIQUE

GROSSESSE

La femme enceinte se déminéralise : en utilisant la prescription suivante, on l'aide à supporter sa grossesse et on assure au fœtus les sels de chaux dont il a besoin :

Prendre deux fois par jour une cuillerée à café de Ternose.

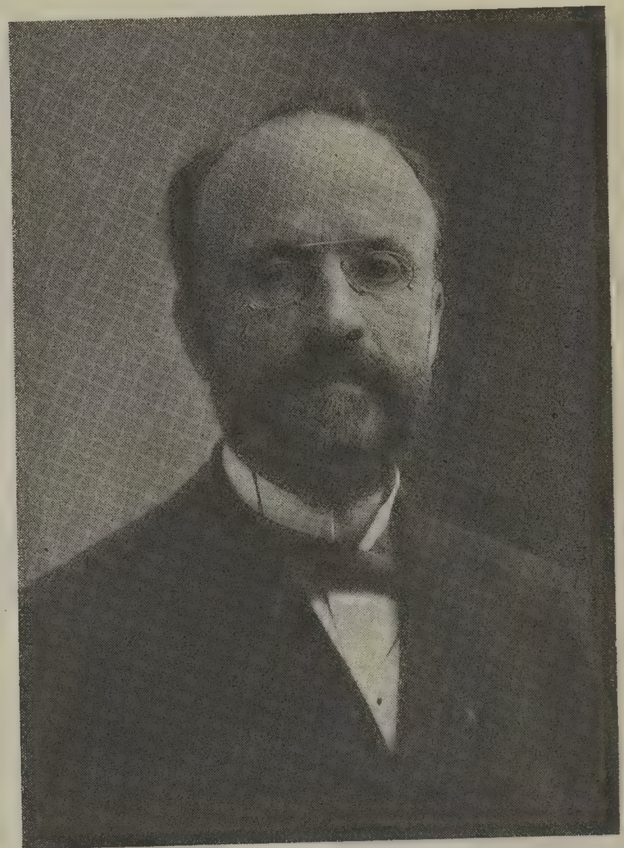
La Ternose est un granulé contenant de la chaux, de la magnésie et du fluorure de calcium assimilables, grâce aux substances ternaires et à la maltine qui les accompagnent.

RECLUS

Nous apprenons la mort subite du professeur Reclus. Nous l'avons vu encore mardi à l'Académie; rien ne pouvait faire prévoir une fin si prochaine et si rapide.

Reclus a tenu une place importante dans la chirurgie de ces quarante dernières années. Dès l'internat, où il s'était déjà fait remarquer par la vivacité de son intelligence, sa grande érudition, son ardeur au travail, avec ses deux intimes amis Segond et Brissaud, il se préparait à suivre la voie des concours et acquit rapidement, et toujours avec succès, les grades successifs de chef de clinique, agrégé, chirurgien des hôpitaux, professeur à la Faculté, membre de l'Académie de médecine.

Ce n'est pas le moment de rappeler ici l'œuvre scientifique de Reclus : qu'il nous suffise de citer la description de la maladie qui porte son nom, sa brillante et tenace campagne en



Cliché Nadar.

faveur de l'anesthésie locale, dont il peut être considéré comme le père et qui vient de recevoir, tout récemment, une sanction qui pour être tardive n'en est pas moins triomphale. Partout où il prenait la parole, Reclus était toujours écouté avec intérêt et même avec plaisir; il avait, en effet, une éloquence très personnelle, très élégante et, le plus souvent, très persuasive.

Reclus était un véritable caractère : il avait sur beaucoup de questions, même étrangères à la chirurgie, des opinions très nettes et très arrêtées qu'il soutenait avec beaucoup d'énergie, toujours avec courtoisie, souvent avec passion.

Lorsqu'il était secrétaire général de la Société de chirurgie, il a fait, selon l'usage, l'éloge de plusieurs anciens membres, en particulier de Maisonneuve. Ces éloges sont de véritables modèles du genre, autant par leur forme littéraire que par leur haute portée philosophique. Nous avons aussi entendu les discours qu'il a prononcés sur la tombe de Segond, puis, à l'Académie, sur Berger. Ce sont là de véritables pages d'his-

toire de la chirurgie, empreintes des idées les plus élevées, des saillies les plus spirituelles.

On pouvait ne pas partager toutes ses opinions, se trouver en formelle opposition avec lui, mais on ne pouvait pas ne pas reconnaître la sincérité de ses convictions, la belle indépendance de son caractère, la parfaite honorabilité de sa vie privée comme de sa vie scientifique.

De petite taille, mais portant haut la tête, regardant bien en face, d'une allure alerte et pressée, d'une physionomie pétillante d'intelligence et d'esprit, d'une voix claire, un peu haute et claironnante, chaque fois qu'il prenait part à une discussion c'était toujours avec une chaleur toute juvénile.

Fidèle à ses amitiés comme à ses convictions, Reclus laisse le souvenir d'un de ces hommes de cœur et de talent qui font le plus grand honneur à notre profession.

Nous adressons à sa famille nos plus sincères condoléances.

A. BROCHIN.

FORMULAIRE

ARTÉRIOSCLÉROSE

Séjour au grand air; infusions chaudes, sans trop boire; régime alimentaire *ad hoc*.

Désintoxiquer l'organisme par des diurétiques, tels que la théobromine; purgatifs très fréquents et très légers.

Diminuer l'hypertension par l'emploi des courants de haute fréquence.

Soutenir le cœur par la spartéine, en même temps qu'on donne de la digitale ou de l'adonis vernalis sous forme de diurène.

L'arythmie est très bien combattue en alternant la théobromine avec le diurène, pendant trois jours par semaine; donner 2 à 4 grammes de théobromine par jour et, pendant les deux jours suivants, deux ou trois cuillerées à café de diurène par jour.

Deux ou trois fois par an, faire chez soi une cure d'eau de Martigny, d'Evian, Contrexéville ou Vittel.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — *(Procès-verbal de la séance du 27 juin 1914.)* E. REMOUCHAMPS : Procédé pour mettre en évidence, sans instrument de laboratoire, l'augmentation des globules blancs dans la leucémie. — M. BRENER : Note sur la fréquence de la syphilis latente. — BROECKAERT : Contribution à l'étude des greffes adipeuses. — GORIS : Sur deux nouveaux cas de corps étrangers des bronches extraits par la bronchoscopie.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 6, juin 1914.) PETRINI DE GALATZ : Contribution à l'étude clinique et histopathologique de la dystrophie papillaire et pigmentaire (acanthosis nigricans) associé à un cancer pulmonaire (1 planche en couleurs et 5 figures dans le texte). — L. M. PAUTRIER : Sarcoïdes et syphilis. Nécessité d'une révision du groupe des sarcoïdes (3 fig.).

Annales des maladies vénériennes. — (N° 6, juin 1914.) LÉVY-BING, DOGNY et GERBAY : Influence des traitements antisyphilitiques, en particulier du néosalvarsan, sur la séro-réaction de Wassermann. — J. COLOMBE : Néphrite syphilitique secondaire et fièvre typhoïde intercurrente.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (4e série, t. XXI, juin 1914.) H. WELSCH : Le diagnostic de la grossesse par la méthode d'Abderhalden, son application en médecine légale. — Georges BROUARDEL et Léon GIROUX : La tuberculose pleuro-pulmonaire traumatique. — H. LEGLUDIC et C. TURLAIS : Recherches sur la toxicité du pétrole et quelques-unes de ses actions physiologiques.

Annales médico-psychologiques. — (N° 6, juin 1914.) Ed. TOULOUSE et M. MIGNARD : Nouvelle conception des maladies mentales, la théorie confusionnelle et l'auto-conduction. — Maurice BRISSOT : Un cas de paralysie générale infantile. — Ch. LADAME : Le sédobrol. Une simplification du traitement Toulouse-Richet. — Paul GUIRAND : L'hystérie et la folie hystérique.

Archives d'électricité médicale, expérimentales et cliniques. — (N° 383, 10 juin 1914.) FRAIKIN : L'électricité statique chez les nerveux. Nécessité de sa posologie. Utilité des faibles intensités. — L. DUHAIN : Considérations générales sur le rôle des agents physiques et particulièrement de la kinésithérapie dans le traitement de la psychasthénie. — LIBOTTE : Haute fréquence et goutte. — Cl. REGAUD : Régulateur de vide osmo-anticathodique pour tubes producteurs de Rayons X. — Ernst von SEUFFERT : L'état actuel, les problèmes et les limites du traitement radio et radium-thérapique du cancer, d'après les expériences faites jusqu'ici, particulièrement dans le traitement du cancer utérin. — (N° 384, 25 juin.) BÉGOUIN : Deux cas de lympho-sarcome du cou. Ablation chirurgicale associée à la radium-thérapie et à la radiothérapie. — H. BORDIER : Efficacité de la diathermie dans les algidités des névrites et poliomyélites. — AUBRY et VIALLET : Perforations trachéo-bronchiques au cours du cancer de l'œsophage. Latence clinique possible. Technique de l'examen radioscopique. — BOSQUAIN : Le plus petit modèle des contacts tournants. Le contact tournant de la maison Radiguet et Massiot. — E. SPÉDER : Revue des perfectionnements apportés aux tubes à rayons X. — ABBE : L'emploi du radium dans le traitement des affections malignes.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 6, juin 1914.) BICHELONNE et TOLET : Le chien sanitaire. — BAUR : Hémorragies méningées spontanées curables. — CLARET : Hémorragie méningée spontanée curable. — EMERY-DESBROUSSES : Souvenirs de la guerre 1870-1871. Défense de Belfort.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 22, 2 juin 1914.) ABDERHALDEN et GRIGORESEN : Influence de l'introduction parentérales de certains peptones, protéines et sérums sur les animaux qui possèdent dans leur sang des substratums étrangers au plasma à côté des ferments. — MEYER-BETZ, RYHINER et SCHWEISHEIMER : Sur la question de la spécificité et de l'utilisation clinique de la réaction d'Abderhalden. — BOVERI : Une nouvelle réaction de liquide céphalo-rachidien. — FALTA : La cure mixte d'amylacés dans le diabète sucré. — GEIGEL : Utilisation clinique de la silhouette cardiaque. — RÜHL : Sur le salvarsan et le néosalvarsan surtout employé ambulatoirement. — KÖNIG : Problèmes du traitement du cancer. — MÜLLER : Opération ou irradiation. — WEICKSEL : Sur la dystrophie adiposo-génitale. — PELERKA : Traitement de la photophobie dans la conjonctivite œdémateuse. — REIGENSTEIN : Prolapsus de la muqueuse de l'anse segmoïde et du rectum. — MERZBACH : Effets accessoires toxiques de l'embarine. — TRAUTMANN : Variation plastique dans l'extirpation totale extra-capsulaire de l'amygdale.

Le Directeur-gerant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17

N° 88. — MARDI 4 AOUT 1914. 87e ANNÉE. MARDI 4 AOUT 1914. — N° 88

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, **10** francs par **an.**
Étudiants étrangers, **15** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **5** fr. **50.** — 6 mois : **11** fr. — 1 an : **20** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Angers. — Un congé, du 1er août 1914 au 31 juillet 1915, est accordé, sur sa demande, à M. Launay, chef des travaux d'histologie.

M. le docteur Gaugain est chargé, du 1er août 1914 au 31 juillet 1915 (durée du congé accordé à M. Launay), des fonctions de chef des travaux d'histologie.

— Rennes. — M. le docteur Bourdinière est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de l'Instruction publique. — *Au grade de grand'croix.* — M. le professeur Bouchard (de Paris).

Au grade d'officier. — M. le professeur Weiss (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les professeurs Denigès (de Bordeaux), Imbert (de Montpellier) et Leduc (de Nantes).

MÉDAILLES DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Les récompenses suivantes ont été attribuées pour services exceptionnels rendus à l'assistance publique :

Médaille d'argent. — MM. les docteurs de la Bellière (de Bréhal), Hoël (de Reims), Poujoula (de Paris), Toubin (de Besançon), Truc (de Montpellier).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Baderot (de Rennes), G. Bloch (de Paris), Gourivaud (de Limoges), Royer (de Fronville).

GUERRE. — Par décret en date du 22 juillet 1914, M. le médecin principal de première classe Lafage, directeur du service de santé du corps d'armée des troupes coloniales, a été promu au grade de médecin inspecteur dans le cadre du corps de santé des troupes coloniales, en remplacement de M. le médecin inspecteur Gallay, placé dans la section de réserve (maintenu dans son emploi actuel par décision ministérielle du même jour).

CONCOURS DU PRIX CIVIALE. — Un concours est ouvert en 1914, entre les internes titulaires ou provisoires en médecine, pour l'attribution du prix biennal fondé par feu le docteur Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires.

Le prix n'ayant pas été attribué en 1912 sera exceptionnellement, en 1914, de 2000 francs.

Ce travail devra être déposé à l'Administration centrale (service du personnel) avant le 25 novembre 1914, au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires destinés à être présentés pour le concours des prix de l'internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

ASILE DÉPARTEMENTAL DE NANTERRE. — Le Conseil général de la Seine a voté des crédits pour la création d'un quatrième emploi de médecin titulaire et pour de nouveaux postes d'interne.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE SCOLAIRE. — Un Congrès international d'hygiène scolaire aura lieu à Bruxelles en 1915.

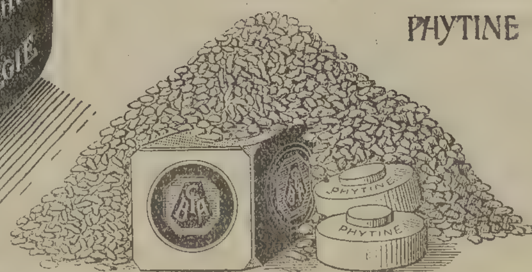
Ce Congrès, auquel le roi Albert a accordé son patronage, est organisé sous les auspices de l'Institut national belge de pédologie et de la Société belge de pédotechnie.

Le Comité organisateur est présidé par M. J. Corman, directeur général de l'enseignement primaire au ministère des sciences et des arts, et par M. le docteur Demoor, recteur de l'Université libre de Bruxelles.

Les communications et les demandes de renseignements peuvent être adressées à M. le docteur Rulot, secrétaire général, 66, rue des Rentiers, à Bruxelles.

RENSEIGNEMENTS

523. — **LA COMPAGNIE DE NAVIGATION MIXTE A MARSEILLE** demande deux docteurs en médecine français (médecin sanitaire ou non) pour les lignes de Tunisie, Alger et Maroc. Etre âgé de moins de soixante ans. Urgent. — Pour conditions, s'adresser au docteur Lop, 1, quai Joliette.


PHYTINE

HOPITAUX DE MARSEILLE

KYSTE DE L'OVAIRE ET GROSSESSE

Par le professeur GUÉRIN-VALMALE (1).

Les gros kystes de l'ovaire à développement abdominal constituent pour la femme enceinte un danger constant qui redouble au moment du travail et persiste après l'expulsion du fœtus.

Le médecin ne saurait trop être mis en garde contre cette tumeur, bénigne en elle-même, qui n'en menace pas moins les jours de la femme enceinte de façon souvent brusque et tragique et alors qu'une observation attentive et journalière de la malade n'est capable de révéler aucun symptôme anormal pouvant faire soupçonner un péril imminent.

C'est une observation de ce genre qu'a présentée une femme de notre service. Nous allons la revoir ensemble tout au long, car elle mérite d'être étudiée de près.

Le 27 avril dernier, se présente à notre consultation d'obstétrique et de gynécologie, la nommée Marie S..., âgée de trente-six ans.

Ses antécédents héréditaires sont sans intérêts. Interrogée sur ses antécédents personnels, elle nous apprend qu'elle a été réglée à l'âge de treize ans et qu'elle a eu neuf grossesses antérieures qu'elle a toutes menées à terme, sauf la dernière, datant de dix mois, qui s'est terminée par un avortement au troisième mois. Les accouchements ont tous été normaux. Sur les huit enfants, l'un, le premier, est mort à l'âge de un an de méningite, le cinquième à l'âge de un an de variole et le sixième à trois mois d'une affection indéterminée. Les cinq autres sont vivants et bien portants.

L'histoire de sa grossesse actuelle proprement dite ne présente rien de bien particulier. Ses dernières règles datent du 30 septembre au 4 octobre. Au mois de février, elle a perçu les premiers mouvements fœtaux.

Notons quelques vomissements pendant les deux premiers mois et quelques légers troubles de la vue. Pas d'albuminurie. Elle vient surtout nous consulter pour des douleurs lombaires qu'elle ressent depuis le début de sa grossesse et qui vont en s'accentuant de plus en plus jusqu'à rendre, ces temps derniers, le sommeil impossible. La malade localise ces douleurs dans la région lombaire droite et le long de l'interligne sacro-iliaque droit. Cette dernière localisation éveille dans notre esprit l'idée d'une sacrocoxalgie, mais l'absence de douleurs à la pression de l'interligne articulaire et des autres signes classiques, nous fait éliminer ce diagnostic.

Le palper de l'abdomen nous révèle d'abord un utérus remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et contenant un fœtus se présentant par le pôle céphalique en OI GT.

En haut et à droite de l'utérus, nous palpons alors une masse de consistance pseudo-fluctuante et à contours irréguliers. Cette palpation est rendue difficile par la sensibilité de la tumeur et par la contracture des muscles de la paroi abdominale.

La masse kystique semble remonter en haut jusqu'au rebord chondral, empiéter à gauche sur la ligne médiane et descendre au niveau de la ligne mamelonnaire à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. En arrière, ses limites ne sont pas nettes.

Les phénomènes douloureux dont la tumeur est le siège et une poussée thermique lors de l'entrée de la malade dans le service, nous font penser à une réaction péritonéale autour du kyste. C'est pourquoi tout examen local est dès lors suspendu et une vessie de glace maintenue en permanence sur l'hypocondre droit.

Quelques jours après, la température est revenue à la normale et l'abdomen se laisse alors palper assez aisément, ce qui nous permet de délimiter de façon précise, les contours de la tumeur.

L'on sent nettement son bord inférieur séparé du bord latéral droit de l'utérus par un petit sillon de deux travers de doigt environ.

Un peu au-dessus de ce bord, l'on parvient à palper au niveau de la tumeur, une portion très dure, sur la signification de laquelle nous reviendrons plus tard.

La délimitation entre la face inférieure du foie et le bord supérieur du kyste est impossible au palper, mais la percussion nous révèle une bande de sonorité interposée entre la matité du foie et celle de la tumeur.

Enfin, si nous plaçons la main gauche à plat dans l'angle costo-vertébral du côté droit, la face palmaire appliquée étroitement contre la région lombaire, nous arrivons aisément à nous rendre compte que la masse a le contact lombaire.

En résumé, nous avons affaire à une tumeur développée dans l'hypocondre droit, entre la face inférieure du foie d'une part et la partie supérieure du bord droit et le fond de l'utérus d'autre part. En arrière, elle se prolonge jusque dans la loge rénale.

La palpation nous permet de penser que son contenu est liquide.

Mais dans quel organe devons-nous localiser cette tumeur kystique ?

Il est logique de penser d'abord à un kyste hydatique de la face inférieure du foie ; mais, d'une part, l'interposition d'une bande sonore entre le bord inférieur du foie et le bord supérieur de la tumeur et, d'autre part, les résultats des examens du sang, éosinophilie faiblement positive et réaction de Weinberg nettement négative, nous font éliminer ce diagnostic.

Le contact lombaire de la tumeur nous fait ensuite penser qu'il pourrait s'agir d'une tumeur kystique du rein, hydro-néphrose gravidique notamment.

Mais la cystoscopie suivie du cathétérisme de l'uretère droit pratiqué par M. le docteur Dor nous montre que le rein droit fonctionne normalement, le jet uretéral étant régulier.

Nous pouvons donc, dès lors, éliminer cette hypothèse et porter le diagnostic de kyste de l'ovaire.

(1) Leçon clinique recueillie par MM. Daniel et Cambon, internes du service.

L'intervention est décidée et pratiquée le 10 mai. La laparotomie latérale à trois travers de doigt à droite de la ligne médiane nous conduit sur une tumeur adhérente au péritoine pariétal. Celui-ci est incisé et les adhérences rompues.

Une ponction du kyste ramène 500 grammes environ de liquide brun foncé. Cette évacuation permet alors une énucléation assez aisée d'un kyste volumineux de l'ovaire contenant environ un litre et demi de liquide. Son pédicule est lié et sectionné au thermocautère. Réfection de la paroi en trois plans.

Les suites opératoires sont normales. La malade est en bonne voie de guérison.

L'*examen de la pièce* est particulièrement intéressant et instructif. Il s'agit en effet d'un kyste volumineux de l'ovaire droit contenant environ deux litres de liquide.

A la simple inspection, l'on constate à la surface du kyste des sillons qui témoignent de sa multilocularité. De plus, fait capital, la paroi de ce kyste nous présente au niveau de sa face antérieure sur une zone de 5 centimètres de diamètre environ une couleur gris verdâtre indiquant un sphacèle partiel et une rupture imminente du kyste dans l'abdomen.

Une autre zone semblable s'observe à la face postérieure. Elle a des dimensions plus restreintes.

A l'ouverture du kyste, nous trouvons plusieurs poches séparées par des cloisons et remplies d'un liquide rouge brun, ce qui témoigne de l'existence d'une hémorragie intrakystique assez récente.

Dans la zone centrale de la tumeur, nous trouvons vers sa partie déclive, une portion d'une dureté osseuse qui avait déjà attiré notre attention au simple palper de l'abdomen.

La dissection de cette région eut vite fait de nous montrer la présence de quatre dents enclavées dans une portion osseuse ébauche d'un maxillaire, l'ensemble étant surmonté de poils de 1 centimètre de long environ.

Dans une seconde poche adjacente, nous trouvons une autre touffe de poils agglutinés dans un amas de substance sébacée. Il s'agit donc d'un *kyste mixte*, dont une *portion est séreuse* et multiloculaire, et l'*autre portion dermoïde*.

L'examen de cette pièce présente donc un intérêt capital au point de vue des risques que faisait courir à la malade l'existence de ce kyste ovarien.

Sa paroi, nous l'avons déjà dit, présentait deux points très suspects de sphacèle, points faibles dont l'examen minutieux nous permet d'affirmer que la *rupture était imminente, sans qu'aucun signe clinique n'ait pu le faire prévoir*.

Un retard de quarante-huit heures seulement apporté à l'opération aurait probablement entraîné la mort de notre malade.

Nous conclurons de ces faits que : *Tout kyste volumineux de l'ovaire à développement abdominal diagnostiqué au cours de la grossesse doit être considéré comme une tumeur maligne et opéré aussitôt.*

MÉDECINE PRATIQUE

LE DIAGNOSTIC DU GOITRE RÉTROSTERNAL

Deux cliniciens viennois, Hengel et Holitisch, ont publié récemment dans le *Wiener klinische Wochenschrift* (1914, n° 17) une intéressante étude sur la symptomatologie du goitre rétrosternal, étude basée sur de nombreux cas examinés par eux et où il s'agissait soit de goitre plongeant, soit de goitres dont la masse presque entière était située dans le thorax. Nous ne croyons pas inutile de résumer ici cet important travail.

Les auteurs établissent d'abord qu'à l'examen minutieux des signes objectifs et subjectifs doit venir s'adjoindre, de toute nécessité, l'examen radiologique.

En premier lieu, la palpation permettra de reconnaître si, dans la région du cou, la glande thyroïde occupe ou non sa position normale et s'il est impossible d'en percevoir le pôle inférieur, même pendant la toux, la déglutition et l'extension forcée de la tête. Cela se passe ainsi, en effet, quand le goitre est rétrosternal par son extrémité inférieure, et si même la thyroïde tout entière est profondément située, il peut arriver dans bien des cas que l'on ne puisse arriver à percevoir le pôle supérieur par la palpation. La percussion permettra alors de reconnaître une matité siégeant au niveau du manubrium et des deux régions latérales avoisinantes.

Parmi les signes cliniques, la plupart relèvent de la compression et sont imputables à la partie plongeante du goitre. Nous ne les énumérerons pas car ils sont communs à toutes les affections déterminant de la compression des organes du médiastin, anévrismes et tumeurs. Ils ne peuvent donc servir à établir un diagnostic causal précis, et c'est un examen minutieux à l'aide des rayons X qui lèvera les doutes.

Hengel et Holitisch rappellent que l'on peut normalement diviser en trois l'ombre médiane du thorax : la région du cou, la région sus-cardiaque et la région cardiaque. La région du cou est occupée par l'ombre de la colonne vertébrale ; on y distingue une petite bande lumineuse, large d'environ 1 centimètre et demi à 2 centimètres et qui représente la trachée. La région sus-cardiaque est beaucoup plus intéressante et présente à considérer, outre l'ombre de la colonne vertébrale, la veine cave supérieure, l'aorte ascendante, l'arc aortique, le tronc brachéo-céphalique et les diverses parties molles du médiastin. Dans l'ensemble, on obtient une ombre à bords convexes, large de trois doigts environ, à la partie supérieure de laquelle on aperçoit souvent la partie intrathoracique de la trachée jusqu'à son point de bifurcation.

La présence d'un goitre plongeant vient modifier cet aspect en élargissant les limites de l'ombre, et suivant sa position latérale ou médiane, le goitre fera porter cet élargissement tantôt sur un côté, tantôt sur l'autre, ou parfois encore sur les deux à la fois.

L'opacité du goitre apparaît nettement sur le fond lumineux du champ pulmonaire ; ses limites, nettes et à convexité externe occupent généralement le tiers interne de la clavicule mais elles peuvent le dépasser sensiblement et atteindre le tiers externe. La portion cervicale de la trachée est souvent déplacée par la masse du goitre alors que dans les anévrismes de l'aorte sa portion thoracique seule subit un déplacement.

Très curieux à étudier sont les rapports du goitre et de l'arc aortique. Si la tumeur descend directement en suivant la ligne médiane, l'arc aortique est refoulé vers le bas directement lui aussi ; si le goitre chemine latéralement, l'arc aortique est repoussé en bas et latéralement. Notons d'ailleurs en passant, que l'auscultation révèle souvent dans ces cas-là un bruit systolique, dû à la compression aortique, ce qui peut prêter à la confusion avec un anévrisme de l'aorte. On basera le diagnostic différentiel des deux affections sur les signes

radioscopiques suivants : l'ombre produite par le goitre se soulève pendant les mouvements de déglutition, de un demi à un centimètre, et s'abaisse d'autant lorsque la déglutition est achevée. Les bords de l'anévrisme sont pulsatiles dans toutes les directions, alors que ceux du goitre ne sont doués de mouvements pulsatiles que dans une seule. Enfin, lorsqu'il s'agit d'un anévrisme le reste de l'aorte est ectasié lui aussi jusqu'à un certain point, tandis qu'avec le goitre l'aorte est intacte, sauf le déplacement dont nous avons parlé plus haut.

En ce qui concerne les autres tumeurs du médiastin, leur ombre se dégrade irrégulièrement en allant vers les espaces clairs de l'aire pulmonaire ; elle est plus irrégulière et plus diffuse que celle du goitre qui apparaît comme arrondie.

Les auteurs du travail que nous résumons, insistent également sur le fait que le déplacement du goitre pendant les mouvements de déglutition peut être décelé par la percussion ; on constate en effet par ce procédé le déplacement facile de la matité qui se trouve d'ordinaire située sur le manubrium ou sur ses parties latérales. Ce déplacement existe aussi, bien qu'à un degré moindre, dans l'extension forcée de la tête. C'est là, affirment Hengel et Holitisch, un signe clinique de très grande valeur, qui permet par sa seule constatation alors que tous les autres symptômes sont incertains, de reconnaître si la matité est due au goitre intrathoracique ou bien à un anévrisme de l'aorte ou à toute autre tumeur du médiastin.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur la découverte de porteurs chroniques de bacilles typhiques par l'examen du contenu de la vésicule biliaire prélevé pendant les opérations. (O. MAYER. *Münch. med. Woch.*, 19 mai 1914, n° 1116.) — L'auteur s'est imposé la tâche d'examiner bactériologiquement le contenu de toutes les vésicules biliaires ouvertes chirurgicalement depuis un an et demi dans le Palatinat bavarois. Soixante-dix cas ont été étudiés, parmi lesquels six présentaient du bacille typhique dans le contenu purulent de leur vésicule ; un présentait un bacille paratyphique.

Les localités d'où provenaient ces sept sujets étaient comprises dans la région du Palatinat où la typhoïde est endémique.

Chez une première malade la fièvre typhoïde, cause de l'infection biliaire remontait à quatorze ans ; cette femme retourna chez elle, présentant encore une fistule biliaire, et par l'intermédiaire de la bile infectée qui s'en écoulait contamina deux personnes.

Chez une deuxième malade la typhoïde remontait à quatre ans ; la malade contamina l'infirmière qui la soignait.

Dans un troisième cas, il s'agissait d'un garçon de dix-huit ans qui était resté porteur de germes pendant trois mois après une typhoïde. Les bacilles disparurent ensuite des selles pour reparaître de nouveau à plusieurs reprises. Quatorze mois après, la typhoïde apparurent enfin des symptômes de cholécystite qui nécessitèrent l'opération ; dans la vésicule existait un calcul et le bacille d'Eberth s'y trouvait en culture pure.

Si maintenant nous envisageons l'influence de l'opération sur l'existence des bacilles pathogènes dans les selles, nous voyons que, dans le cas de cholécystite à paratyphique, il persistait encore du paratyphique dans les matières pendant les quinze jours qui ont suivi l'opération.

Chez un des malades ayant présenté du bacille d'Eberth dans le pus vésiculaire, on continua à trouver de rares bacilles dans les selles pendant les trois mois qui suivirent l'opération ; puis ils disparurent.

Chez un autre, on trouvait encore du bacille d'Eberth dans les fèces six mois après l'opération.

D'après les faits qu'il a personnellement observés et ceux qui ont été rapportés par d'autres, l'auteur conclut que l'extirpation de la vésicule biliaire est actuellement le seul procédé qui permet de faire disparaître le bacille d'Eberth des selles des porteurs de germes, tout au moins dans une partie des cas et pour un temps plus ou moins long. Plus tard en effet l'élimination des bacilles reprend dans beaucoup de cas.

La cholécystectomie ne donne donc, chez les porteurs de germes que des résultats temporaires ; mais il faut se demander si la suppression de la vésicule ne tarit pas un réservoir important de bacilles et ne diminue pas le nombre de ceux-ci dans les selles.

L'auteur fait remarquer en terminant que sur les sept malades présentant des infections vésiculaires à bacilles typhiques ou paratyphiques, six étaient des femmes. Cette prédominance du sexe féminin chez les porteurs de germes typhiques et paratyphiques est du reste un fait actuellement établi.

A. LEMIERRE.

La fièvre de Malte à Marseille. (E. BOINET et A. SAUVAN. *Marseille méd.*, n° 6 et 7, 1914, p. 1.) — Les auteurs font remarquer que la fièvre de Malte est relativement fréquente à Marseille et dans la région ainsi qu'en témoignent les cinquante et une observations qu'ils rapportent et qui ne représentent qu'une faible proportion des cas existant réellement.

Le pronostic a été relativement favorable puisqu'il n'y eut que 2 décès sur 40 cas.

Les principales complications ont été des phénomènes thoraciques, des phénomènes méningés, une hémorragie intestinale, une orchi-épididymite.

La sérothérapie antimélitococcique, employée d'après la méthode dn docteur Sergent (d'Alger), a donné des résultats favorables.

Les auteurs pensent qu'il y aurait lieu d'organiser rapidement une prophylaxie basée sur les conclusions des rapports exposés par M. C. Dubois au Congrès de pathologie comparée (1912) et par le docteur Raybaud, rapporteur de la Commission du Comité médical des Bouches-du-Rhône.

STEPHEN CHAUVET.

CHIRURGIE

Le traitement du cancer de la langue, basé sur l'étude de plus de cent cas. (Joseph C. BLOODGOOD. *The Boston med. and surg. Journ.*, 4 juin 1914, vol. CLXX, p. 872). — Si le traitement chirurgical échoue dans le cancer de la langue à une période avancée de son développement, c'est surtout parce qu'on néglige d'enlever avec la tumeur les muscles sous-jacents du plancher de la bouche. Et quand on étend l'exérèse à ces muscles, la mortalité postopératoire élevée tient à ce qu'on ne résèque pas en même temps un segment du maxillaire inférieur.

Traité dès le début, c'est-à-dire dans les premiers mois de son évolution, par une opération locale réduite à une résection de la tumeur et d'une bonne marge de tissus sains, le cancer de la langue guérit d'une façon presque constante.

Jusqu'ici les chirurgiens ont fait des opérations probablement trop étendues sur la langue et sur les ganglions du cou. La propagation du cancer aux ganglions cervicaux se fait par le plancher buccal et il est à peu près inutile d'enlever les ganglions si on ne touche pas au plancher. En outre ce dernier peut être lésé sans que les ganglions le soient.

Mais si l'on enlève en un temps la langue, le plancher et les ganglions, il est impossible de fermer la plaie buccale à moins de réséquer une partie de la mâchoire inférieure. Sans ce complément opératoire, la mortalité atteint 80 p. 100 et est causée par la pneumonie primitive ou secondaire ou par une infection tardive partie de la fistule buccale.

L'auteur a été amené à cette conception il y a quelques années, en constatant que ses premiers cas guéris avaient été ceux dans lesquels l'étendue du cancer l'avait absolument contraint à enlever la mâchoire inférieure, alors que les cas beaucoup plus favorables traités par une simple résection des parties molles s'étaient terminés soit par une récidive constante si le plancher buccal n'avait pas été réséqué, soit par la mort s'il avait été compris dans l'exérèse.

Aussi en novembre 1910, Bloodgood opérant un cancer encore peu avancé de la langue, enleva-t-il en bloc la moitié droite de la langue, du plancher, de la mâchoire inférieure ainsi que les ganglions cervicaux du côté droit, terminant par la suture des muqueuses jugale et linguale. Le malade put avaler immédiatement après l'opération et il n'eut pas de récidive.

Mais la résection de la mâchoire inférieure est très mutilante et Bloodgood a essayé d'obtenir d'aussi bons résultats par un autre moyen. Il enlève d'abord les ganglions cervicaux et détruit leurs connexions avec le plancher buccal à l'aide du galvano-cautère, puis ferme la plaie et attaque alors la lésion linguale ou celle du plancher avec le cautère. Cette thermo-cautérisation est répétée deux ou trois fois et de plus en plus profondément. Ainsi le lambeau cutané de l'opération pratiquée préalablement au niveau du cou, forme une sorte de plancher pour la cavité buccale.

La première opération de ce genre a été faite en avril 1912. La lésion située entre la langue et la symphyse méritait d'être traitée par une exérèse complète comprenant la mâchoire, mais le malade refusa cette opération et accepta l'autre moins mutilante. Il reste guéri sans récidive jusqu'à présent. Quatre autres cas opérés de la même façon ont donné le même succès.

Dans le cancer au début une opération locale au galvanocautère peut être suffisante. A une tumeur plus avancée convient l'opération précédemment décrite. Enfin plus tard encore, il devient indispensable de pratiquer la résection du maxillaire. Et toujours l'opération sera faite en plusieurs temps qui sont : 1° la résection ganglionnaire et la cautérisation du plancher buccal dans la plaie; 2° la destruction de la lésion dans la bouche; 3° l'extirpation du maxillaire avec cautérisation de la région.

Comparant ses résultats pendant deux périodes, avant et après 1908 l'auteur constate que le chiffre des guérisons a passé de 21 à 50 p. 100. Dans les cinq dernières années, il a opéré 14 cancers de la langue de tous les types et n'a perdu qu'un malade. En outre il n'a observé qu'une seule récidive.

P. CHASTENET DE GÉRY.

Recherches anatomo-chirurgicales sur les aponévroses de l'aisselle dans leurs rapports avec les adéno-phlegmons de cette région. (L. MOREAU. *Revue de chir.*, 10 juin 1914, p. 140.) — Reprenant l'étude d'une question qui fut toujours très controversée, Moreau à la suite d'intéressantes recherches aboutit aux conclusions suivantes :

L'aponévrose axillaire en son entier n'est que la continuation de l'aponévrose cervicale moyenne. Ce feuillet descend d'abord verticalement dans l'aisselle en s'accolant aux gaines du sous-clavier et du petit pectoral, mais sans se fusionner avec elles; puis il s'infléchit horizontalement en arrière et semble se fixer sur le bord externe de l'omoplate. Dans sa portion verticale, l'aponévrose est perforée par de nombreux vaisseaux et nerfs qui entrent dans la région axillaire ou en sortent. Dans sa portion horizontale, elle contracte avec le derme des adhérences qui ont pu faire croire à un ligament suspenseur et elle ferme le creux de l'aisselle proprement dit mais non l'espace interpectoral qui reste ouvert en avant de l'aponévrose. Dans l'ensemble l'aponévrose axillaire forme une gouttière qui reçoit les vaisseaux dans sa concavité.

On ne peut prévoir d'une façon absolue le sens dans lequel évoluera un adénophlegmon de l'aisselle, en raison des anastomoses qui unissent les divers groupes ganglionnaires. Cependant en général cette évolution se fait de la manière suivante :

Les collections de la loge interpectorale qui est ouverte en bas viennent faire saillie au niveau du bord inférieur du grand pectoral sous la peau.

Les adéno-phlegmons de la loge axillaire, s'ils proviennent du groupe ganglionnaire brachial ont tendance à fuser vers le bras sous l'aponévrose et parfois, perforant le foramen de Lauger, s'ouvrent sous la peau ; s'ils sont nés dans le groupe thoracique, déviennent en général sous-pectoraux ; enfin, s ils se sont formés dans le groupe central, remplissent le creux de l'aisselle et ou bien passent à travers l'aponévrose dans l'espace interpectoral ; ou bien plus rarement se montrent sous la peau de l'aisselle après avoir traversé les orifices du feuillet horizontal.

P. CHASTENET DE GÉRY.

Sur les dangers de l'anesthésie légère. (G. H. CLARK et E. P. CATHCART. *The Glascow med. Journ.*, avril 1914, vol. LXXXI, p. 269.) — Le travail de Clark et Cathcart est une intéressante contribution à l'étude des phénomènes physiologiques de la narcose.

C'est la teneur du sang en acide carbonique qui, par l'intermédiaire du centre respiratoire, règle le rythme de la ventilation pulmonaire. L'augmentation de CO^2 se traduit par de l'hyperpnée, la diminution de CO^2 par de l'apnée.

La sensibilité du centre respiratoire vis-à-vis de CO^2 est en général assez constante, mais Yandell Henderson a montré qu'elle subit des variations fort importantes suivant la forme et le degré de l'anesthésie. Elle peut être augmentée dans l'anesthésie légère et irrégulière au point qu'une faible teneur en CO^2 suffit à causer l'hyperpnée. Elle redevient tout à fait normale dans l'anesthésie complète. Elle tombe au-dessous de la normale dans l'anesthésie très profonde.

Ceci explique les périodes d'apnée plus ou moins longues qui se produisent, quand l'anesthésie profonde succède à une anesthésie superficielle durant laquelle la respiration large et fréquente a chassé l'acide carbonique du sang. Le centre étant alors d'autant moins prêt à réagir que sa sensibilité a diminué, la mort peut survenir par manque d'oxygène.

D'autre part, Lévy a établi que les oscillations dans le degré de l'anesthésie s'accompagnent souvent d'irrégularités cardiaques tout à fait semblables à celles qui précèdent la fibrillation ventriculaire, cause fréquente de la syncope chloroformique mortelle. Puis il a vu que la fibrillation ventriculaire pouvait être provoquée pendant l'anesthésie légère par l'introduction, dans le courant sanguin d'une petite quantité d'adrénaline. Enfin il a noté que la tendance aux fibrillations était nettement augmentée par les excitations sensorielles et l'agitation au cours de la narcose.

Rapprochant ses propres recherches de celles de Starling et von Anrep, selon lesquels l'élévation de la pression sanguine dans l'asphyxie est due à une hypersécrétion d'adrénaline causée elle-même par l'augmentation de CO^2 dans le sang, et des travaux de Cannon et Hoskins qui ont constaté l'augmentation de la sécrétion adrénalinique sous l'effet des excitations sensorielles ou psychiques, Levy a pu poser les conclusions suivantes touchant le fonctionnement de l'appareil circulatoire au cours de l'anesthésie : dans la narcose chloroformique légère, le cœur devient hypersensible et une certaine augmentation du taux de l'adrénaline du sang peut déterminer des fibrillations ventriculaires; la narcose profonde au contraire, diminue la sensibilité cardiaque; de toutes façons, le mode d'administration de l'anesthésique a une grande importance quant à la production des irrégularités cardiaques.

Les expériences de Cathcart et Clark confirment les données précédentes.

Déjà dans une étude antérieure ils avaient montré que chez

le lapin endormi à l'éther, l'action de CO^2 sur l'appareil circulatoire était pratiquement nulle quand l'anesthésie était profonde et très marquée dans le cas d'anesthésie superficielle. Il semble bien, disent-ils que dans l'anesthésie profonde CO^2 n'ait plus le pouvoir d'exciter la sécrétion d'adrénaline, car si le cœur et les vaisseaux ne réagissent plus en ce cas vis-à-vis de CO^2, ce n'est pas qu'ils soient devenus incapables d'aucune réaction comme le prouve l'effet immédiat d'une injection d'adrénaline.

Dans leurs nouvelles expériences les auteurs ont cherché à mettre au point l'action de CO^2 sur la vitesse des battements du cœur, sur l'amplitude de ces battements, sur la pression sanguine. Ils ont expérimenté sur le lapin endormi à l'éther et recevant dans les conditions voulues un mélange d'air contenant 12 p. 100 de CO^2. Ils ont constaté que dans l'anesthésie légère, la diminution du nombre des contractions cardiaques était en moyenne de 1,75 en trois secondes et celle de l'amplitude des contractions de 13,89 millimètres, que dans l'anesthésie profonde au contraire, la diminution du nombre était de 0,19 et celle de l'amplitude de 0,85 millimètres. Quant à la pression sanguine alors qu'elle ne monte pas ou à peine dans l'anesthésie profonde, elle subit une élévation très marquée dans l'anesthésie légère.

Les faits réunis par Cathcart et Clark ont certainement un intérêt pratique, mais d'une part quoique les expressions anesthésie légère, anesthésie profonde soient comprises de tous, elles ne désignent peut-être pas avec une précision physiologique suffisante le degré de l'action médicamenteuse, d'autre part il est bon de ne pas oublier que l'effet des anesthésiques est très variable suivant les espèces animales.

P. CHASTENET DE GÉRY.

NEUROLOGIE

Hémorragies périvasculaires dans le cerveau des épileptiques en état de mal. (MAILLARD et BARBÉ. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1914, p. 19.) — Les auteurs ont de nouveau attiré l'attention sur ces lésions en montrant à la Société anatomique de Paris le cerveau d'un épileptique mort en état de mal ; chaque vaisseau sanguin des corps opto-striés était le centre d'une petite hémorragie punctiforme et la teinte générale des corps opto-striés tranchait par sa nuance brune, sur celle des autres parties blanches du cerveau qui, d'ailleurs, était dans son ensemble congestionné.

Déjà en 1907, j'avais, avec le docteur Anfimow (v. *Revue neurol.*, 1907) étudié le cerveau d'un certain nombre d'épileptiques, particulièrement au point de vue des lésions cortico-méningées. C'est en effet sur l'écorce et les méninges molles, que prédomine d'ordinaire la congestion si habituelle chez les épileptiques morts en état de mal; nos autopsies avaient montré chez ces malades, de nombreuses petites hémorragies dans la gaine périvasculaire de l'écorce. Des examens histologiques, faits sur des cerveaux d'épileptiques morts en dehors de l'état de mal, nous avaient montré que ces hémorragies se résorbent peu à peu ; laissant comme traces, de petits dépôts pigmentés et des cicatrices scléreuses cortico-méningées. Ainsi peut s'expliquer l'adhérence de la pie-mère si fréquemment observée sur le cerveau d'épileptiques anciens ; les épaississements et indurations, décrits sous des noms divers, sont peut-être, non la cause, comme on l'a soutenu, mais la conséquence, des accidents épileptiques. Nous avons indiqué, encore, que ces lésions interrompent en de nombreux points, les fibres tangentielles alors que les neurofibrilles étudiées par la méthode de Ramón y Cajal, étaient remarquablement intactes dans les autres parties du cortex chez nos malades. Cette constatation permettait de comprendre la déchéance intellectuelle lente et progressive, des épileptiques anciens, au fur et à mesure que les accès se répètent.

Tout ceci montre combien importante est la congestion cérébrale, au cours des accès épileptiques ; on sait d'ailleurs, que d'ordinaire, dans les vraies crises comitiales, la face est rouge, violacée, cyanosée.

L. ALQUIER.

VARIÉTÉS

UNE OBSERVATION ANCIENNE ET SINGULIÈRE DE CORPS ÉTRANGERS DE L'ESTOMAC

Par M. MICHAUD,

Médecin de l'hôpital Loubet, de Paris,
Médecin consultant au Breuil-sur-Couze (Puy-de-Dôme).

La fréquentation des vieux livres n'est pas qu'un aimable passe-temps. On peut, au hasard des lectures, glaner parmi le fatras des théories démodées, des observations prises parfois avec une précision capable de satisfaire les plus sceptiques. Tel nous paraît être le cas suivant que nous rencontrons dans le *Dictionnaire des merveilles de la nature contenant de profondes recherches sur la nature des accouchemens, attachemens, échos, évacuations, grossesses, maladies, mangeurs, plongeurs extraordinaires, antipathie, cadavres, catalepsie, cerveau, cheveux, corps étrangers dans celui de l'homme, etc.*, par M. Sigaud de La Fond. Ce curieux dictionnaire, assemblage assez disparate de faits étranges, n'est pas rare. Cependant l'observation que nous allons rapporter nous semble peu connue des médecins modernes.

Il s'agit d'un forçat de la chiourme de Brest, nommé André B..., né à Nantes et entré à l'hôpital de la marine le 5 septembre 1774 pour de la toux, des maux d'estomac et des coliques. Sous l'influence d'un traitement sédatif tous ces symptômes s'amendent lorsque, au début d'octobre, les douleurs gastriques reparaissent accompagnées de vomissements incessants et d'un peu de toux. Malgré les remèdes ordonnés, douleurs et vomissements continuent, et le 10 octobre, à deux heures de l'après-midi, le malade meurt.

Le 11 on pratique l'autopsie et l'on trouve un épanchement pleurétique droit « avec un commencement de suppuration du poumon du même côté ».

A l'ouverture de l'abdomen l'estomac apparaît énorme « occupant l'hypocondre gauche, la région lombaire et iliaque du même côté et se prolongeant jusque dans le petit bassin auprès du trou ovalaire ». A travers la paroi on sent divers corps durs et de forme variée.

L'opérateur, soupçonnant un cas tout à fait anormal, fait mettre de côté le cœur et les poumons; mais cette opération faite trop hâtivement occasionne une rupture dans la partie moyenne de l'œsophage, et par l'orifice on aperçoit même le bout d'un morceau de bois de couleur noire qui se prolonge vers l'estomac. Très intrigué, M. Fournier suspend l'autopsie et fait prévenir ses collègues ainsi que diverses personnes de l'hôpital, élèves, officiers, etc.

A trois heures de l'après-midi, devant une cinquantaine d'assistants, on ouvre l'estomac et voici les pièces qu'on y découvrit, telles que nous les indique le procès-verbal qui fut dressé en présence des spectateurs. Le tout était recouvert d'une couleur noirâtre qui tapissait également la muqueuse gastrique et répandait une odeur particulièrement fétide. Nous avons eu soin de transformer en mesures métriques les anciennes mesures données par l'auteur de façon à rendre plus commode la lecture de l'observation.

« 1° Une portion de cercle de barrique de 48 centimètres et demi (19 pouces) de long sur 2 centimètres et demi de largeur.

2° Un morceau de bois de genêt de 15cm30 de long sur 1 centimètre de diamètre.

3° Un second morceau de genêt de 21 centimètres de long, même diamètre.

4° Un troisième morceau de genêt de 15 centimètres, même diamètre.

5° Un quatrième morceau de genêt de 10 centimètres, même diamètre.

6° Un cinquième morceau de genêt de 10 centimètres de long coupé dans sa longueur à peu près par le milieu.

7° Un morceau de bois de chêne de 11cm5 de long sur 3cm7 de large et 1cm2 d'épaisseur.

8° Un second morceau de chêne de 10 centimètres de long, 2cm5 de large et un centimètre d'épaisseur.

9° Un troisième morceau de chêne de même longueur, 1 centimètre de large et un demi-centimètre d'épaisseur.

10° Un quatrième morceau de chêne de 10cm2 de long, même largeur et même épaisseur.

11° Un cinquième morceau de chêne de 5 centimètres de long, 2 de large et un demi-centimètre d'épaisseur.

12° Un sixième morceau de chêne de 12 centimètres de long et un demi-centimètre de large sur chacune de ses faces.

13° Un septième morceau de chêne de 10 centimètres de long, de forme triangulaire et d'un demi-centimètre de diamètre.

14° Un huitième morceau de chêne de 13 centimètres de long, un de large, séparé dans sa longueur.

15° Un neuvième morceau de même longueur, mais de diamètre moindre.

16° Un dixième morceau, de forme irrégulière, de 8 centimètres de long et un demi-centimètre d'épaisseur.

17° Un onzième morceau de même longueur et d'un centimètre et demi de large sur 7 millimètres environ d'épaisseur.

18° Une portion de cercle de barrique de 13 centimètres de longueur sur 2cm5 de largeur et 0,005 d'épaisseur.

19° Un morceau de sapin, de 10 centimètres de long sur 2cm5 de large et un bon centimètre d'épaisseur.

20° Un second morceau de sapin, de même longueur et d'un centimètre de diamètre.

21° Un troisième morceau de sapin, de 6 centimètres de long, 2cm5 de large en forme de coin épais à base d'un centimètre.

22° Un quatrième morceau, de 7cm6 de long, un d'épaisseur et de forme irrégulière.

23° Un cinquième morceau de sapin, de 6 centimètres de long et un d'épaisseur.

24° Un morceau d'écorce de cercle, de 8 centimètres de long sur 2cm5 de large. Ce morceau paraissait détaché de la partie signalée au début de cette liste et demeurée en partie dans l'œsophage.

25° Un bouchon de bois, de 2cm5 de long sur une largeur égale.

26° Une cuiller de bois, rognée sur les bords inférieurs, de 13 centimètres de long sur 4 de large.

27° Un tuyau d'entonnoir de fer-blanc, de 9 centimètres de long, 2cm5 de diamètre à la partie supérieure et un centimètre à la partie inférieure.

28° Une autre portion d'entonnoir de même matière, de 5 centimètres de long sur un de large.

29° Le manche d'une cuiller d'étain, de 10 centimètres de long.

30° Une cuiller d'étain entière, de 18 centimètres de long, le cuilleron replié.

31° Une autre cuiller de même matière, de 8 centimètres de long.

32° Une troisième, de 6 centimètres de long.

33° Un briquet de fer, de 6 centimètres de long, large de 2cm5 sur une de ses faces, d'un demi-centimètre d'épaisseur et pesant 47g85 (une once quatre gros et demi).

34° Un fourneau de pipe écorné avec un morceau de tuyau, le tout de 7 centimètres de long.

35° Un clou de demi-lisse épointé avec sa tête, de 5 centimètres de long.

36° Un clou de petit-fix extrêmement pointu, de 3 centimètres.

37° Une portion de cuiller d'étain aplatie, de 2cm5 de long sur un de large.

38° Trois portions de boucle d'étain de figure irrégulière, chacune d'une longueur de 1 à 2 centimètres.

39° Cinq noyaux de prunes.

40° Un petit morceau de corne.

41° Deux morceaux de verre blanc, dont le plus grand de 3 centimètres de long sur un de large, de forme irrégulière.

42° Deux morceaux de cuir, dont le plus grand de 7cm5 de long sur 2 de large et l'autre 3 de long sur un de large.

43° Un couteau avec sa lame, à manche de bois recourbé, de 8 centimètres de long, 2 de large dans sa plus grande largeur.

Le tout forme cinquante-deux pièces et pèse 810g75 : une livre dix onces quatre gros.

M. Fournier, qui rapporte cette observation singulière, s'efforça de recueillir des renseignements sur le caractère et le passé morbide du défunt dont il avait fait l'autopsie. Pendant treize ans, nous dit-il, cet homme avait été soldat dans la marine « d'où il avait été renvoyé comme ayant la tête dérangée ». Il passait pour avoir grand appétit et pour manger beaucoup. Condamné aux galères on ne sait pour quel crime il n'était certes point normal, assure son compagnon de banc. Souvent on l'avait vu gratter le mortier et la chaux qui recouvraient les murs de sa prison et en mettre une grande quantité dans sa soupe disant que cela le soutenait et le fortifiait. Parfois il était pris d'irrésistibles fringales qu'accompagnait un flux salivaire abondant. Lorsqu'il ne pouvait satisfaire son appétit, car il fumait beaucoup et vendait ses portions pour acheter du tabac, il avalait de petites pierres, des boutons de veste et tout autre menu objet.

Deux jours avant son entrée à l'hôpital, ses camarades ont déclaré l'avoir vu avaler deux morceaux de bois assez volumineux. Mais on n'a jamais pu savoir quand il avait avalé l'énorme morceau de cercle de barrique qu'on trouva tout d'abord à l'ouverture de l'estomac.

Durant son séjour à l'hôpital le malade prenait des aliments liquides qui passaient bien, mais très peu d'aliments solides.

Telle est l'observation que rapporte M. Fournier et dont l'authenticité est assurée par le procès-verbal d'autopsie signé des témoins.

Il paraît bien que nous ayons affaire ici à un maniaque, et il se peut que l'habitude d'avaler des corps étrangers ait été provoquée par des crises de douleurs spasmodiques tardives qu'atténuait l'ingestion de chaux notamment et même de corps quelconques, ceux-ci provoquant une réaction gastrique de défense avec production abondante de mucus.

Quelle que soit l'explication qu'on en donne, le fait reste, et il nous a paru digne d'être rapporté.

FORMULAIRE

PALPITATIONS DU CŒUR D'ORIGINE TOXIQUE OU VASO-CONSTRICTIVE

Alimentation lacto-végétarienne.

Massage et frictions des extrémités.

Matin et soir, avec un grand verre d'eau d'Evian, un cachet de Théosalvose phosphatée ou lithinée de 0g50.

Trois fois par jour, III gouttes de solution de trinitrine au centième ou X gouttes de teinture de cratoegus dans un peu d'eau.

COURS ET CONFÉRENCES

COURS DE CLINIQUE PRATIQUE ET D'APPLICATION DES MÉTHODES DE LABORATOIRE AU DIAGNOSTIC CLINIQUE. — COURS DE VACANCES ET DE PERFECTIONNEMENT. (Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Professeur : M. A. GILBERT.) — Le cours de vacances commencera le lundi 28 septembre 1914, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtres Trousseau et Bichat), sous la direction de M. le professeur A. Gilbert et de M. le professeur agrégé Maurice Villaret. Il aura lieu le matin à dix heures et demie et l'après-midi à trois heures. Ce cours comprendra trente leçons et sera terminé en quinze jours. Il sera illustré de projections photographiques, cinématographiques et microscopiques, et accompagné de présentations de malades, d'instruments, de pièces et de coupes histologiques.

Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des malades présentés, à la rédaction d'ordonnances, au maniement des appareils, aux travaux de laboratoire, et pourront emporter les préparations exécutées par eux au cours de cet enseignement essentiellement pratique.

PROGRAMME DU COURS. — Lundi 28 septembre, à dix heures du matin, leçon inaugurale de M. le professeur agrégé Maurice Villaret.

Lundi 28 septembre. — Le matin, à dix heures et demie. M. M. Villaret : Examen clinique d'un malade atteint d'une affection hépatique. Notions récentes sur la séméiologie et la thérapeutique des maladies du foie. Syndrome d'insuffisance hépatique. Syndromes d'hypertension portale et d'hypertension sus-hépatique.

Le soir, à trois heures. M. Dumont : Notions générales de bactériologie pratique. Staphylocoques, streptocoques. Diagnostic de l'angine diphtérique et des autres angines à fausses membranes. Paludisme. Maladie du sommeil. Diagnostic des dysenteries par les méthodes de laboratoire.

Mardi 29 septembre. — Le matin, à dix heures et demie. M. Herscher : Notions récentes sur les ictères. Cholémies. Cholémimétrie.

Le soir, à trois heures. M. M. Villaret : Examen clinique d'un hémiplégique.

Mercredi 30 septembre. — Le matin, à dix heures et demie. M. M. Villaret : Examen clinique d'un paraplégique et d'un tabétique.

Le soir, à trois heures. M. Dumont : Notions récentes sur le diagnostic de la tuberculose par les procédés de laboratoire. Recherche du bacille de Koch dans les crachats. Méthodes de Ziehl, de Bezançon, de Spengler, de Jacobson, etc. Albumino-diagnostic. Cyto-diagnostic. — Recherche du bacille de Koch dans les urines et les liquides pathologiques. Inoscopie. — Diagnostic avec les bacilles acido-résistants. Cultures. Inoculations. Autopsie d'un cobaye tuberculeux. La lèpre, les mycoses (sporotrichose, actinomycose).

Jeudi 1er octobre. — Le matin, à dix heures et demie. M. Bénard : Globules rouges : numération, altérations morphologiques. Dosage de l'hémoglobine (méthodes d'Hénocque, Tallqvist, Malassez). Valeur globulaire. Caractères hématologiques des différentes anémies. Vicosimétrie. — Globules blancs : Leucémies. Activité et résistance leucocytaires.

Le soir, à trois heures. M. Chabrol : Notions récentes sur le diagnostic de la tuberculose. Procédés biologiques applicables au diagnostic clinique de la tuberculose pulmonaire (tuberculino-diagnostic : sous-cuti et cuti-réactions, ophtalmo-réaction, intradermo-réaction).

Vendredi 2 octobre. — Le matin, à dix heures et demie. M. Herscher : Notions récentes sur le traitement de la tuberculose, le diagnostic et le traitement des pleurésies séro-fibrineuses. Tuberculines, sérums antituberculeux. Corps immunisants de Spengler. Méthodes de Freund, de Forlanini, etc. Ponctions exploratrice et évacuatrice. Autosérothérapie. Injections gazeuses.

Le soir, à trois heures. M. Dumont : Diagnostic de la fièvre typhoïde par les procédés de laboratoire. Hémoculture. Séro-réaction. Paratyphoïdes. Intoxications alimentaires. Fièvre de Malte.

Samedi 3 octobre. — Le matin, à dix heures et demie. M. Lippmann : Notions récentes, cliniques et thérapeutiques sur les arythmies cardiaques (tachycardies, bradycardies, pouls lent permanent, extrasystoles); les angines de poitrine.

Le soir, à deux heures. M. Chabrol : Notions récentes sur les méthodes d'exploration clinique du système circulatoire. Interrogatoire et examen d'un cardiopathe. Procédés d'exploration du cœur et des vaisseaux. Cardiographie. Phlébographie. Sphygmographie. Sphygmomanométrie (oscillomètre de Pachon, sphygmotensiomètre de Vaquez et leurs modifications). Orthodiagraphie. Electrocardiographie.

Le soir, à quatre heures. M. Lippmann : Notions récentes sur les agents thérapeutiques dans les cardiopathies. L'asystolie : son traitement. L'artériosclérose : son traitement.

Lundi 5 octobre. — Le matin, à dix heures et demie. M. P. Descomps : Les nouveaux procédés cliniques de diagnostic et de traitement de la syphilis.

Le soir, à deux heures. M. Deval : Notions récentes sur le chimisme gastrique. Acides libres et combinés. Diastases. Technique de l'examen. Interprétation des résultats. — Notions récentes sur le chimisme intestinal. Diastases. Graisses. Technique de l'examen. Interprétation des résultats.

Le soir, à quatre heures. M. Pierret : Notions récentes sur le diagnostic bactériologique de la syphilis et du chancre mou. Recherche du tréponème pâle à l'ultramicroscope. Sa coloration (procédés de Giemsa, de Levaditi). Caractères morphologiques et coloration du bacille de Ducrey. Le gonocoque. Les spirochétoses.

Mardi 6 octobre. — Le matin, à dix heures et demie. M. Deval : Notions récentes sur l'analyse chimique des urines : éléments anormaux. Matières protéiques et produits de transformation. Sucres urinaires et produits connexes, corps acétoniques, etc. Pigments urinaires.

Le soir, à deux heures. M. Grivot : Notions générales sur l'examen clinique de l'oreille, du larynx, des cavités faciales.

Le soir, à quatre heures. M. Guilleminot : Notions générales sur la technique de l'électro-diagnostic. Son utilité en clinique.

Mercredi 7 octobre. — Le matin, à dix heures et demie. M. Guilleminot : Notions générales sur l'application des rayons X et du radium au diagnostic clinique et à la thérapeutique.

Le soir, à deux heures. M. Deval : Notions récentes sur l'analyse chimique du sang. Azotémie et constante d'Ambard. Glycémie. Cholestérinémie.

Le soir, à quatre heures. M. Dausset : Les procédés nouveaux de thermothérapie (air chaud; diathermie; bains de lumière à incandescence, avec lampes de Cooper-Hewitt).

Jeudi 8 octobre. — Le matin, à dix heures et demie. M. Jomier : Procédés récents d'exploration des reins. Exploration physique; radiographie; cryoscopie; étude des éliminations provoquées (épreuve du bleu de méthylène; épreuve de la phloridzine; polyurie expérimentale; concentration maxima; épreuve de l'ovalbumine).

Le soir, à deux heures. M. Chabrol : Recherche de la résistance globulaire (méthodes de Vaquez, de Widal, etc.). — Application à l'étude des ictères. Les hémolysines dans le sérum et les liquides pathologiques. Epreuves de Donath et Landsteiner. — Les hémoglobinuries.

Le soir, à quatre heures. M. Durey : Notions récentes sur le massage dans les affections douloureuses. Les cellulites.

Vendredi 9 octobre. — Le matin, à dix heures et demie. M. Jomier : Examen clinique d'un malade atteint d'une affection du tube digestif. Notions récentes sur la séméiologie et la thérapeutique des gastrites et des entérites.

Le soir, à deux heures. M. Bénard : Les réactions de fixation. Méthode de Bordet et Gengou. Antigènes. Anticorps. Préparation des animaux. Principes de la réaction de Wassermann.

Le soir, à quatre heures. M. Bénard : Réaction de Wassermann. Réaction de Weinberg dans le kyste hydatique. Déviation du complément dans la tuberculose, la fièvre typhoïde, l'actinomycose, la sporotrichose.

Samedi 10 octobre. — Le matin, dix heures et demie. M. Paul Descomps : Diagnostic et traitement des méningites aiguës et chroniques. Méningite cérébro-spinale épidémique. Méningite tuberculeuse. Méningites syphilitiques. Ponction lombaire.

Le soir, à trois heures. M. Paul Descomps : Notions récentes de laboratoire sur l'étude des épanchements pleuraux et péritonéaux. Le liquide céphalo-rachidien. Le méningocoque.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit à verser est de 100 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit. — Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Nota. — En mars 1915, un cours sur « les notions récentes sur les maladies du foie, du pancréas et de la rate » aura lieu à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu dans les mêmes conditions que les années précédentes.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine des enfants. — (N° 6, juin 1914.) H. Barbier et M. Cléret : L'atrophie des nourrissons et les lésions congénitales du foie des nouveau-nés. — J. Comby et Mlle Condat : Traitement de la vulvo-vaginite des petites filles par le vaccin antigonococcique. — Phélip et Trèves : Thyroïdite aiguë grippale chez une enfant de treize ans atteinte de mal de Pott cervical inférieur, phénomènes de compression trachéale, trachéotomie, guérison de la thyroïdite sans suppurations. — H. Schwers : Péritonite streptococcique d'origine génitale chez une petite fille de deux ans et quatre mois. — Carretier : Entérite aiguë et hémiplégie. — J. Comby : Broncho-pneumonie simulant le croup.

Archives de médecine et de pharmacie navales. — (N° 6, juin 1914.) Oudard : Contribution à l'étude des fractions du crâne chez l'adulte. Vingt observations personnelles. — Hesnard : La valeur du « symptôme des réponses absurdes » en psychiatrie militaire. — Chemin : Des influences diverses qui se sont exercées, à travers les âges, sur le développement et l'enseignement de la médecine au Japon (*suite*). — L. V. E. Robin : Conclusions générales des délibérations de la conférence internationale de la peste à Moukden (avril 1911). — Plazy : Deux affections non syphilitiques (ulcération de la bouche et ecthyma) guéries par le néosalvarsan.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 6, juin 1914.) Albert Mathieu : Note sur la valeur séméiologique du clapotage abdominal et de la fausse ascite. — Pierre Duval et J.-Ch. Roux : Les altérations du côlon droit et la constipation cæcale. Les indications du traitement chirurgical et ses résultats. — Hautefeuille et Dupret : Crises gastriques et zona.

Archives générales de chirurgie. — (N° 6, 25 juin 1914.) Sakaguchi : Contribution à l'étude des tumeurs malignes du testicule, spécialement des formes épithéliales (*fin*). — J. Baur et P. Bertein : Le cancer du gros intestin chez les jeunes sujets. — Mauclaire : Kystes gazeux de l'intestin.

Archives internationales de neurologie. — (Juin 1914.) Arsimoles et Halberstadt : Les psychoses pénitentiaires. — Swift : L'aliénation et la race. — A. Marie : Sur la morphologie de l'encéphale des Asiatiques.

Bulletin médical. — (N° 47, 13 juin 1914.) Maurice Boigey : Paludisme sans anophélisme. — (N° 48, 17 juin.) A. Chauffard : Un cas d'astasie-abasa. — J. Küss et M. Rubinstein : Séro-diagnostic de la tuberculose. Antigène de Besredka. — (N° 49, 20 juin.) Hutinel : A propos de la pleurésie séro-fibrineuse d'origine tuberculeuse chez les enfants. — Plicque : L'insuffisance surrénale après l'anesthésie chloroformique et son traitement. — (N° 50, 24 juin.) Kirmisson : Des angiomes profonds douloureux des membres. — (N° 51, 27 juin.) E. Sergent : Le médiastin chez les tuberculeux adultes.

Journal de médecine de Paris. — (N° 25, 20 juin 1914.) Carle Rœderer : Le traitement du mal de Pott.

Journal médical français. — (N° 6, 15 juin 1914.) Numéro entièrement consacré au sujet suivant : Trois grands poisons ; alcool, opium, cocaïne.

Journal de médecine interne. — (N° 16, 10 juin 1914.) F. Bezançon : La réinfection tuberculeuse pulmonaire expérimentale. Le concept bactériologique du terrain tuberculeux. — (N° 17, 20 juin.) P. Blum : Pemphigus subaigu. Erysipèle antérieur, mort par septicémie. — (N° 18, 30 juin.) F. Legueu et H. Chéron : Guérison par la radiumthérapie d'un cancer urétro-vaginal inopérable.

Lyon chirurgical. — (N° 6, 1er juin 1914.) Gangolphe et P. Bertoni : Le péroné greffon de choix : son utilisation dans les opérations conservatrices pour ostéosarcome en particulier (9 fig.). — Ettore Greggio : Sur la greffe aponévrotique libre (2 fig.). — G. Tisserand : Sur 4 cas de décapsulation rénale dans la néphrite mercurielle. — Georges Leclerc : Embolie de l'artère pulmonaire. Opération de Trendelenburg. Mort au cours de l'opération. — H. Bouquet : Anévrisme artérioveineux des vaisseaux fémoraux communs. Extirpation et quadruple ligature.

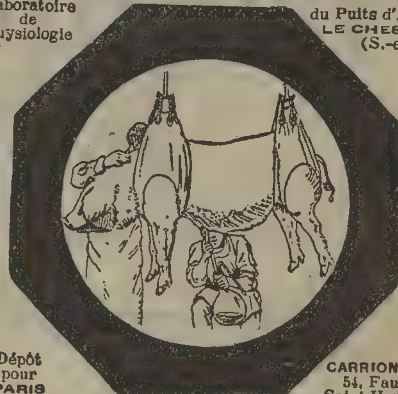
Medizinische Blätter. — (N° 11, 6 juin 1914.) Armbruster : Extrait du carnet d'études d'un médecin. — (N° 12, 20 juin.) Armbruster : Carnet d'études d'un médecin.

Therapie der Gegenwart. — (N° 6, juin 1914.) Neisser : Sur l'observation courante des malades. — Leuzmann : Nouvelles expériences sur le traitement de la scarlatine par le salvarsan. — Sobernheim : Traitement de la tuberculose laryngée d'après Pfannenstiel et d'après Friedmann. — Vogt : Traitement de la tuberculose pendant l'enfance. — Mühsam et Hayward : Expériences avec le médicament de Friedmann dans les tuberculoses chirurgicales.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 14, juin 1914.) Sluka et Sperk : Sur les résultats de la nutrition avec l'albumine du lait à la maison et à l'hôpital. — Kirsbaum et Köhler : La différenciation des bactéries au moyen de la réaction d'Abderhalden. — Ullmann : Expériences sur l'action de l'arsenic sur les tissus. — Baum et Herrenheiser : Expériences chimothérapeutiques avec le salvarsan. — Neugebauer : Syphilis secondaire et modifications gastriques. — Ungar : Un cas d'intoxication par le luminal.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.



SUC GASTRIQUE PUR
du porc vivant
DYSPEPTINE du Dr HEPP
AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES
Laboratoire de Physiologie
du Puits d'Angle
LE CHESNAY
(S.-et-O.)
Dépôt pour PARIS
CARRION & Cie
54, Faubg Saint-Honoré

TABLE DES MATIÈRES

1914

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

S

T

U

V

TABLE DES AUTEURS

1914

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

